

## Duelo ocasionado por la dieta nutricional en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2

Javier Jaimes Cienfuegos, Javier Jaimes García, Ana Carmen Seco Fernández,  
María del Carmen Guzmán

### Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad analizar el duelo provocado por el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Asimismo, saber qué tipo de estrategias pueden coadyuvar hacia el bienestar físico y psicológico de estos sujetos a fin de mejorar su calidad de vida. Las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 pueden cursar cuadros de depresión, ansiedad e ideación suicida, aunados a las limitaciones físicas y sociales que implica la condición. El diseño de la investigación es No Experimental de tipo Transversal con alcance descriptivo. Los resultados obtenidos de la presente investigación; a partir del diagnóstico los pacientes con una condición de Diabetes Mellitus tipo 2 sienten tristeza y añoranza constante, presentando dificultad para adaptarse a los cambios de hábitos. La aceptación de la condición genera una mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida.

### Palabras clave:

Diabetes mellitus; duelo; diagnóstico; depresión; ansiedad.

Jaimes Cienfuegos, J., Jaimes García, J., Seco Fernández, A. C., y Guzmán, M. del C. (2024). Duelo ocasionado por la dieta nutricional en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2. En J. Jaimes Cienfuegos, J. Jaimes García y M. del C. Guzmán Márquez (Eds). *La intersección de la ciencia y el dolor: ansiedad, depresión, commotio cordis y el proceso de duelo*. (pp. 28-40). Religación Press <http://doi.org/10.46652/religacionpress.219.c339>



## Introducción

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la Diabetes representa la segunda causa de consulta en el primer nivel de atención y la primera en la consulta de Medicina Interna. La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por déficit en el nivel de insulina, como consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas (Rodríguez, 2015).

El duelo se puede definir como una respuesta psicológica al sufrimiento o padecimiento físico causado por alguna afección en el organismo o pérdida. Puede ser severo, moderado o leve, dependiendo de varios factores. Afecta significativamente la calidad de vida del paciente, su conducta, el estado emocional y condición física.

De acuerdo con Rodríguez (2015), en el modelo Kübler-Ross, presentado en el libro *On death and dying*, se describen cinco etapas distintas del duelo: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación. Estas etapas se estudian de manera inicial en pacientes terminales, actualmente el modelo de duelo se aplica en pérdidas relativas o absolutas. Las emociones negativas pueden intensificar una variedad de amenazas para la salud. El abordaje del duelo en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 permite identificar los pensamientos y sentimientos negativos que cursa durante el tratamiento. Muchos pacientes, ante el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, muestran una reacción disfuncional relacionada al miedo a morir, ya que saben que la enfermedad es irreversible, la reacción disfuncional se relaciona a la estructura de la personalidad, mecanismos de adaptación, historia previa del individuo y duelos previos.

La American Psychiatric Association (APA, 2014) define la depresión, como un estado de falta de regulación disruptiva en el estado de ánimo que se caracteriza por un ánimo triste, vacío o fácilmente irritable. Cruzblanca et al. (2016), identifican al trastorno depresivo mayor como el principal trastorno del estado del ánimo, el cual, consiste en déficits cognitivos secundarios a una mezcla de emociones, pensamientos negativos, alteraciones en el apetito, en el deseo sexual y en el sueño; es considerada una causa importante de discapacidad en el ámbito social y se presenta primordialmente en países industrializados, con expectativas a convertirse en una de las primeras causas discapacitantes en menos de una década. No obstante, los síntomas de este padecimiento se encuentran bien identificados: además de un ánimo triste, la desesperanza o el desinterés, pueden presentarse cambios somáticos y cognitivos, como falta de energía, dificultad de concentración y toma de decisiones, insomnio o hipersomnia, cambios de talla, irritabilidad y pensamientos de muerte (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 2015).

## Desarrollo

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico degenerativa, se define como un síndrome heterogéneo caracterizado por una hiperglucemia crónica y originado por la interacción genético-ambiental, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas) (Reyes et al., 2016).

El abordaje del duelo en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, mejora su salud física y mental, hay un mejor desempeño de las actividades de autocuidado y en función de esto el paciente presentará mayor autoestima, ganas de continuar viviendo y cuidando su salud de manera óptima (Oviedo, 2007). El apoyo psicológico mejora la percepción de la autoeficacia, da una perspectiva optimista, mejor control metabólico y mejor adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (2003), define la adherencia terapéutica como el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de su medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (Vargas, 2014), de este modo, el desarrollo de adherencia al tratamiento produce en las personas enfermas una mejor calidad de vida.

## Método

### Participantes

La población a la que se aplicó el estudio constó de 8 participantes pertenecientes al Estado de México y la Ciudad de México, de ambos sexos, de 40 a 60 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia. Este tipo de muestra permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos, es decir, se destaca por la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen y Manterola, 2017).

### **a) Criterios de Inclusión**

Hombres y mujeres en un rango de edad entre 40-60 años, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y que se encuentran en tratamiento médico.

### **b) Criterios de Exclusión**

Aquellos que no cumplen los criterios de inclusión, como niños, adultos mayores de 60 años o en etapa terminal.

### **Tipo Diseño de Investigación**

La investigación es cuantitativa, en el cual se utilizaron métodos matemáticos y técnicas estadísticas. En cuanto al tipo de diseño de estudio de la investigación es *No Experimental* de tipo *Transversal* con alcance *descriptivo*. De acuerdo con Veiga del Cabo et al. (2008), este tipo de investigación se basa fundamentalmente en la observación, no existe ninguna intervención por parte del investigador, el cual se limita a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encuentra presente en la población de estudio, es decir, describiendo la frecuencia, las características, la distribución o los determinantes del fenómeno que se pretende investigar.

Consideraciones éticas: Se cumplirá con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud Mexicana (1984), en materia de investigación para la Salud y sus reformas vigentes en 2014.

Instrumentos:

- 1. Entrevista semi-estructurada:** su objetivo fue conocer el duelo que implica la enfermedad “Diabetes Mellitus tipo 2” en pacientes de 40 a 60 años de edad, la manera en que la padece el enfermo y cómo afecta su entorno social.
- 2. Formatos de autorregistro:** Cambios de hábitos en la conducta alimentaria y actividad física.
- 3. Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaVisa):** Se aplicó con el objetivo de conocer la calidad de vida de los pacientes.
- 4. Escala de Fases de Duelo (EFD-66):** Conocer la etapa del duelo.

### **Procedimiento**

La muestra fue tomada de personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Primer Paso: se le dio a firmar el consentimiento informado y se realizó la entrevista.

Segundo Paso: se les proporcionó el formato de registro que está vinculada a las variables de la investigación y lo llevaron a cabo por una semana.

3er. Paso: se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaVisa) y Escala de Fases de Duelo (EFD-66).

4º. Paso: una vez obtenida la información se realizó el análisis de datos y elaboración gráficas por medio del programa de Excel y SPSS.

Resultados

Interpretación de las entrevistas

De acuerdo con las 17 preguntas semiestructuradas, en las que el participante pudo expresar algunos de sus inconvenientes psicoafectivos relacionados con la enfermedad Diabetes Mellitus tipo 2, el resultado arroja que los 8 pacientes presentan baja adherencia al tratamiento debido a la negación de su enfermedad y se sienten enojados. Melancolía por no poder realizar actividades lúdicas con la misma frecuencia. Ser tratados de manera diferente, les produce frustración, perciben poca solidaridad por parte de su familia respecto a los alimentos que deben consumir en su dieta diaria. Una de las estrategias que podrían coadyuvar para que el paciente tenga una vida más saludable es llevar un tratamiento integral que incluya los ámbitos médicos, psicológicos y nutricionales.

Los pacientes requieren terapia tanatológica para aceptar su condición y los cambios en su vida.

Resultados de Inventario de calidad de Vida y Salud (InCaVisa)

Tabla 1. Resultados del InCaViSa y sus reactivos

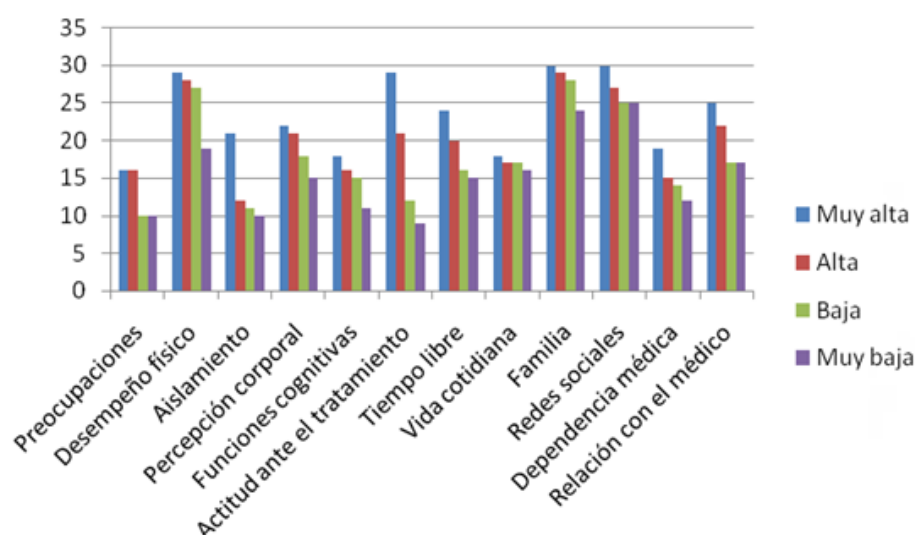
| REACTIVOS            | Puntuación                 | Total | Muy Alta | Alta | Baja | Muy Baja |
|----------------------|----------------------------|-------|----------|------|------|----------|
| Preocupaciones       | 3 4 5 6<br>16 13 10 16     | 55    | 16       | 16   | 10   | 10       |
| Desempeño físico     | 7 8 9 10<br>27 29 28 19    | 103   | 29       | 28   | 27   | 19       |
| Aislamiento          | 11 12 13 14<br>12 11 21 10 | 54    | 21       | 12   | 11   | 10       |
| Percepción corporal  | 15 16 17 18<br>18 21 15 22 | 76    | 22       | 21   | 18   | 15       |
| Funciones cognitivas | 19 20 21 22<br>16 11 18 15 | 60    | 18       | 16   | 15   | 11       |

| REACTIVOS                   | Puntuación                 | Total | Muy Alta | Alta | Baja | Muy Baja |
|-----------------------------|----------------------------|-------|----------|------|------|----------|
| Actitud ante el tratamiento | 23 24 25 26<br>29 21 12 9  | 71    | 29       | 21   | 12   | 9        |
| Tiempo libre                | 31 32 33 34<br>20 24 16 15 | 75    | 24       | 20   | 16   | 15       |
| Vida cotidiana              | 35 36 37 38<br>17 17 16 18 | 68    | 18       | 17   | 17   | 16       |
| Familia                     | 27 28 29 30<br>20 28 29 24 | 111   | 30       | 29   | 28   | 24       |
| Redes sociales              | 47 48 49 50<br>25 27 30 25 | 107   | 50       | 27   | 25   | 25       |
| Dependencia médica          | 39 40 41 42<br>14 12 19 15 | 60    | 19       | 15   | 14   | 12       |
| Relación con el médico      | 43 44 45 46<br>17 25 22 17 | 81    | 25       | 22   | 17   | 17       |

Fuente: elaboración propia

Nota. De acuerdo a la tabla 1 el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test-retest, así como sensibilidad para distinguir entre diferentes condiciones de salud. El inventario resulta útil para evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, es decir, en diseños pre-post tratamiento, pues se muestra en los seguimientos buena estabilidad y posibilidad de reconocer el efecto de situaciones transitorias y variables sociodemográficas.

Figura 1. Gráfico de resultados por indicador InCaViSa



Fuente: elaboración propia

Nota. La Figura 1, muestra las calificaciones por indicador del InCaViSa (Tabla 2). Al respecto, en el eje horizontal se encuentran los indicadores y en el eje vertical se muestra la puntuación marcada como muy alta, alta, baja y muy baja.

Tabla 2. Características socio-demográficas del grupo

| <b>Género</b> | <b>Edad</b> | <b>Viven solos</b> | <b>Ocupación</b> | <b>Escolaridad</b> | <b>Tiempo con Diabetes T2</b> |
|---------------|-------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|
| 62%: M        | 40%:50-60   | 50 %               | Empleados: 2     | Secundaria: 1      | 8 años: 2                     |
| 38%: F        | 60%:40-50   |                    | Amas de casa: 1  | Bachillerato: 3    | 10 años: 2                    |
|               |             |                    | Autoempleados: 3 | Universidad: 1     | 12 años: 2                    |
|               |             |                    | Desempleados: 2  |                    | 13 años: 1                    |
|               |             |                    |                  |                    | 20 años: 1                    |

Fuente: elaboración propia

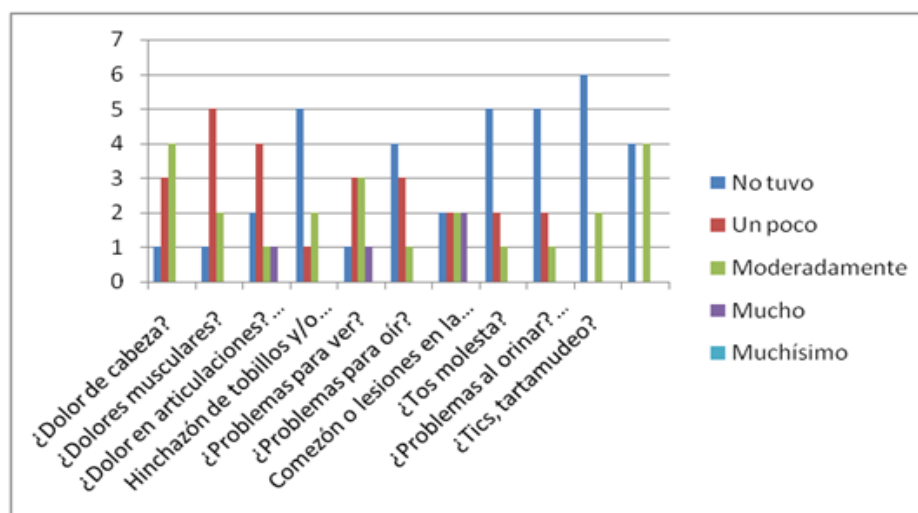
Nota. Esta tabla identifica que la participación fue mayor del género masculino, la edad predominó con 50 o más años, que el 60% viven solos, la ocupación se detecta que el autoempleo predomina y que solo dos son desempleados. Respecto a la escolaridad, predomina el nivel de secundaria y solo una persona cuenta con estudios de licenciatura. Por último, la mayoría de los participantes de la muestra tienen más de 10 años con la enfermedad, pero menos de 20 años.

Tabla 3. Respuesta de síntomas físicos de los entrevistados

|                                      | <b>No tuvo</b> | <b>Poco</b> | <b>Moderado</b> | <b>Mucho</b> | <b>Muchísimo</b> |
|--------------------------------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|------------------|
| ¿Dolor de cabeza?                    | 1              |             | 3               | 4            |                  |
| ¿Dolores musculares?                 |                | 1           |                 | 5            | 2                |
| ¿Dolor en articulaciones?            | 2              |             | 4               | 1            | 1                |
| ¿Hinchazón de tobillos o piernas?    |                | 5           |                 | 1            | 2                |
| ¿Problemas de vista?                 | 1              |             | 3               | 3            | 1                |
| ¿Problemas para oír?                 | 4              |             | 3               | 2            |                  |
| ¿Comezón o lesiones en la piel?      |                | 2           | 2               | 2            | 2                |
| ¿Tos molesta?                        | 5              |             | 2               | 1            |                  |
| ¿Problemas al orinar?                | 5              |             | 2               | 1            |                  |
| ¿Tics, tartamudeo?                   | 6              |             | 2               |              |                  |
| ¿Mal olor (en aliento o sudoración)? | 4              |             | 4               |              |                  |

Fuente: elaboración propia

Figura 2. Gráfico de resultados de síntomas físicos



Fuente:

Nota. Se muestran los resultados obtenidos en cuanto a síntomas físicos: en el eje de la horizontal se observa el síntoma y en la vertical la puntuación obtenida.

Tabla 4. Duelo en los pacientes entrevistados

| Participante            | Negación   | Ira        | Pacto      | Depresión  | Aceptación |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Puntuación total</b> |            |            |            |            |            |
| 1                       | 18         | 21         | 16         | 21         | 71         |
| 2                       | 55         | 44         | 42         | 45         | 51         |
| 3                       | 42         | 50         | 34         | 52         | 37         |
| 4                       | 33         | 13         | 49         | 15         | 69         |
| 5                       | 45         | 32         | 54         | 24         | 75         |
| 6                       | 20         | 25         | 18         | 23         | 69         |
| 7                       | 43         | 35         | 34         | 24         | 38         |
| 8                       | 34         | 48         | 54         | 46         | 47         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>290</b> | <b>268</b> | <b>301</b> | <b>250</b> | <b>457</b> |

Fuente: elaboración propia



Tabla 5. Promedio del puntaje en las cuatro primeras fases contra la última

| Participante     | Negación, Ira, Pacto, Depresión | Aceptación |
|------------------|---------------------------------|------------|
| Puntuación total |                                 |            |
| 1                | 19                              | 71         |
| 2                | 46.5                            | 51         |
| 3                | 53.75                           | 37         |
| 4                | 27.5                            | 69         |
| 5                | 38.75                           | 75         |
| 6                | 21.54                           | 69         |
| 7                | 34                              | 38         |
| 8                | 45.5                            | 47         |

Fuente: elaboración propia

## Discusión

Al observar los resultados y puntajes que arrojó la investigación es posible identificar que las personas que han sido diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 añoran su comportamiento previo a la enfermedad, esto les crea un estado de shock emocional; sienten miedo de perder el control de su vida, así como de ya no poder estar con las personas que para ellos son importantes, esto lo muestran los resultados de la entrevista semiestructurada y en el InCaViSa al notar que hay una predisposición hacia la enfermedad y saber cómo manejarla, es decir que para el paciente representa una pérdida en la salud y en su estilo de vida. En contraste el resultado del indicador de familia mostró que el enfermo es considerado como un miembro importante, tiene el apoyo y afecto emocional de la familia. La red de apoyo familiar es muy significativa en este tipo de confrontaciones pues el transcurrir en las etapas de duelo puede ser la gran diferencia entre una buena adhesión al tratamiento, así lo dejó ver el resultado de Escala de las Fases de Duelo (EFD-66) en donde los ciclos de negación, ira, pacto y depresión muestran si el paciente ha recorrido las fases de manera secuencial, denota en la muestra que el ciclo de aceptación es el de mayor puntaje, es decir que la muestra ya ha superado el proceso de duelo, sin embargo es significativo el hecho de que la mayoría de la muestra tenía de 5 a 10 años con la enfermedad, hubiera ocurrido si la muestra se hubiera realizado con personas que recién hayan recibido el diagnóstico.

Por tanto si vemos los autorregistros, arrojan los siguientes resultados: los pacientes diagnosticados cumplen con las recomendaciones alimenticias y que un porcentaje menor consume alimentos que no son recomendados en su dieta, es decir que en congruencia el

paciente se adhiere a la dieta sugerida por el médico, sin embargo en cuanto al apartado de la activación física se mostró que sólo un 50% mantiene una actividad física y el resto lo hace esporádicamente o no realiza ninguna actividad física, entonces querrá decir que si el paciente es apoyado en las fases de duelo, sigue su dieta alimenticia y tiene la actividad física suficiente podemos determinar que el paciente tendrá una calidad de vida óptima aún con el diagnóstico de Diabetes, luego entonces porque el sector salud de México aún no da el acompañamiento multidisciplinario, es decir profesionales de la salud física, mental, nutricional y médica, porque seguimos siendo un país con altos índices de enfermos de diabetes, que carecemos de programas preventivos con la finalidad de mantener un buen estado de salud biopsicosocial.

Ahora bien, el planteamiento del objetivo de esta investigación consistió en analizar el proceso de las fases de duelo, identificar cómo experimentan dichas fases las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2, en edades entre 40 y 60 años de edad. La muestra arroja resultados en la Escala de las Fases de Duelo (EFD-66) con puntuación alta en el proceso de aceptación y si las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes (Bowly, 1961), esto quiere decir que en donde se debe puntualizar el acompañamiento de este tipo de pacientes es el momento del diagnóstico, pues debemos remarcar que la muestra tenía entre 5 a 10 años con la enfermedad por tal motivo podemos creer que el tiempo permitió que los pacientes fueran aceptando sus fases de proceso de duelo, sin embargo queda abierta la probabilidad de saber que efectos físicos, emocionales e incluso mentales dejó como consecuencias este proceso natural de la aceptación. Así como también queda a discusión el hecho de saber si un apoyo psicoterapéutico en el momento idóneo del diagnóstico de la enfermedad hubiera permitido una mejor adherencia al tratamiento, pues el duelo se puede definir como un sufrimiento o padecimiento físico causado por alguna afección en el organismo y este puede ser severo, leve o moderado, dependiendo de varios factores, así considerando las cinco etapas distintas del proceso por las que las personas atraviesan cuando existe una pérdida: negación, ira/incrédulidad, negociación, depresión y aceptación Rodríguez (2015), así lo mostró el resultado de la muestra que en las etapas de, ira, negación, pacto y depresión tenían puntuaciones altas, luego entonces esto querrá decir que si hubiera existido un acompañamiento psicológico estas puntuaciones hubieran sido bajas y los pacientes hubieran presentado su proceso con un grado mejor de fluidez hacia la aceptación, sin tener que depender del tiempo. Pues hay estudios que se han realizado en los diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 que, si se afronta la etapa de duelo de manera eficiente, esto puede representar para el paciente una mejor calidad de vida en su salud física y mental, un mejor desempeño de las actividades de auto-cuidado y en función de esto el paciente presentará mayor autoestima, ganas de continuar viviendo y cuidando de su salud de manera óptima (Oviedo, 2007).

## Conclusión

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción ante una pérdida o cuando un vínculo afectivo se rompe (Meza et al., 2008). Es la adaptación normal que suele producirse ante el contexto de una pérdida, en este caso, ante el diagnóstico de la enfermedad Diabetes Mellitus Tipo 2.

Si el duelo no es atendido se compromete la calidad de vida del paciente. *Calidad de vida* es un concepto multidimensional que abarca varios factores que la constituyen, debido a que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe el malestar referente a ellas. Sin embargo, aparecen varias palabras que podemos mencionar cuando hablamos de calidad de vida como bienestar, satisfacción, felicidad.

La Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (Urzúa y Caqueo, 2012).

En conclusión, se encontró que la aceptación de la enfermedad genera una mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida, pero es necesario el acompañamiento psicológico durante el proceso de la enfermedad.

## Referencias

- Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Arcia, L. (2009). Demografía y Salud: Apuntes para una conferencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4).
- Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Carvallo, G., y López, B. (2010). Complementariedad paradigmática de la investigación en salud. *Ciencia Odontológica*, 7(1), 52-65.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Cárdenas, E. M., Fera, M., Vázquez, J., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente.
- Chew, B. H., Shariff, S., y Fernández, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World journal of diabetes*, 5(6), 796-808.

- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Ebert, D. D., Koot, H. M., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R. & Kessler, R. C. (2016). Psychological Treatment of Depression In College Students: A Metaanalysis. *Depression and anxiety*, 33(5), 400–414.
- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R. & González, M. T. (2014). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 15-26.
- Riveros, A., Sánchez, J. J. y Ávila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida (Incavisa)*. Manual Moderno.
- Rodríguez, J., López, M., Ortiz, A., Jiménez, J., López, O., y Chacón, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 546-551.
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Veiga de Cabo, J., Fuente, E., & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88.

## Grief caused by nutritional diet in patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus

### Luto causado pela dieta nutricional em pacientes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2

**Javier Jaimes Cienfuegos**

Universidad Autónoma del Estado de México | Toluca | México

<https://orcid.org/0000-0003-1123-8949>

[jjaimesc@uaemex.mx](mailto:jjaimesc@uaemex.mx)

[javierson77@hotmail.com](mailto:javierson77@hotmail.com)

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Nivel 1. Neuropsicólogo Clínico, Maestro en Terapia Cognitivo Conductual, Especialista en Tratamiento Bipolar, Doctor en Humanidades.

**Javier Jaimes García**

Universidad Autónoma del Estado de México | Toluca | México

<https://orcid.org/0009-0007-4932-1808>

[jjaimesg@uaemex.mx](mailto:jjaimesg@uaemex.mx)

[drjaga2002@yahoo.com.mx](mailto:drjaga2002@yahoo.com.mx)

Profesor de Tiempo Completo, Facultad de Medicina UAEMex. Médico Cirujano, Especialista en Anestesiología, P.H.D.

**Ana Carmen Seco Fernández**

Universidad Autónoma del Estado de México | Toluca | México

<https://orcid.org/0000-0002-0844-3477>

[acqf@uaemex.mx](mailto:acqf@uaemex.mx)

[anakaranaseco@hotmail.com](mailto:anakaranaseco@hotmail.com)

Médico Cirujano, residente de tercer año de la especialidad de otorrinolaringología IS-SEMYM, maestrante en medicina estética y rejuvenecimiento.

**María del Carmen Guzmán**

Universidad Autónoma del Estado de México | Toluca | México

<https://orcid.org/0000-0002-8700-8966>

[mdcguzmanm@uaemex.mx](mailto:mdcguzmanm@uaemex.mx)

[dra.investigacionynutricion@gmail.com](mailto:dra.investigacionynutricion@gmail.com)

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Lic. en nutrición, Maestra en ciencias, Doctora en Ciencias y post doctorante por el CONAHCYT.

**Abstract:**

The purpose of this paper is to analyze the mourning caused by the diagnosis of Type II diabetes mellitus. Likewise, to know what type of strategies can contribute towards the physical and psychological well-being of these subjects in order to improve their quality of life. People with diabetes can present with depression, anxiety, suicidal thoughts coupled with the physical and social limitations that the disease implies. The research design is Non-Experimental of the Cross-sectional type with a descriptive scope.

Keywords: diabetes mellitus; grief; diagnosis; depression; anxiety.

**Resumo**

O objetivo deste artigo é analisar o luto causado pelo diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Também visa a descobrir que tipo de estratégias podem contribuir para o bem-estar físico e psicológico desses indivíduos, a fim de melhorar sua qualidade de vida. As pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 2 podem apresentar depressão, ansiedade e ideação suicida, além das limitações físicas e sociais da doença. O desenho da pesquisa é não experimental e transversal, com escopo descritivo. Os resultados obtidos com a presente pesquisa foram: desde o momento do diagnóstico, os pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sentem tristeza e saudade constante e têm dificuldade de se adaptar às mudanças de seus hábitos. A aceitação da condição gera maior adesão ao tratamento e melhora a qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; luto; diagnóstico; depressão; ansiedade.