

89
~~88~~



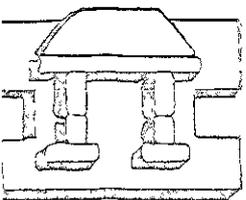
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS "IZTACALA"

"ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR
DEL DIABETICO Y TRATAMIENTO
A NIVEL FAMILIAR"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
JUAREZ MALDONADO NORMA ANGELICA
LARA RUIZ MARGARITA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. AMPARO CABALLERO BORJA
SINODAL: LIC. LETICIA SANCHEZ ENCALADA
SINODAL: LIC. AMADO RAUL RODRIGUEZ TOVAR



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES :

Por que siempre me apoyaron tanto en lo bueno como en lo malo, le agradezco todo el esfuerzo que hicieron por mi durante todos estos años, me siento orgullosa de saber que son mis padres, no tengo palabras para agradecerles la vida y por haberme dado su cariño.

A MIS HERMANAS:

Les dedico este libro, que es mi esfuerzo e interés que gracias al apoyo brindado de ustedes puedo hoy culminar, les agradezco sus consejos que me ayudaron a seguir adelante.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS:

Por que fueron esenciales para salir adelante y poder cumplir mis metas que me propúsiera, gracias por su enseñanza y consejos.

MARGARITA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS :

Le agradezco por haberme dado la vida que aunque no es nada fácil me ha permitido acompañarme y llegar al final de una etapa más de mi vida junto a los seres que más amo y a quienes dedicó este esfuerzo más en mi vida y aunque no mencione a todos los que aportaron un poco en este trabajo, ustedes saben los agradecida que estoy.

A MIS PADRES:

Mi eterna gratitud porque su apoyo, cariño y enseñanza han sido trascendentales en el camino recorrido, por la confianza que han depositado en mí, que siempre me ha impulsado a seguir adelante porque cualquier logro es inspirado en ustedes y gracias a sus desvelos hoy culminé este trabajo.

A MIS HERMANAS:

A ustedes que tanto adoro y quiero entrañablemente, porque sin su apoyo no hubiera podido llegar a esta meta, gracias por su apoyo y ejemplo y porque siempre estemos juntas para compartir momentos tan felices como este.

A MIS TIOS:

En general a mi familia, pero tío Jorge sin su apoyo tanto moral como económico, no hubiera comenzado y por lo tanto terminado este triunfo que comparto con usted, gracias eternamente.

A MI SOBRINA:

Ailed, que eres como un ángel, mi alegría que me motiva a seguir, gracias por tus sonrisas y travesuras que inspira a cualquiera a continuar.

A MIS MAESTROS:

A todos los profesores que desde el Kinder fomentaron el aprendizaje en mí y aunque no mencione a todos, siempre les estare agradecida, en especial a usted maestra Amparo, asesora de esta tesis que más que una maestra es una gran persona. Gracias por su apoyo incondicional.

A MIS AMIGAS:

A todas ustedes porque siempre estuvieron conmigo en momentos tanto buenos, como malos, gracias por su apoyo (Verónica, María Luisa y Minerva) , en especial a ti Margarita, compañera de escuela y tesis, gracias por tu paciencia.

NORMA ANGÉLICA

I N D I C E

Resumen	1
Introducción	1
Justificación	8

CAPITULO 1 LA DIABETES DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

1.1	Definición	10
1.2	Historia	10
1.3	Etiología	11
1.4	Tipos de Diabetes	12
1.4.1	Diabetes Tipo I	12
1.4.2	Diabetes Tipo II	13
1.4.3	Cetoacidosis	16

CAPITULO 2 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DIABÉTICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

2.1	Nutrición	17
2.2	Ejercicio	19
2.3	Higiene	20
2.4	Medicamentos	21

CAPITULO 3 FAMILIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

3.1	Concepto de Familia	25
3.2	Estructura Familiar	26
3.2.1	Holón individual	27
3.2.2	Holón Conyugal	28
3.2.3	Holón Parental	28
3.2.4	Holón Fraterno	28
3.3	Límites	29
3.3.1	Límites Flexibles	29
3.3.2	Límites Difusos	29
3.3.3	Límites Rígidos	29
3.4	Jerarquía	30
3.5	Centralidad	30
3.6	Periferia	30
3.7	Alianza	31

3.7.1	Coaliciones	31
3.7.2	Triangulación	31
3.8	Paciente Identificado	32
3.8.1	Hijo Parental	32
3.9	Ciclo Vital	33
3.9.1	Formación de Pareja	34
3.9.2	Familia con Hijos Pequeños	34
3.9.3	Familia con Hijos en edad escolar y/o adolescencia	34
3.9.4	Nido Vacío	34
3.9.5	Características de la familia del enfermo diabético	35

CAPITULO 4 ASPECTOS PSICOLOGICOS

4.1	Negación	40
4.2	Ansiedad	41
4.3	Temor	43
4.4	Culpa	43
4.5	Depresión	44
4.6	Concepto de Taller	45
4.7	Características	45
	METODO	47
	PROCEDIMIENTO	48
	RESULTADOS	49
	DISCUSION	59
	REFERENCIAS	62
	BIBLIOGRAFIA	65
	ANEXO 1 CARTAS DESCRIPTIVAS	69
	ANEXO 2 PRE-TEST Y POS-TEST	73
	ANEXO 3 GUIA DE ENTREVISTA PARA DETECTAR ESTRUCTURA FAMILIAR	75
	ANEXO 4 FAMILIOGRAMAS	82
	ANEXO 5 DIBUJOS MACHOVER	93

R E S U M E N

Debido al alto índice que tiene la población de diabetes, consideramos importante realizar un estudio de cómo afecta al enfermo diabético en el entorno familiar, ya que cuando hay un enfermo en la familia, no solo este sufre las consecuencias de su enfermedad sino también se "enferma la familia"; por esta razón nuestro estudio se sustenta en el modelo sistemático familiar.

En el presente estudio de la estructura familiar del diabético y tratamiento a nivel familiar, analizamos la diabetes desde el punto de vista médico conociendo principalmente el concepto de esta enfermedad, sus tipos y las implicaciones en cuanto a las complicaciones y posibles prevenciones para un autocuidado, ya que consideramos que el enfermo diabético debido a sus condiciones es muy dependiente. También analizamos el concepto de familia y como esta constituida desde el punto de vista sistémico familiar y las características de la familia del enfermo en general, para conocer como esta constituida la del enfermo diabético mediante los familiogramas sustentados en la aplicación de la guía de entrevista para detectar la estructura familiar; para finalmente conocer desde el punto de vista psicológico como se presentan las emociones tales como la negación, la depresión, la ansiedad y el temor ante el diagnóstico de la diabetes.

Este estudio se llevó a cabo mediante la implementación de un taller aplicando un pre-test para saber que tanto conocían sobre su enfermedad, la guía de entrevista para saber como esta constituida la familia del diabético y conocer sus características, aplicando también el test de machover para conocer rasgos de su personalidad y por último para saber la opinión que tienen tanto el enfermo como sus familiares aplicamos la técnica de acentuar lo positivo.

Encontrando en este estudio la importancia de la aplicación de un taller para conocer más sobre su enfermedad tanto a nivel médico como a nivel psicológico ya que en este taller encontramos que el enfermo diabético identifico sus emociones y expresaron sus sentimientos diciendo lo que sintieron ante el diagnóstico de esta enfermedad y observando el papel tan

importante que juega tanto el médico como la familia y así tratar de comprender la problemática del enfermo y el porque de sus reacciones y su comportamiento ya que tienen pocas perspectivas de vida debido a que la mayoría asocia diabetes con la muerte

Con este taller se vio la importancia de conocer lo que siente el enfermo ante esta enfermedad y saber sobre lo que implica tanto a nivel médico como a nivel psicológico.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una entidad antigua ya conocida en tiempos de los griegos, hasta el siglo XVII el riñón era considerado el responsable de la enfermedad. Siendo Thomas Willis quien probó la orina de un diabético encontrando un sabor a miel (mellitus) y deduciendo que era una enfermedad de la sangre; en 1936 fue introducido el uso de la insulina; posteriormente en 1889 Minkowski explica la diabetes como una afección pancreática (Lee, 1987).

Fue en 1921, con el descubrimiento de la insulina por Banting y Best en Canadá que se contó con el recurso para salvar la vida de muchos diabéticos. Con ello se creyó haber encontrado la solución al problema, sin embargo, se logró controlar algunos de los síntomas agudos de la enfermedad, como evitar el coma diabético, siendo causa frecuente de muerte y prolongar la vida de los sujetos afectados. Esto último permitió a su vez observar y conocer mejor las complicaciones tardías como neuropatías, retinopatías y nefropatías, causa fundamental de morbi-letalidad en la población diabética.

Pues bien la diabetes Mellitus toma dos formas, la tipo I (insulino-dependiente), llamada también juvenil, que ocurre en personas menores de 30 años, aunque ocasionalmente se presenta en adultos existiendo dos subgrupos de pacientes: a) los que tienen tendencia a desarrollar cetonomía y cetonuria, persistente en condiciones basales o al suspender el tratamiento con insulina y b) aquellos sin cetosis con síntomas severos de la enfermedad, caquexia progresiva y muerte si no se administra la insulina y la del tipo II (no insulino-dependiente), que se refiere al grupo de pacientes que en condiciones basales no desarrolla cetosis, de ahí su independencia de insulina exógena (Flores, 1992).

La diabetes se caracteriza por la rapidez con que se instauran los síntomas como la polidipsia, es decir, cuando toman cantidades excesivas de agua, así como, el orinar más cantidad de lo normal se denomina poliuria y también hay pérdida de peso. Por lo tanto la diabetes mellitus está caracterizada por la presencia de cantidades excesivas de azúcar en la sangre y la eliminación excesiva de orina, la cual no tiene sabor y se asocia con trastornos en alguna parte del sistema hipotalámico.

La diabetes juvenil suele clasificarse como la diabetes que comienza de los 15 años, es grave y propia de individuos jóvenes y delgados, se caracteriza por su comienzo rápido y es de progresión rápida hacia el coma.

Ahora bien, algunos de los factores de riesgo en la diabetes son: la obesidad, probablemente el factor más importante en la génesis de la DM II especialmente en países industrializados donde se observa el 80% de los individuos al establecer el diagnóstico, puede estar presente por muchos años de hacerse evidente en el último año antes de aparecer la enfermedad, b) la DM II se observa más frecuentemente en familias con algún miembro diabético y la ocurrencia familiar hasta el 60% y c) defectos o daño de las células beta, en esta clase se agrupan las diversas enfermedades del páncreas o alteraciones de los islotes, tales como pancreatitis, neoplasias, nemocromotosis, etc.

Ahora bien se ha comprobado que la causa real que produce la diabetes es la insuficiente reproducción de insulina. Además la diabetes es un síndrome con alta predisposición genética como lo demuestra su incidencia familiar (Salazar, 1992).

Así también entre las principales complicaciones encontramos : a) la retinopatía diabética, que se clasifica por lo general en dos tipos, no proliferativa o de fondo y proliferativa. La retinopatía de fondo puede causar trastornos visuales y la retinopatía proliferativa es una amenaza por la vista y suele presentarse únicamente en enfermos con diabetes tipo I, la señal más importante es la presencia de pequeños capilares que han aparecido en la superficie de la retina; b) las neuropatías, que son neuropatías periféricas que es simétrica y típicamente afecta los nervios más largos o sea los pies como localización más común, c) la neuropatía craneal, es decir los pares craneales tercero, sexto y séptimo pueden afectar de modo característico en la diabetes, d) la impotencia sexual que es muy frecuente en varones, sobre todo en el varón de mediana edad con diabetes tipo II. Hay antecedentes de dificultad de erección durante periodos de varios años, e) nefropatía diabética, que suele ser una complicación de la diabetes de tipo I, pero también puede observarse en la de tipo II. Suele ir precedida de retinopatía de manera que la ausencia por lo menos de retinopatía de fondo hace muy poco probable la nefropatía diabética para explicar una enfermedad renal, f) El pie diabético puede deberse a neuropatías de trastornos vasculares periféricos, o amóeos. Las úlceras neuropáticas en un pie con poca circulación dura difícilmente y pueden necesitar también una valoración del estado circulatorio.

Por lo tanto, los síntomas más frecuentes en los diabéticos son arteriosclerosis, molestias renales, padecimientos en los ojos y complicaciones en el sistema nervioso y circulatorio, así como, el flujo axonal retrasado provocando trastornos metabólicos del tejido nervioso (Santiago, 1992).

Ahora bien la alimentación de los diabéticos consiste en mantener un equilibrio metabólico normal, proporcionar un buen estado de nutrición y evitar en lo posible amplias oscilaciones glucémicas (Figuerola, 1990).

El aporte de energía deberá establecerse en función de la edad, talla, el peso, el sexo y sobre todo la actividad física. El aporte proteico debe ser parecido al de la alimentación normal manteniendo un equilibrio entre proteínas animales y vegetales, el aporte de grasas debe ser el mismo que el recomendable en la población general, es decir, no superior al 30-35% de calorías totales de la dieta.

El ejercicio es un componente importante pues ayuda a reducir los niveles de glucosa en la sangre y los requerimientos de medicamentos sin sustituirlos o a la dieta, además ayuda a la pérdida de peso corporal, todas las personas aunque no padezcan diabetes, requieren una buena hidratación antes durante y después del ejercicio, esto se logra teniendo un buen control de la glucosa y tomando líquidos ya que el ejercicio ayuda a disminuir la glucosa en la sangre durante y después del ejercicio, mejora el aprovechamiento de la insulina y disminuye los niveles de colesterol.

Además de la alimentación y el ejercicio, las personas deben cuidar sus pies, dientes y acudir con su médico regularmente. Los pies necesitan un cuidado especial por la diabetes, pues estos tienen mala circulación y por eso están en peligro de tener infecciones y los pies deben lavarse diario con agua tibia, secarlos con toalla suave, cortar las uñas en forma recta, los pies resecos lubricarlos, eliminar las callosidades, usar zapatos cómodos, suaves y a la medida. Así como la limpieza de los dientes ya que puede haber pérdida prematura de los dientes, inflamación de encías, sequedad de la boca, dolor intenso de los dientes. Se deben lavar los dientes después de comer, cepillárselos bien, usar hilo o seda dental, ir con el dentista 2 veces al año (Robles, 1991).

Es importante la alimentación, el ejercicio, la higiene y el uso adecuado de los medicamentos, cuando el régimen dietético no es capaz por sí solo de normalizar

la glucemia y mantener al individuo en condiciones normales de peso y bienestar general se utilizará insulina esta se administra por vía subcutánea, las pastillas ayudan a que el cuerpo aproveche el azúcar de la sangre y de esta forma baje el azúcar.

La actitud del diabético ante la enfermedad es influida por la edad de aparición de la diabetes, la personalidad del enfermo depende de las circunstancias familiares, del ambiente social y condiciones de vida. El papel del médico es fundamental para la adaptación y recuperación del diabético, al cual se le deben evitar todas aquellas situaciones de tensión emocional que le puedan afectar ya que en el proceso de la enfermedad se encuentra involucrada la familia, la cual llega a ser un apoyo para el enfermo o por el contrario puede precipitar la aparición temprana de las complicaciones de la enfermedad.

En el diabético se presentan sentimientos de culpa, negación, temor, ansiedad, miedo y depresión; si la persona puede comentar estas situaciones podrá desarrollar una mejor perspectiva y conseguir aceptar su condición (Krall, 1992).

Con frecuencia el paciente con diabetes tiende a manipular su enfermedad ya sea con el objeto de llamar la atención o de cubrir sus necesidades de afecto o de dependencia. Puesto que los diabéticos se sienten abatidos, tristes, hundidos, insatisfechos, se hunden en ideas pesimistas y negativas

Las familias tienden a ser sobreprotectoras, ya sea por resentimientos encubiertos, temores infundados que buscan ocultar a través de la relación protectora hacia el paciente. Así pues estudiar el problema de la diabetes no sólo incumbe al enfermo en sí, también a toda la familia ya que la estructura familiar se ve afectada. El enfermo se vuelve el centro de atención y las interacciones familiares se hacen en gran medida en función de él, como consecuencia se modifica la estructura familiar.

La terapia estructural estudia al individuo en su contexto social basada en esta estructura intenta modificar la organización familiar puesto que el individuo es un miembro activo y reactivo de grupos sociales. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente no en explorar e interpretar el pasado (Minuchin, 1992).

Así la familia es un sistema abierto que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado a través del tiempo y se encuentra en constante transformación o como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de las diversas etapas por

las cuales atraviesa la familia como son: la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes y el nido vacío. Este proceso ocurre a través de un equilibrio entre la retroalimentación y la transformación (Andolfi, 1990).

La estructura familiar está constituida por una serie de demandas invisibles que organizan los modos en que interactúan los miembros de ésta, dentro de la cual se encuentran pautas transaccionales que regulan la conducta de los miembros de la familia. Así como se encuentran reglas que gobiernan la organización familiar y las expectativas mutuas entre los miembros de la familia.

Por último los talleres son parte de la educación ya que estos integran la teoría y la práctica, llevando conocimientos y experiencias de la vida, relacionándose lo intelectual con lo emocional.

Un taller permite un trabajo dinámico, en un contexto en el que la confrontación de las partes que cada participante realice, hace posible la experimentación, el descubrimiento de nuevas conductas a través del actuar del grupo, también de nuevas sesiones y todo ello en un clima de respeto y esclarecimiento.

Y las preguntas que se plantearon con la investigación fueron las siguientes:

- 1) ¿Cómo ha influido esta enfermedad en la vida cotidiana del diabético y en la familia?
- 2) ¿Qué perspectivas a corto y largo plazo tiene el enfermo diabético?
- 3) ¿Será eficaz un taller vivencial para aportar conocimientos sobre diabetes para enfermos (diabéticos) y sus familias?
- 4) ¿Será eficaz un taller vivencial para que el enfermo y la familia aprendan a manejar e identificar sus emociones (ansiedad, angustia, miedo, temor y depresión)?

Por lo que nos planteamos los siguientes objetivos para el presente trabajo:

Objetivo General : Investigar como influye la diabetes en la estructura familiar, tomando en consideración las expectativas del paciente, así como el manejo de conocimientos sobre la enfermedad y de emociones, a través de un taller preventivo y vivencial.

Objetivo Específico 1) Diseñar y aplicar un taller informativo para el conocimiento de la diabetes y prevenir el deterioro físico y psicológico en la familia del diabético

2) Desde el punto de vista médico, los pacientes identificarán los síntomas y signos como las neuropatías, retinopatías, nefropatías y el pie diabético, conociendo normas de autocuidado a nivel preventivo para posteriormente prevenir esos síntomas.

3) Los pacientes obtendrán información acerca de la nutrición, el ejercicio, la higiene y la administración adecuada de medicamentos para el autocuidado del manejo de la diabetes.

4) Desde el punto de vista psicológico, los pacientes identificarán emociones como la ansiedad, angustia, miedo, temor y depresión.

Para lograr los objetivos propuestos se elaboró una investigación con los siguientes capítulos:

En el capítulo uno se habla de la diabetes así como su definición, historia, etiología, diabetes mellitus, tipos, síntomas y la afección en el Sistema Nervioso.

En el capítulo dos se ve la nutrición, el ejercicio, la higiene, la administración médica adecuada para su prevención.

El capítulo tres trata a la familia en su concepto, su estructura familiar y la familia del diabético

El el capítulo cuatro se trata a la diabetes desde el punto de vista psicológico y se verán temas como: miedo, negación, temores, culpa, impotencia sexual y depresión, así como la aplicación del taller, con las técnicas que se explicarán en el método y así verificar que importancia tiene la implementación de un taller

JUSTIFICACION

Es importante el tema de la diabetes, ya que es una enfermedad crónica, que no solo atañe al individuo enfermo, sino a la familia en general, les afecta tanto a padres, hermanos e hijos, dependiendo del enfermo.

La diabetes ocupa actualmente el 4º lugar de mortandad en nuestro país y es una de las principales enfermedades con un alto índice que ataca a toda la población sin distinción de sexo, edades o clases sociales.

Sin duda esta enfermedad es degenerativa, afecta no solo a los órganos de nuestro cuerpo, como la visión, el riñón y provoca alguna posible amputación de algún miembro, afecta a toda la familia a nivel psicológico, causando problemas en toda la estructura familiar.

El modelo que vamos a utilizar es el de Terapia Familiar Sistémica, ya que analizaremos como está constituida la estructura familiar cuando hay un enfermo diabético, ya que es fundamental su papel dentro de la familia observando cómo se presentan las reglas y tareas de cada miembro.

Por eso consideramos importante el papel que juega el enfermo diabético como integrante de una familia y cómo afecta, puesto que se dan cambios emocionales ante el diagnóstico de la diabetes. Por eso consideramos importante diseñar un taller a nivel informativo para que ellos conozcan lo más relevante de la enfermedad.

La presente tesis es de tipo empírico exploratorio, ya que el tema que tratamos de cómo influye el enfermo diabético en la estructura familiar ha sido poco investigado a nivel psicológico y no se le ha dado mucha importancia a las emociones que se presentan como el enojo, la ansiedad, la angustia, el miedo, la depresión y estos a su vez como influyen a nivel biológico (Hernández, 1998)

Por eso la importancia del taller que implementaremos a nivel preventivo fue desde el punto de vista médico y psicológico; dando un esbozo general para que ellos identifiquen las causas y síntomas más importantes desde el punto de vista

psicológico conocerán factores emocionales que pueden afectar no sólo a ellas, sino a la familia causas como la angustia, el miedo, al ansiedad, al depresión, etc.

Para que finalmente conozcan la importancia de la nutrición como un factor tanto preventivo como para mantener su vida estable y por último el autocuidado que deben llevar para prevenir posteriormente ya que es muy posible que tengan que afrontar situaciones problemáticas que ocasiona esta enfermedad, que ésta es hereditaria y que mejor que un taller a nivel preventivo para evitar o controlar dicha enfermedad

Para este taller se aplicarán dinámicas como las siguientes :

Collage: en esta técnica se tiene el objetivo de observar cómo está estructurada la familia del enfermo, desde el punto de vista sistémico,ellos se representarán tanto a nivel familiar, como a nivel individual, observando el papel que están jugando.Se les proporcionarán revistas, tijeras, resistol y papel bond.

Connotación positiva : esta dinámica es para mejorar el concepto propio de ellos mismos, mediante el intercambio de cualidades y defectos de los integrantes de la familia. En esta dinámica intentaremos aumentar la autoestima del paciente.

Machover : esta técnica tiene como objetivo medir rasgos de personalidad.

CAPITULO

1

CAPITULO 1

LA DIABETES DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

1.1 Definición

Su nombre deriva de los siguientes términos:

Diabetes : Significa "correr a través de" se aplica a la enfermedad o condición en la cual hay una falla del metabolismo de la glucosa por lo tanto, también de proteínas y grasas.

MELLITUS : Significa "con gusto de miel" referido al sabor dulce de la orina.

La Diabetes Mellitus es un síndrome relacionado con la imposibilidad del metabolismo de la glucosa por parte de las células por deficiencia o falta de la producción de insulina. La insulina es una hormona producida por las células beta de los islotes de Langerhans y es la encargada de permitir el paso de la glucosa al interior de las células.

1.2 Historia

Esta enfermedad fue descrita 400 años antes de Cristo

Charak y Susrut (citado en Duncan, 1954), en la India hicieron notar lo dulce de la orina y la correlación que existe entre la obesidad y la diabetes. También hicieron notar la tendencia de la enfermedad de pasar de una generación a otra a través de una "semilla" (predisposición genética).

En los años 30 antes de J. C, los Romanos Aretó y Celso describieron la enfermedad y le dieron el nombre de Diabetes que quiere decir (correr por un sifón), fue aplicada por Aretó, quien escribió también sobre la progresividad de la diabetes y el fatal pronóstico de esta enfermedad. La gangrena diabética fue descrita por Avicena. Paracelso obtuvo cristales por evaporación de la orina de un diabético, pero creyó equivocadamente que eran de sal (Duncan, 1954)

También se observó que la orina de los diabéticos era prodigiosamente dulce, como si estuviera imbuida de miel o azúcar. (Willis 1675, citado en Guilhaume, 1980)

Tomas Cawley en 1788 fue de los primeros en asociar la diabetes con el páncreas. Michael E. Caurel, químico francés en 1796 hizo la identificación del azúcar en la orina como glucosa. Paul Langerhans descubrió en 1869 los islotes pancreáticos que llevan su nombre (Harrison, 1985)

En 1889 Won Mengy y Minkowski (citados en Guilhaume, 1980), produjeron por primera vez diabetes experimental al extirpar el páncreas a un perro y explican como una afectación pancreática (Gilhaume, 1980).

Fue en 1921 cuando Banting y Best en Toronto consiguieron exitosamente la obtención de extracto de páncreas y el descubrimiento fue rápidamente aplicado a la terapéutica clínica en los siguientes 6 meses a su primer informe. Hasta entonces sólo una cuidadosa dieta casi de hambre podía eliminar el exceso de carbohidratos, y solo resultaba parcialmente eficaz para prolongar la vida en formas juveniles de deficiencia insulinar más graves de la enfermedad, o para disminuir los síntomas de muchos pacientes con las variedades menos graves que se inicia en la madurez. También descubrieron la insulina en el mismo año. (Lee 1987)

En 1936, fue introducido el uso de la insulina de larga duración simplificando el tratamiento del diabético que requiere de insulina.

1.3 Etiología.

La Diabetes Mellitus es un síndrome con alta predisposición genética como lo demuestra su incidencia familiar. Sin embargo, su modo de transmisión hereditaria no ha sido claramente establecido.

Se considera a la diabetes como una alteración genéticamente heterogénea lo cual implica la existencia de dos o más entidades disjuntas con el mismo fenotipo.

La diabetes tipo I parece tener menor predisposición genética que la de tipo II, ya que menos del 20% de estos pacientes tienen familiares en primer grado de consanguinidad con historia de diabetes insulino-dependiente, y sólo el 25% de los hijos de dos padres diabéticos tipo II desarrollan el trastorno con una frecuencia del 60% después de los 60 años (Salazar, 1992).

La obesidad se considera un factor predisponente de la diabetes, ya que es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono, debido a una inadecuada producción de la insulina por lesión de las células insulínógenas de los islotes de Langerhans del páncreas. Si esos tejidos pancreáticos no segregaran insulina, el azúcar de los alimentos que han pasado del intestino al

hígado no llega a formar almidón, y entonces la cantidad normal de glucosa contenida en la sangre surge un aumento muy elevado (Solá, 1978)

1.4 Tipos de Diabetes.

Dentro de la Diabetes Mellitus existen dos grandes grupos Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente o Tipo I, y Diabetes Mellitus no Insulino-Dependiente o Tipo II.

1.4.1 Diabetes Tipo I

La Diabetes Insulino-dependiente o tipo I puede presentarse a cualquier edad, aunque generalmente se presenta en la niñez y se conoce como diabetes juvenil.

Así mismo se sabe que hay varias edades de frecuencia máxima en las que por lo general se presenta la diabetes tipo I. EL primer punto máximo de frecuencia es poco después del nacimiento. El segundo es alrededor de los dos y tres años, el tercero de los seis a los siete. El último período, y el más común de iniciación de la enfermedad es inmediatamente antes de la pubertad (Kilo, 1987).

Esta enfermedad se caracteriza por la rapidez con que se instauran los síntomas característicos de la enfermedad desde el momento que empieza a sentirse mal, la salud del niño se deteriora rápidamente. La pérdida de peso es uno de los primeros signos, minando el vigor y energía. Con anterioridad a la pérdida de peso, empieza a eliminar azúcar en la orina. El paciente no sabe lo que le está pasando, pero sí que está yendo al baño mucho más veces de lo usual.

La diabetes tipo I es mucho menos frecuente, tiene antecedentes familiares importantes, es fácil de reconocer y sigue un curso muy tormentoso con alteraciones metabólicas, el paciente tiende a pesar poco, la actividad insulínica del plasma y páncreas es muy inferior a lo normal, es más sensible a la insulina y se pueden observar rápidas oscilaciones desde la hipoglucemia intensa hasta la hiperglucemia. Más del 50% de los diabéticos tipo I presentan una o varias manifestaciones crónicas (complicaciones en los siguientes 20 años de diagnóstico (Cañadell, 1980).

En los diabéticos tipo I se destruyen todas o la mayor parte de las células beta productoras de insulina del páncreas.

Las células que producen la insulina (células beta); de pronto dejan de funcionar y producen muy poca o ninguna insulina de tal forma que las personas

con este tipo de diabetes deben inyectarse insulina diariamente para permanecer con vida.

Puesto que se calcula que en México hay más de siete millones de personas de todas las edades que padecen esta enfermedad lo que representa el 8 % de la población. La diabetes es una de las diez principales causas de muerte en nuestro país.

1.4.2. Diabetes Tipo II

La Diabetes no insulino-dependiente o Tipo II, generalmente se desarrolla con la edad, y comúnmente se denomina diabetes del adulto. La mayoría de ellos, quizás del 80 al 90 % tienen exceso de peso, la diabetes tipo II se desarrolla gradualmente, y aún es posible que sus víctimas no se den cuenta que algo malo les sucede, pueden tener síntomas mínimos durante muchos años antes de que se haga el diagnóstico.

En estos pacientes el páncreas produce insulina pero no en cantidades que no es suficiente para regular los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, o la acción de la insulina es deficiente.

La cantidad de azúcar en la sangre aumenta entonces hasta concentraciones anormalmente elevadas y se derrama en la orina y es llevado fuera del organismo, de este modo el cuerpo es privado de la glucosa necesaria para su funcionamiento normal.

Ocasionalmente los síntomas son claros, una persona se puede dar cuenta que está orinando con más frecuencia que antes, que tiene que levantarse por la noche para ir al baño y tomar agua. Puede sentirse tan débil que no tiene energía para completar una tarea, otros pueden tener visión borrosa o dobles síntomas que presentan más a menudo en personas de edad avanzada (Kilo, 1987).

A veces estas personas adquieren más infecciones de lo usual, particularmente vesiculares o de las vías urinarias, porque el azúcar en la orina los hace más susceptibles a la infección.

Por lo general esta enfermedad se presenta en personas mayores de 30 años. Sin embargo, la diabetes de la madurez con el tiempo puede transformarse en diabetes insulino-dependiente con las mismas características que presenta la diabetes juvenil. Este cambio, unas veces transitorias y otras permanente, puede deberse a la aparición de un proceso intercurrente, tal como una infección o un traumatismo grave, al abandono del régimen, a la persistencia de la obesidad, al sedentarismo, o bien puede originarse sin causa conocida, sólo con el transcurso de los años (Cañadell, 1980).

Esta enfermedad se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Orinar frecuentemente.
- Mucha sed.
- Mucha hambre
- Cansancio, decaimiento.
- Pérdida repentina de peso.
- Irritabilidad.
- La presencia de falta de aire, náusea y vómitos.
- Visión borrosa o cambio en la vista.
- Hormigueo o adormecimiento en las piernas, pies y dedos.
- Frecuentemente infecciones en la piel (infecciones vaginales en las mujeres).
- Sueño después de comer.
- Calambres en las piernas.

1.4.3 Sistema Nervioso

En pacientes con diabetes se producen ciertas complicaciones con gran frecuencia y se les considera parte de la enfermedad. Ya que estas personas tienen mayor probabilidad de padecer complicaciones vasculares, las cuales producen lesiones en las arterias y vasos capilares de varios órganos y tejidos, principalmente en los ojos (retinopatía), sistema nervioso (neuropatía) y también en el riñón (nefropatía). Además, son más susceptibles a padecer infartos del corazón.

La retinopatía diabética se clasifica por lo general en dos tipos, no proliferativa o de fondo o proliferativa. La retinopatía proliferativa es una amenaza para la vista y suele presentarse únicamente en enfermos con diabetes tipo I ya precedida de retinopatía de fondo, la señal más importante de esta última es la presencia de pequeños capilares que han aparecido en la superficie de la retina.

La retinopatía es una lesión extremadamente frecuente en los diabéticos y causa ceguera en casi el 10% de los pacientes. El riesgo de ceguera a nivel individual depende de la edad de inicio y de la antigüedad de la diabetes. Así a los 25-30 años de enfermedad hay lesiones en retinas demostrables. Están presentes en el 90% de los pacientes diabéticos (Santiago, 1992).

Puesto que en la retina se producen profundas hemorragias en etapas tardías, puede producirse una alteración grave de la visión. Mientras las hemorragias son pequeñas y se absorben en unos días o semanas, la pérdida de la visión es focal y compensable.

En ocasiones estos cambios se inician antes que la diabetes sea diagnosticada, por lo tanto, en el primer momento en que se sospeche de la enfermedad, es cuando el paciente debe visitar al oftalmólogo debido a alteraciones en la visión.

La neuropatía es una complicación de la diabetes debido a la afectación de los nervios periféricos especialmente los sensitivos, y afecta sobre todo las piernas. El trastorno aparece en sujetos de edad avanzada, es poco común en adolescentes y rara vez en los niños.

La neuropatía craneal, es decir, los pares craneales tercero, sexto y séptimo pueden afectarse de modo característico en la diabetes. Las lesiones incluyen pérdida axonal, desmielinización segmentaria con posterior remielinización (aunque el nervio no llega a recuperar su estructura normal) y alteraciones degenerativas de la unión neuromuscular.

Ya que los efectos del metabolismo diabético son más que un simple déficit vitamínico neuromuscular. La lipólisis, característica del diabético descompensado, actúa sobre la sustancia nerviosa provocando desmielinización y limitando las defensas contra las agresiones infecciosas o tóxicas no específicas (Klotz, 1971).

Clinicamente el daño nervioso, aislado o difuso presenta caracteres fundamentales. Afecta con preferencia los miembros inferiores.

La neuropatía es la más común y se encuentra en diabéticos de larga evolución. Los síntomas comunes consisten en entumecimiento y frialdad de los pies, sensación de andar sobre algodón. Los signos sensitivos suelen limitarse a las piernas y pies, e incluye cierta pérdida de la sensibilidad a las vibraciones, al tacto ligero, al pinchazo y al calor, la pérdida sensitiva puede ser tan grave que conduce a insomnio y lesiones graves de los pies (Oakley, 1980).

Los problemas del pie diabético son una causa frecuente de morbilidad e incapacidad física. Estos problemas pueden presentarse en cualquier momento del curso de la enfermedad y son frecuentes en sujetos con una diabetes de larga evolución.

La amputación de un pie diabético suele ser el resultado de una secuencia de cambios desafortunados que se inicia con un traumatismo menor en un pie insensible, que lleva a la formación de una úlcera que no sana y finalmente, al complicarse obliga a optar por un tratamiento radical. Una vez que ocurre la amputación de una extremidad, el pronóstico de la pierna contralateral suele ser malo, porque con frecuencia el pie se somete a una sobre carga de trabajo mecánico (Lerma, 1984)

Los pacientes con este tipo de neuropatía pueden experimentar paro cardíaco o respiratorio al ser sometidos a anestesia o durante cualquier enfermedad grave. También experimentan una mayor tendencia a las infecciones, la diabetes no compensada puede causar impotencia sexual temporal. La dificultad para mantener la erección va seguida de ausencia total de ésta, también puede existir eyaculación retrógrada y quizás falte el reflejo bulbocavernoso.

En la nefropatía diabética el riñón es el órgano más tardíamente afectado por complicaciones vasculares de microangiopatía. El 50% de los pacientes insulino-dependientes, con 20 o 25 años de evolución de la enfermedad, tienen insuficiencia renal crónica.

En diabéticos tipo II la nefropatía se descubre más tempranamente, no porque la enfermedad sea más progresiva, sino porque al establecer el diagnóstico probablemente la evolución es ya de varios años, además de existir una mayor prevalencia de hipertensión arterial que agrava la nefropatía (Flores, 1992).

Se sabe que la nefropatía diabética es irreversible en seres humanos; nunca se ha informado de recuperación o curación. En sus últimas etapas, el trastorno suele acompañarse de retinopatía, neuropatía y complicaciones cardiovasculares.

1.4.3. Cetoacidosis.

La cetoacidosis se presenta cuando se tiene un mal control de la glucosa en sangre o se tiene alguna infección. El defecto básico en la cetoacidosis diabética es la deficiencia de insulina, el aumento de la glucosa y disminución de la captación de glucosa por los tejidos ocasionando hiperglucemia, y la diuresis osmótica que produce la poliuria característica de este padecimiento.

Uno de los problemas graves de pacientes con cetoacidosis, resulta por la pérdida de agua en orina, vómito y diarrea, la pérdida de peso, la debilidad y el cansancio en gran parte son secundarios.

La cetoacidosis diabética se desarrolla en un lapso de días o semanas, la anorexia, náuseas, vómito, malestar abdominal, poliuria, polidipsia y fiebre van seguidos por síntomas que afectan el sistema nervioso central como dolor de cabeza, somnolencia, estupor y coma (Jubiz, 1981)

CAPITULO

2

CAPITULO 2

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DIABÉTICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

2.1 Nutrición.

Prevenir es evitar, pero no sólo la enfermedad sino también su progresión, sus complicaciones y sus secuelas.

La educación para la salud es un medio para prevenir muchas enfermedades. La diabetes se relaciona con muchos estilos de vida que suelen considerarse en programas de promoción de la salud; la vida sana, la moderación, las costumbres higiénicas, los cuidados personales, el ejercicio programado, la alimentación adecuada y muchas otras propuestas que pueden prevenir la diabetes en la medida en que la sociedad las incorpore y los individuos las adopten (Liptzi, 1989)

Ya que la nutrición es un conjunto de procesos gracias a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos y son materiales esenciales y necesarios para el mantenimiento de la vida.

La alimentación es voluntaria y por lo tanto educable, mientras que la nutrición es involuntaria. Puede decirse que un buen estado nutritivo es la consecuencia de una adecuada alimentación.

Para mantenerse lo más sano posible, las personas con diabetes tipo I y tipo II emplearán diferentes planes alimenticios de acuerdo con la edad que tengan.

Los planes alimenticios para adolescentes ponen énfasis en la flexibilidad, y los planes para adultos que han tenido la enfermedad por largo tiempo se enfocarán a la disminución de grasas y quizás a una disminución leve en el consumo de proteínas.

Por otro lado, alguien que tenga sobre peso y diabetes tipo II tendrá un plan que se enfoque en la pérdida de peso al disminuir de 200 a 300 calorías por medio de un régimen alimenticio y el ejercicio físico diario. Para las personas con diabetes tipo II y peso normal se escogerán planes alimenticios para mantener el peso y para distribuir los carbohidratos y las calorías que consuman a lo largo del día, con el fin de obtener la mejor respuesta posible en los niveles de glucosa (Castañeda, 1995).

Las proteínas pueden administrarse en forma de carne o pescado, evitando el exceso de huevo y leche por su contenido en grasas en forma preferentemente de

poli-insaturados (aceite de oliva, grasas vegetales) Las grasas deben estar en una porción no inferior a un 25 %, ni superior a un 50% de la dieta (Moncada, 1984).

Los hidratos de carbono se administran regularmente en forma de polisacáridos (cereales, legumbres, verduras y pan), mientras que deben limitarse especialmente la ingesta de monosacáridos y disacáridos (frutas, dulces, mermeladas, etc.), que por ser carbohidratos más simples, se absorben con rapidez dando lugar a hiperglucemias intensas

El aporte de energía deberá establecerse en función de la edad, la talla, el peso, sexo y sobre todo la actividad física.

La ingesta de moderadas cantidades de azúcar en el contexto de una comida equilibrada no tiene por qué desequilibrar el control metabólico de la diabetes, siempre que el contenido global de glucocidos de aquella ingesta no se haya aumentado.

El aporte proteico debe ser parecido al de la alimentación normal, manteniendo un equilibrio entre proteínas animales y vegetales. El aporte de grasas debe ser el mismo que el recomendado para la población en general, es decir, no superior al 30-35% de las calorías totales de la dieta (Moncada, 1984).

Las sales minerales son elementos inorgánicos y calóricos, que se encuentran en algunos alimentos y son imprescindibles por su función reguladora y plástica. Existen 15 elementos químicos en el cuerpo humano en forma de sales minerales, ya sea en forma sólida (p. ej. constituyendo el esqueleto), en forma de iones en los líquidos biológicos (p. ej. en el líquido extracelular o en el plasma). Una alimentación completa y variada incluye casi todos los minerales en cantidades suficientes (Figuerola, 1990).

Es importante comer menos sal ya que nos ayuda a controlar la presión alta y evitar problemas de los riñones.

Por lo tanto es importante comer alimentos ricos en fibra, como son:

- Frutas
- Verduras
- Cereales o granos como habas, avena, maíz, lentejas, trigo, cebada, Garbanzos, frijoles y centeno.

Puede comer la cantidad que quiera de:

- aceitunas
- alcachofas
- col
- coliflor
- flor de calabaza
- jitomate

- apio
- berenjena
- berros
- camote
- calabacitas
- cilantro
- chiles
- chilitacayote
- chícharo
- elote tierno
- espárragos
- espinacas
- lechuga
- nopales
- nabo
- pepino
- perejil
- rábanos

Los cereales más recomendados son:

- hojuelas de avena
- cereal all-bran
- granola sin coco rallado
- cebada
- salvado
- trigo

No comer más de media taza al día de:

- papa blanca
- zanahoria
- aguacate
- habas
- betabel
- cebolla cambray

Los alimentos que se tendrían que evitar son:

- papas fritas
- semillas
- refrescos embotellados
- cacahuetes
- botanas
- frutas secas
- nueces
- frituras

2.2 Ejercicio

El ejercicio ha sido desde siempre uno de los elementos básicos en el tratamiento de la diabetes. El ejercicio por sí solo, no mejora el control del diabético, lo que es cierto es que siempre tendrá mejores resultado en personas con buen control previo. Es un componente importante pues ayuda a reducir los niveles de glucosa en la sangre y los requerimientos de medicamentos sin sustituirlos a la dieta, además, ayuda a la pérdida de peso corporal

La actividad muscular favorece el consumo de la glucosa sanguínea y hace que disminuyan las necesidades de insulina. Y por el contrario la inactividad aumenta los requerimientos de insulina. La explicación de este principio se fundamenta en que durante el ejercicio, la grasa que se encuentra depositada en los tejidos es liberada de ellos, pasando a la sangre para ser consumida y metabolizada gracias a unos mecanismos hormonales y a la actuación conjunta de ciertos fermentos motivando que se produzca una disminución del consumo de glucosa por las células (Monfiro, 1991).

El grado de actividad física de una persona es responsable de importantes variaciones en el consumo calórico. La actividad física regula y mejora de modo muy notable la sensibilidad a la insulina, por lo que en determinados casos de diabetes del adulto un buen entrenamiento por ejercicio puede sustituir los hipoglucemiantes orales.

El ejercicio disminuye la glucosa en la sangre durante y después de éste, así como también disminuye la hemoglobina glucosilada, mejora el aprovechamiento de insulina, disminuye los niveles de colesterol, mejora la presión arterial elevada, hay reducción de peso y mejora la función del corazón (Castañeda, 1995).

Cuando un paciente está bien controlado, la actividad física produce los mismos cambios que en una persona normal. En este caso, la complicación más frecuente sería una baja de glucosa en sangre que se puede evitar tomando algún alimento antes de iniciar el ejercicio.

Por el contrario, si el control es malo o deficiente, los cambios que produce el ejercicio pueden ser adversos y hasta ocasionar algunas complicaciones.

Todas las personas aunque no padezcan diabetes, requieren una buena hidratación antes, durante y después del ejercicio.

Tipo de ejercicio:

Anaeróbico.- Es aquel que ocurre en presencia de poco oxígeno en los músculos. Ejemplo: levantamiento de pesas, karate, etc.

Aeróbico - Es aquel que se recomienda para las personas que padecen diabetes, pues hay un aporte y consumo de oxígeno en los músculos que implica el aumento en la frecuencia cardíaca. Este tipo de ejercicio facilita la utilización de glucosa y grasas. Ejemplo: correr, nadar, caminar, jugar tenis, etc.

2.3 Higiene

Los pies necesitan de un cuidado especial, por la diabetes, los cuales tienen una mala circulación, y por eso están en peligro de tener infecciones.

Las infecciones pueden causar gangrena, cuando esto sucede hay que cortar la pierna ya que dichas infecciones pueden ocasionarse por una herida pequeña, mucha humedad en los pies, el roce de los zapatos, las uñas mal cortadas, la falta de movimiento y un callo cortado.

El cuidado de los pies es de la siguiente manera

- Lavar diario con agua tibia
- Secarlos con toalla suave sin olvidar entre los dedos.
- Aplicar talco.
- Cortar las uñas en forma recta, de preferencia limarlas.
- Los pies resecos lubricarlos con lanolina o aceite para niños
- En pies sudorosos, aplicar alcohol y agua a partes iguales.
- Consultar al médico si nota algún cambio en sus pies
- Usar zapato blando, cómodo y de tacón bajo, que no quede grande, ni chico.
- Darle masaje a sus pies con aceite de vaselina, siempre de abajo hacia arriba.
- Cubrir los pies con calcetines o medias evitando que queden apretados. Revise diario sus pies, si nota cambios de color, heridas, infecciones y dolor, vaya inmediatamente con su médico (Robles, 1991).

También es importante la higiene en los dientes. Cuando la diabetes no está controlada puede haber enfermedades como

- Pérdida prematura de los dientes, por afioramiento.
- Inflamación de la encía con dolor.
- Sequedad de la boca.
- Dolor intenso de los dientes
- Pus en las encías.
- Mal aliento.

Lo mejor es prevenirlas

- Lavarse los dientes después de comer.
- Cepillarse bien los dientes.
- Usar un cepillo semiduro.
- Usar hilo o seda dental.
- Dar masaje a las encías con un dedo con movimiento giratorio de la base del borde libre del diente
- Ir al dentista 2 veces al año

2.4 Medicamentos

El uso de los medicamentos es importante para mantener una diabetes controlada, ya que los hipoglucemiantes bucales no tienen relación con la insulina, ni pueden reemplazarla

Existen dos tipos de preparados: las sulfonilurias y las biguanidas.

Las sulfonilurias disponibles para prescripción son la tolbutamida, la acetohexamida, acloropamida y tolazamida. Aunque hay algunas pruebas de que disminuyen directamente la salida de la glucosa por el hígado, actúan ante todo estimulando la secreción de insulina endógena (Harrison, 1985).

La tolbutamida es el agente hipoglucemiante bucal más usado, cada tableta contiene 500 mg. La vida media biológica es de 6 horas, se administra antes del desayuno y antes de la comida.

Acetohexamida cada tableta contiene 250 y 500 mg, sin embargo, su vida es más prolongada.

Cloropropamida se dispone de tabletas que contienen 100 o 250 mg. La vida biológica es de 36 horas y la administración diaria tiene un efecto acumulativo. No es metabolizada y, por consiguiente, se excreta por vía urinaria.

De las Biguanidas, se encuentran en el comercio el fendormin, una fenetil biguanida, en forma de tableta de 25 mg. Con una vida media biológica de 3 a 4 horas y cápsulas de desintegración lenta, de 50 ó 100 mg. Su mecanismo de acción difiere fundamentalmente del de las sulfonilurias, ya que influye en la vía anaerobia de la glucosa e inhibe la gluconeogénesis hepática. Existen pruebas de que la droga disminuye la incorporación de la glucosa por la mucosa intestinal (Harrison, 1985).

El uso del fendormin como único agente antidiabético es limitado puesto que provoca efectos gastrointestinales colaterales como anorexia, náuseas, vómito y diarrea.

El uso de la insulina está bien indicado en el paciente juvenil y en los enfermos con diabetes de tipo adulto en quienes la dieta ha resultado insuficiente para mantener concentraciones satisfactorias de glucosa. La insulina es una potente hormona de vida media endógena.

La insulina cristalina es mejor para el tratamiento de urgencias, como el de la cetoacidosis diabética ó para lograr el control en ayunas en pacientes con hiperglucemia grave; se emplea también para uso diario en combinación con una insulina intermedia a fin de obtener acción más rápida.

Cualquiera de los dos tipos de insulina se encuentran disponibles en tres potencias distintas, 40, 80 y 100 unidades por ml.

Los actuales tratamientos para controlar la diabetes son

Un método para controlar la diabetes, enfermedad considerada incurable hasta hoy, fue anunciado por la Universidad Nacional, en lo que puede representar uno de los aportes médicos más importantes del siglo.

Los investigadores universitarios dijeron que con este revolucionario método se podrá controlar la diabetes en cualquiera de sus manifestaciones; los médicos podrán controlar incluso la diabetes juvenil, considerada como la de peores efectos sobre el organismo del paciente, sin necesidad de que éste controle su consumo de azúcares.

Se trata de un pequeño dispositivo de forma cilíndrica, de aproximadamente tres milímetros de diámetro, fabricado en teflón y recubierto por una maya de acero, que se implantará, vía subcutánea en las piernas o brazos del paciente diabético.

Por su funcionamiento, explicó el Doctor Valdés González Salas, en su interior se insertaran las cantidades adecuada de células del páncreas del cerdo por lo que la longitud del dispositivo variará dependiendo del grado de avance de la enfermedad en el paciente misma que desde el primer momento empezará a producir la insulina requerida por el organismo receptor.

Una vez implantado el dispositivo se provocará en el organismo una elevada producción de tejido fibroso, que a su vez tendrá pequeños vasos sanguíneos que van a nutrir a las células depositadas en el cilindro. Además, la capa de tejido que se forma permitirá la generación de nutrientes e impedirá la muerte de células.

Según el investigador, el riesgo que un paciente diabético corre al implantarse uno de estos dispositivos es muy reducido. ya que, dijo, lo más que puede suceder es que éste no funcione y que el paciente tenga que recibir nuevamente su dosis de insulina.

Aunque el dispositivo no ha sido probado en humanos, Valdés González Salas dijo que sus expectativas son excelentes, ya que en los animales que se ha aplicado esta investigación, se ha obtenido un éxito rotundo.

Con el implante de este dispositivo no se logran revertir los efectos de la enfermedad, pero sí serán controlados y no avanzarán más, por lo que sigue siendo muy importante que los pacientes acudan a su médico a realizarse exámenes, ya que de un diagnóstico temprano de la enfermedad, depende que el paciente pueda ser controlado con mayor eficacia

Otro nuevo medicamento más reciente se llama "Troglitazone", la aprobación del fármaco por la U.S. Food and Drug Administration recibió gran publicidad en E.U.A. y por la Dra. Lipsate, ella explica que este fármaco, es el primero que directamente ataca las causas subyacentes de la diabetes en adultos o en Diabetes tipo II, siendo puesta en circulación para el tratamiento del diabético, ya que las inyecciones de insulina no estén controlando adecuadamente la enfermedad.

Los estudios muestran que este fármaco puede reducir en gran parte o lo que es más, eliminar para algunos pacientes la necesidad de inyecciones de insulina, pero la parte más emocionante es que al parecer puede usarse para realmente prevenir la diabetes en personas susceptibles. El fármaco que pronto estará disponible con el nombre comercial de "Rezulina" ayuda a sensibilizar a que el cuerpo produzca insulina en forma natural, Es la falta de sensibilidad a la insulina lo que causa la diabetes en los adultos. La Rezulina es el primer fármaco que directamente reduce la resistencia insulínica a niveles celulares.

Considerando lo importante de esta enfermedad crónica, como degenerativa en el organismo, consideramos importante estudiar como influye el enfermo diabético en la estructura familiar, por lo que abordaremos este tema en el siguiente capítulo.

CAPITULO

3

CAPITULO 3

FAMILIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

3.1 Concepto de Familia

Es importante conceptualizar a la familia como el momento en que dos adultos, hombre y mujer se unen con el propósito de formarla. Los nuevos compañeros, individualmente, traen un conjunto de valores y de expectativas, tanto explícitos como inconscientes, que van desde el valor que atribuyen a la independencia en las decisiones, hasta la opinión sobre si se debe o no tomar desayuno (Minuchin y Fishman, 1992).

Por lo tanto la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Los problemas básicos de una familia son los mismos que los de millones de familias

Al comienzo del matrimonio una joven pareja debe enfrentarse a un cierto número de tareas. Los esposos deben acomodarse mutuamente a un gran número de pequeñas rutinas. En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro, y a su vez es influido por la secuencia de conductas anteriores

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos. Del mismo modo los encuentros con los elementos extrafamiliares -trabajo, deberes y ocios- deben organizarse y regularizarse de nuevo modo. Se deben adoptar decisiones en lo que concierne al modo en que se permitirá que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia.

El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, atención, alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los

cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones.

Los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Nuevos hermanos se unen a la familia. En diferentes períodos del desarrollo, así se requiere a la familia que se adapte y reestructure. Los cambios de la fuerza y productividad relativa de los miembros de la familia requieren acomodaciones continuas.

La familia debe enfrentar el desafío de cambios, tanto internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros, mientras se adapta a una sociedad en transición. (Minuchin, 1986)

3.2. Estructura Familiar.

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto", tal como lo describió Beralanffy en 1984. Al conceptualizarlo así, vemos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el social y el ecológico. Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología (Estrada, 1996).

La familia como sistema en constante transformación, o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (exigencias que cambian también con la variación de los requerimientos sociales que se le plantean en el curso del tiempo), con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen.

Este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación. circuitos retroactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación y orientación hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa), o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva).

Se evidenció así que los sistemas familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento patológico en alguno de sus miembros, tiende a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas cada vez más rígidas al servicio de la homeostasis.

La familia como sistema activo que se autogobierna, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está en la relación y lo que no está, hasta llegar a la definición estable de la relación, es decir, a la formación de una unidad sistémica rígida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones.

Así, todo tipo de tensión, sea originado por cambios dentro de la familia intrasistémicos: el nacimiento de los hijos, su crecimiento, hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etcétera, o provenga del exterior (cambios intersistémicos: mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios profundos en el plano de los valores, etcétera), vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado y de consentir el crecimiento de sus miembros, por el otro. Y es justamente en ocasión de cambios o presiones intra o intersistémicas de particular importancia cuando surge la mayoría de las perturbaciones llamadas psiquiátricas.

La familia como sistema abierto en interacciones con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, instituto etcétera), da lugar a que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de relaciones sociales: las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

Si partimos de la premisa de que la familia es un sistema entre otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado, será un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de esto y para la realización de una intervención significativa en situaciones de emergencia. (Andolfi, 1990)

3.2.1. Holón Individual.

Este holón incluye los determinantes históricos del individuo, aportes del contexto social. Pero va más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto, y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos. (Minuchin y Fishman, 1992)

3.2.2 Holón Conyugal

Este es conformado por la pareja, cada cónyuge lleva consigo una ideología que debe compartir con el otro, asimismo negociar las preferencias, para con ello ganar pertenencia, quedando así establecida la base de las interacciones,

Una de las tareas más vitales en el sistema es la fijación de límites que protegen a la pareja, en donde ésta procura un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan sus parientes políticos, los hijos u otras personas. (Minuchin y Fishman; 1992)

3.2.3 Holón Parental

Este incluye la crianza de los hijos y funciones de socialización. El niño aprende a vivenciar la autoridad y a conocer el estilo de vida con la que su familia afronta conflictos y negociaciones. Este subsistema tiene que modificarse a medida que él (los) hijo (s) crece (n) y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad se le deben dar más oportunidades para que tome decisiones y se controle a sí mismo (Minuchin y Fishman, 1992).

3.2.4 Holón Fraternal

Dentro de éste los hijos se apoyan entre sí, se atacan, aprenden unos de otros o se toman como chivos emisarios, cooperan, comparten y negocian, Estos holones pueden ser variables, de acuerdo a la situación o contexto social en el que se encuentra el individuo, ya sea individual, conyugal, parental o fraternal, el cual va a influir y ser influido sobre estos subsistemas. Dentro de este holón o subsistemas, se promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo, como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de su mismo sistema. Además, aquí es donde se enfrentan a hacer amigos y tratar con enemigos, en aprender de otros y ser reconocidos.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia, los cuales son mantenidos por dos sistemas de coacción. El primero es genérico, e implica que las reglas que gobiernan la organización familiar, el segundo es idiosincrático e implica expectativas mutuas entre los miembros de la familia (Lima, y Vázquez, 1997)

3.3 Límites

Los límites son reglas que deciden quienes participan en el sistema, los cuales funcionan como reguladores de las conductas de sus miembros, además de que permiten la diferenciación y desarrollo de la estructura. Un disturbio en los límites es indicador de una estructura disfuncional (Minuchin, 1974, citado en Fritz, 1985).

Los límites entre la familia y el ambiente externo, son determinados por las conductas interaccionales que la familia muestra hacia los miembros de la misma, o personas externas al sistema. Las reglas o límites definen en dónde, cuándo y bajo que condiciones los miembros deben actuar. Los límites indican si el subsistema es o puede llegar a ser abierto y transformar su estructura (morfoestasis) (Fritz, 1985).

3.3.1. Límites Flexibles.

Se les denomina límites flexibles a las reglas o normas dentro de la familia que son claras y, además, cambian dependiendo de las necesidades del sistema, además, que no existe interferencia entre sistemas (Minuchin, 1986).

3.3.2 Límites Difusos.

Estos se caracterizan porque no presentan reglas claras: además, es por ello que los miembros de la familia invaden el espacio de los demás miembros, por lo que este tipo de familia se le ha llamado "muegano" o "familias amalgamadas" (Umbarger, 1991).

3.3.3. Límites Rígidos.

Se les denomina límites rígidos a las reglas o normas dentro de la familia que no cambian cuando es necesario por lo que mantienen el equilibrio del sistema, aunque éste requiera cambiar de acuerdo a las necesidades del contexto a los que el sistema se enfrenta.

Los límites rígidos se caracterizan por la dificultad de diferenciación que existe entre los subsistemas, y al mismo tiempo las funciones protectoras se ven perjudicadas. Cuando existe este tipo de límites en una familia, es porque hay una falta de interacción entre los individuos que la componen (Ortiz, 1994).

3.4 Jerarquía.

Dentro de un sistema siempre existe la llamada jerarquía, la cual es definida en términos de concentración de poder (Minuchin, 1986).

El concepto de jerarquía tiene un triple significado en Terapia Familiar, primero describe la función de poder y su estructura en la familia. Este aspecto de jerarquía pertenece a la diferenciación de roles entre padres e hijos, así como los límites entre las generaciones. Segundo, se refiere a la organización de una jerarquía lógica, en la cual un orden menor, es un elemento dentro de un orden mayor. Tercero, hay un aumento de la jerarquía en los niveles del sistema. (Hoffman, 1987, citado en Fritz, 1985).

3.5 Centralidad.

Cuando se habla de centralidad, estamos haciendo referencia a que la mayoría de las interacciones de una familia se encuentran girando alrededor de un solo miembro, por ejemplo ser una persona brillante dentro de la escuela lo cual se denomina centralidad positiva o bien comportarse de manera extravagante (centralidad negativa) para que toda la familia se encuentre focalizada en todo momento en las actitudes de dicho miembro (Saccu, 1980; citado en Ackerman, 1990).

3.6 Periferia.

Otro elemento importante dentro de la estructura familiar es la periferia, la cual es el distanciamiento emocional y físico de una persona hacia su núcleo familiar.

Dysinger y Basamania (citados en Bowen, 1989) mencionan estudios de casos de padres que en su núcleo familiar se muestran distantes y poco participativos a las necesidades que como sistema requieren, sin embargo, en su ámbito social y laboral son funcionales. En las familias esquizofrénicas, los padres y madres están emocionalmente separados por la barrera de la distancia, debido a que no pueden establecer una relación cercana uno con el otro, aunque si con el esquizofrénico, siempre y cuando el cónyuge más próximo a éste (psicótico) lo permita. Durante las sesiones terapéuticas, los terapeutas observaron que los padres mantenían una distancia impersonal necesaria para mantener los

desacuerdos al mínimo, evitando temas susceptibles que pudieran confrontarlos. Los cónyuges (hombres/mujeres) que viven en esta situación, son considerados igualmente inmaduros, ya que la distancia superficial, reprimen una mutua interdependencia más profunda. puesto que mientras uno niega la inmadurez y funciona con una fachada de supersuficiencia, el otro acentúa la inmadurez y funciona con una fachada de insuficiencia. En su vida cotidiana la supersuficiencia de uno, funciona en relación recíproca con la insuficiencia del otro.

3.7. Alianza.

Cuando dos o más miembros de un sistema se unen para obtener un beneficio, se habla de alianza; dicho concepto fue introducido por Wynne (en 1961; citado en Fritz, 1985), para facilitar la descripción de estructuras organizacionales, así como para entender los mensajes comunicacionales.

Se entiende por alianza a la unión de dos o más miembros del sistema, los cuales van a depender de los mismos intereses, actitudes y valores, para obtener beneficios en pro del sistema (Umbarger, 1983)

Minuchin y Fishman (citados en Fritz, 1985), hacen consideraciones teóricas similares en la técnica terapéutica, en donde dicen que es importante hacer un balance cuando la alianza, siempre es entre los mismos miembros, por lo que el terapeuta de e unirse a un miembro o a un subsistema temporalmente a expensas de los otros miembros, ya que de esta forma, la familia tendrá nuevas perspectivas, roles y soluciones, que de esta manera pueden estar dispuestas al cambio.

3.7.1 Coaliciones.

Cuando las "uniones " tienen la finalidad de hacer daño a un tercero, se denominan coaliciones (Minuchin, 1986).

Estas coaliciones sirven principalmente para desviar el conflicto p para designar al chivo emisario o paciente identificado. ya que la desviación del conflicto reduce la presión sobre el subsistema de los cónyuges, pero a todas luces impone tensión a los hijos (Umbarger, 1981).

En esta situación los padres intentarán ganar la simpatía y soporte de alguno de los hijos, a costa de sus relaciones maritales. Estas fuerzas dentro del sistema, pueden ser vistas como un caso especial de cambios en las configuraciones de los sistemas asociados con -alianza/alineación/coalicción- (Fritz, 1985).

3.7.2 Triangulación.

La triangulación se refiere a la expansión del conflicto, ya sea en una relación diádica o la inclusión de una tercera persona (hijo, terapeuta, etc.)

Minuchin (1979) describió varias formas de triangulaciones bajo el concepto de triada rígida, el cual enfatiza que la triangulación cubre un conflicto manifiesto o encubierto, por ejemplo, cuando un progenitor se vale de un miembro del sistema para atacar a otro miembro del mismo.

3.8. Paciente Identificado.

El paciente identificado es el miembro de la familia que presenta un síntoma, según el reporte de la propia familia. Por ello la mayoría de las familias que asisten a tratamiento psicológico, lo hacen a causa de un miembro (padre/madre/hijo), con problemas o sintomático, culpando de haragán, desconsiderado o loco (Fritz, 1985).

Se ha considerado al síntoma como un acto comunicativo que sirve como una especie de contrato entre dos o más personas, y que ocurre a menudo cuando una persona está en una situación difícil de escapar. Esta persona está encerrada en una secuencia o pautas con el resto de la familia o con otros miembros significativos, y no encuentra otra manera de alternarla por medios no sintomáticos (Andolfi, 1980).

Dysinger y Basamania (citados en Bowen, 1986), mencionan que la psicosis o problema que manifiesta un individuo dentro de su núcleo familiar le sirve para readaptar las relaciones familiares.

Asimismo, Andolfi (1990) menciona que el síntoma puede considerarse como un tipo particular de conducta que funciona como mecanismo homeostático, regulador de las transacciones familiares y mantiene el equilibrio dinámico entre los miembros, es por ello que la terapia permite al paciente identificado recuperar su capacidad de autodeterminación en un contexto familiar, cambiado, donde se reeducaren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpressadas y capaces de dar significado distinto a una perturbación, no vivida ya como un estigma. Sino como señal y momento de crecimiento de un grupo con historia.

3.8. Hijo Parental

Respecto a los hijos parentales, se dice que en familias patógenas, uno o ambos adultos y todos los niños asumen roles sexuales y generacionales

inapropiados así como características estereotipadas que se les asignan. En vez de vivirlas como entidades independientes con la gama de sentimientos y actividades humanas. Brodet, afirma que la constelación de roles, permite que los conflictos internos de cada miembro sean actuados dentro de la familia, antes que dentro de sí mismo, y cada miembro procura encarar sus propios conflictos modificando al otro.

A los niños buenos y sumisos generalmente se les asigna el rol de parentalización, de manera inconsciente y se espera que los niños actúen como adultos, en tanto que los adultos actúan como niños, en el sentido de renunciar a ciertas funciones ejecutivas esenciales (al igual que sexuales), ya que los hijos del mismo sexo o del opuesto se utilizan como sustituto del cónyuge. Asimismo Minuchin y Fishman, (1992), mencionan que en el hijo parental se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a los hermanos y demás miembros del núcleo, ya que los padres se demuestran incapaces de actuar; de esa forma pueden tratar de justificar su incapacidad bajo la máscara de permisividad, democracia o una posición autoritaria.

Por lo que es la parentalización de los hijos puede surgir como una consecuencia de la inactividad paterna. De esta forma los hijos se vuelven los custodios físicos y psicológicos de uno o ambos padres si perciben su insaciable necesidad de consuelo (Boszormenyi-Nagi, 1983).

3.9 Ciclo Vital.

El ciclo vital es el desarrollo de la familia, el cual transcurre en etapas que siguen en una progresión de complejidad creciente, en donde existen períodos de equilibrio y adaptación, y también períodos de desequilibrio como consecuencia de su paso de un estado o uno más complejo (Torres, 1994)

Dentro del contexto familiar y en las fases de su desarrollo mismo se entremezclan transacciones interaccionales dentro de la familia, ya que las generaciones se mueven de acuerdo a la edad, puesto que mientras unas intentan abandonar el hogar otras pueden planear su vida profesional o llegar a tener relaciones íntimas con adulto. Cada generación es influenciada e influencia a otras, ya que el desarrollo en la mayoría de las familias implica transiciones simultáneas (Breulin, 1988, citado en Goldenberg, 1990)

Por ello en cada etapa el individuo debe crear tareas que sirvan para su desarrollo, por ejemplo en la instancia de la adolescencia se necesita establecer independencia, asimismo los padres deben hacer un balance entre la responsabilidad y la libertad, la cual implique un desarrollo en la unidad.

El ciclo vital ofrece un esquema para ver a la familia como un sistema que se va moviendo a través del tiempo; aunque cabe señalar que una variable de fuerte impacto en la familia es el impacto migratorio así como la transición cultural.

Por eso son importantes los eventos que ocurren en algún estadio del ciclo de vida, tienen un fuerte impacto en las relaciones de otro estadio, por lo que esta situación obliga, ya sea a cambios de primer orden o cambios de segundo orden, en los primeros no se cambia la estructura del sistema, mientras en los segundos requieren de un cambio en la estructura familiar, y si estos cambios son manejados adecuadamente se llega exitosamente a la siguiente fase.

Estos cambios pueden ser descritos en un mapa llamado genograma, el cual es una herramienta gráfica, que nos ayuda a inducir cuál es la etapa por la que atraviesa la familia, el tipo de relaciones entre miembros y entre la familia, así como su contexto, por lo que el terapeuta tiene la oportunidad de observar transacciones familiares, las características estructurales y los disturbios en la familia (Fritz, 1985)

3.9.1 Formación de Pareja.

Esta constituye la estructura del holón conyugal y la nueva pareja que debe definir y armonizar estilos y expectativas diferentes, así como elaborar modalidades propias para procesar información, establecer contacto y tratarse con afecto. También existe tensión entre las necesidades del holón de la pareja y las de cada uno de sus miembros.

3.9.2 Familia con hijos pequeños.

Es el segundo estadio, el cual se presenta con el nacimiento del primer hijo, además, es en este momento cuando se crea un nuevo holón como es el parental, por lo que el conyugal se debe reorganizar para enfrentar nuevas tareas, asimismo se vuelve indispensable la creación de nuevas reglas.

3.9.3 Familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes

Un cambio importante es cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, lo cual, marca el tercer estadio de desarrollo, ya que la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo y bien organizado. Además de crear nuevas reglas y tareas para cada miembro de la familia. Por último en este estadio comienza el proceso de separación, por lo que este cambio tiene gran impacto en la familia.

3.9.4 Nido vacío

Es el cuarto y último estadio, en donde los hijos han creado sus compromisos y un estilo de vida propio, una carrera y un cónyuge, por lo que la familia originaria

vuelve a ser de dos miembros. Por ello esta nueva etapa requiere de una nueva reorganización, cuyo eje será el modo de relacionarse padres e hijos como seres adultos.

Este período suele definir una etapa de pérdida aunque podría ser diferente y alcanzar la pareja un estado de desarrollo, si los cónyuges como individuos y pareja aprovechan sus experiencias, sueños y expectativas para realizar posibilidades inalcanzables, mientras debían dedicarse a la crianza de los hijos

3.9.5 Características de la familia del enfermo diabético.

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de ésta y también un cambio en su entorno.

El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido. El cambio en el entorno ocurre por la incorporación en el del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante.

Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una "necesidad" del sistema familiar.

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus tratamientos.

Las familias con un miembro con enfermedad crónica que presenta etapas de "normalidad" y crisis periódicas o intermitentes, requieren de flexibilidad suficiente para cambiar de una estructura y organización de familia en crisis y viceversa.

En conclusión, las características de la estructura de la familia con un enfermo crónico son las siguientes.

1. - En general, los límites entre subsistemas, y del sistema familiar con el entorno se hacen más permeables. tiende a diluirse, permitiendo que el enfermo se vuelva central, es decir, que las interacciones en la familia se hagan en gran medida en función de él. Como consecuencia, se modifican también las jerarquías. Si se trata de un hijo sale del subsistema fraterno al dejar de participar en las actividades de

sus hermanos casi siempre al maciparse de algunas de las normas que los rigen. Si se trata del padre o de la madre, generalmente delega su función parental y pasa a funcionar como "hijo" del otro cónyuge, de los hijos mayores y/o de la familia de origen.

2 - El subsistema conyugal tiende a perder importancia frente al parental. Como se vieron, si había problemas previos, entre los esposos, éstos tienden a formar coaliciones teniendo como base al enfermo, al tratamiento y a la enfermedad,. Si ya existían coaliciones, y debido a la disolución de los límites, éstas tienden a ampliarse abarcando a un mayor número de personas.

3. - Cuando el tratamiento es complicado o costoso, generalmente el miembro de la familia que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado de trabajo, al grado de llegar a convertirse en periférico para el sistema familiar. Es decir, disminuye considerablemente sus interacciones con los miembros. La regresión y depresión, que tienden a darse en el paciente, así como la centralidad favorecen esta sobrecarga. Ante esto, puede surgir algún otro miembro que asuma un rol parental auxiliar.

4.- Es frecuente que, como consecuencia de la tensión que produce en el sistema familiar la aparición de la enfermedad crónica, así como de los cambios adaptativos que éste tiene que realizar, aparezcan conductas disfuncionales en otros miembros.

5.- En general, los problemas que existían previamente tienden a agravarse, pero en algunos casos forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas previos pasan a segundo plano, con lo que puede observarse una mejoría en las relaciones familiares. Cuando esto se da, puede preverse que el sistema familiar dificulta la rehabilitación del paciente porque ésta implicaría el resurgimiento de los viejos problemas.

En los casos de enfermedades que presentan etapas de "normalidad" y crisis periódicas o intermitentes, si la familia es flexible, desarrolla una estructura para los momentos de crisis, en la cual se darían, en forma preponderante las características descritas anteriormente, mientras que mantiene su estructura "normal" en etapas de normalidad. Si la familia es rígida, probablemente funcione en momentos de "normalidad" como si estuviera en una crisis, con las disfunciones y limitaciones que esto acarrea para todos los miembros de la familia (Robles, 1987).

Ahora bien, en el caso de la presencia de la diabetes, puede disminuir la integridad global de la familia, considerando que el efecto real del diagnóstico del padecimiento sobre la unidad familiar, va a depender de la composición de la familia, la edad del comienzo clínico, el régimen terapéutico y la psicopatología preexistente a nivel familiar. La presencia de la diabetes también aumentará las

tensiones de carácter económico sobre la familia, incrementando en forma silenciosa las situaciones de tensión, a pesar de que se menciona que el padecimiento es característico en aquellos grupos sociales que viven holgadamente dentro de la sociedad.

La persona con diabetes muchas veces se dirige a la familia en busca de ayuda y consejo en especial con el cónyuge, que en la mayor parte de los casos se encuentra agobiado por los problemas inherentes al padecimiento del enfermo, creando así un caos interno dentro de la dinámica familiar. La repercusión más frecuente adaptada, es la pérdida de autoridad familiar y el aislamiento del paciente por la presencia de psicopatología en la familia.

Lo que presenta un efecto negativo sobre el cuidado del enfermo. En muchos casos la conducta del paciente estriba en intentar escapar a problemas familiares e interpersonales, yendo al hospital o deseando acabar con su existencia, la mayor de las veces se manifiesta con aislamiento hacia la sociedad donde se desarrolla el diabético (Ferrerías, 1980).

Los factores emocionales precipitan los síntomas de la enfermedad y hacen probablemente que la alteración aparezca seguida de conflictos emocionales y sugerencias. Esto sugiere que la diabetes es una enfermedad de adaptación ya que tanto el paciente diabético y los familiares se deben adaptar a esta situación de salud para beneficio de todo el núcleo familiar, el médico tratante se presentará a esta situación y tratará de evitar conflictos, así la esposa del afectado que se presenta a consulta relatando que su enfermo es agresivo o dependiente de una manera determinante al núcleo hasta para resolver la más mínima situación de carácter conflictivo, por lo que el médico de ser sagaz en sus percepciones del grupo familiar y comprender la situación en que se encuentran para resolver con conocimiento de causa estas situaciones desagradables de los miembros, asumiendo inclusive el papel de psicoterapeuta.

Todo esto lleva a pensar que la diabetes no es una entidad solitaria, ya que se encuentra involucrando en todo su proceso a la familia y por ende muchas veces la familia llega a ser una guía o apoyo para el enfermo o por el contrario puede precipitar la aparición temprana de las complicaciones de la enfermedad (Harrison, 1985).

Se han hecho investigaciones acerca de la personalidad de los pacientes diabéticos, antes de la aparición de la enfermedad y determinan que han identificado factores de dependencia a la familia, inmadurez, inseguridad, indecisión, machismo o agresividad, mal ajuste sexual que aumentará con la aparición y evolución de la enfermedad, así podemos decir que el enfermo puede presentar alteraciones neuróticas previas que actúan dando conflictos intrapsíquicos difíciles de superar, afectando las relaciones interpersonales de cualquier tipo.

Debemos de tener en cuenta la personalidad individual de cada uno de los diabéticos, esto puede ser la llave para ayudarlo a ajustar su enfermedad, el reconocimiento de la dependencia, inmadurez, pasividad, ya que en un paciente de este tipo, ayuda en forma importante este tipo de observaciones sobre el tratamiento directamente ya sea psíquico o biosocial.

Los aspectos del tipo psicológico pueden estar alterados por las siguientes condiciones: el medio ambiente psicosocial, el rol de los factores psicosociales, la forma de reacción del paciente y el ajuste de carácter psicosocial, las secuelas tanto físicas como psíquicas que presenta el paciente en esta etapa.

Para los pacientes que presentan una enfermedad crónica como en este caso, la diabetes, pueden presentar: fijación de la personalidad desarrollada en el tiempo de su enfermedad o una regresión a una precoz personalidad consecuente con la presentación de la enfermedad.

El rol del diabético en la familia, enfrenta situaciones catastróficas en lo que respecta a su enfermedad, es una experiencia continua de la vida del paciente, El rol que juega ha sido descrito desde hace tiempo. La idea de que la persona está enferma puede aceptarse dependiendo de la posición social que guarda, en este caso en la unidad familiar; no es la misma situación para el padre, la madre, o los hijos enfermos, en el caso de los esposos diabéticos, la esposa pudiera presentar problemas psicosociales importantes, en el caso de la esposa que perdió la firmeza social, en un momento puede llegar a sentirse emocionalmente sin importancia para el cónyuge originando en ella trastornos neuróticos o psicosociales, se va acentuar la situación de dependencia del esposo inclusive la aparición de agresividad del enfermo con fines destructivos (Ackerman, 1990).

CAPITULO

4

CAPÍTULO 4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Tanto o más importancia tiene en el diabético la constitución psicológica y el grado de formación y madurez social y psíquica que posea, que su propia alteración metabólica y que su tratamiento con medicamentos. Pues de la inmadurez mental se derivan tremendas y funestas consecuencias que le hará vivir con intranquilidad, temores infundados, negativismo, desconfianza, aparente menosprecio a lo que le rodea, soberbia inconsciente y melancolía.

Como puede suponerse, la trascendencia de su forma de ser es notable, y va a repercutir favorablemente o desfavorablemente en la diabetes y en el logro de sus ambiciones, ya que puede encontrarse psicológicamente coartado a alcanzar la meta de sus ilusiones futuras. Y todo esto es debido al complejo de inferioridad que tiene por una serie de limitaciones que le hacen creerse falto de salud para seguir trabajando con la ilusión y denuedo de años atrás.

La fecha de aparición de la diabetes es el momento en que también va a influir para comprender, con mayor o menor dificultad, su adaptación psicológica al reciente diagnóstico, con que la diabetes no era ningún obstáculo para seguir viviendo con normalidad, y que sus molestias no eran el punto final de sus ilusiones, ya que se pueden superar.

Existe, además, una personalidad del diabético culto e hipocondríaco, que lee todo cuanto trata de su alteración metabólica y vive continuamente en una ansiedad agobiante ante la posibilidad de tener todas las complicaciones que, según leyó en un libro de Medicina, le pueden aparecer

Vive tan de prisa que no valora el tiempo actual que posee y su salud la ve continuamente perdida, y así años tras años hasta alcanzar la senectud

En el diabético juvenil, es distinto, Una vez consciente de sus síntomas y de la evidencia de su diagnóstico, reaccionan los jóvenes de forma dispar (Montoro, 1991)

En el tratamiento de la diabetes al igual que el de aquellas enfermedades en las que el paciente más que curarse debe mantener un control constante de su enfermedad Exigiendo una conjugación ante el manejo médico y el psicológico

Por eso es importante resaltar algunos aspectos importantes en cuanto a los cambios psicológicos que se manifiestan ante esta enfermedad.

4.1 Negación

La negación es un estado en que la persona se comporta inconscientemente como si en realidad no existiese la situación desagradable (Krahl. 1992)

La negación es la fase en la que hay cierta combinación de embotamiento emocional, evitación ideacional y constricción de la conducta.

El embotamiento emocional es una sensación positiva; es decir, el individuo se percata a menudo que no está teniendo una reacción normal a los estímulos, como podría ocurrir en otras circunstancias. Incluso puede tener la sensación de encontrarse aislado, dentro de un capullo, "no ser él mismo", o de que la realidad "no es real". Es posible también que el individuo reconozca de manera consciente su evitación ideacional y que sea manifiesta para sus compañeros. La evitación ideacional abarca no tener una cadena de pensamiento implicada directamente por un acontecimiento productor de tensión o un estímulo.

La constricción de la conducta es otro patrón que puede experimentarse de manera subjetiva y, ya sea que ocurra así o no, le pueden percibir los observadores. Consiste en un grupo de actividades más estrecho que lo que podría suceder en el caso del individuo en particular. Puede alcanzar formas extremas, como cuando la persona que afronta alguna tragedia personal limpia una habitación en vez de emprender la acción adaptativa necesaria

Algunas definiciones operacionales de algunos signos y síntomas importantes de negación son las siguientes:

Evitación de las conexiones de asociación: inhibición de las continuaciones personales o generales esperadas y bastante manifiestas de los significados, las implicaciones y las contingencias.

Nivel reducido de las reacciones de los sentimientos a los estímulos externos: esto incluye aplanamiento de las reacciones emocionales esperadas y constricción.

Fijación al papel o estereotipo rígidos: actuar desempeñando una parte, grupos socialmente automáticos de reacciones.

Pérdida de lo apropiado de la realidad de pensamiento cambiando actitudes: pasar de lo intenso a lo débil, de lo bueno a lo malo, de lo activo a lo pasivo, de lo agradable a lo desagradable, u otros cambios al grado en que el pensamiento sobre cualquier significado o implicación está embotado.

Inatención: esto incluye vagar en el espacio, incapacidad para determinar la importancia de los estímulos, empañamiento del estado de alerta.

Pérdida de la cadena del pensamiento lapsos temporales o micromomentáneos en la prosecución de la experiencia comunicativa, o informes de incapacidad semejante para concentrarse sobre una línea del procesamiento interno de información.

Pérdida de lo apropiado de la realidad del pensamiento mediante deslizamiento de significados: deformación, minimización o exageración a un punto en que quedan empeñados los significados reales (Howard, 1989)

En el caso del diabético actúa como si de hecho no tuviese diabetes.

En ocasiones, la negación puede ser sana, permitiendo a una persona mantener una perspectiva positiva a pesar de la adversidad. "¡Triunfaremos!" Esto puede considerarse optimismo: ver sólo el lado positivo de las cosas. Una persona así pensará que la diabetes tiene un efecto positivo en su consideración de la salud. "Como tengo diabetes, me voy a cuidar mejor". "Voy a estar en forma". En cierta medida, esta actitud es normal, todos necesitamos tener cierto optimismo frente a las dificultades: de otro modo, nos abatiríamos ante cualquier problema y no haríamos nada en la vida.

Desgraciadamente, la negación puede también ser un gran problema cuando impide a uno tomar un papel activo en el cuidado de la diabetes. Cuando esto sucede, la negación puede dar lugar a una actitud inconsciente de que no hay diabetes. Descuidando, por consiguiente, la asistencia y el consejo médico. Afortunadamente pocas personas se atreven a negar la existencia de la diabetes ignorando las advertencias que ocasiona un mal tratamiento.

Las presiones sociales facilitan la negación del problema: "Cómo voy a cuidar mejor mi diabetes, cuando salgo con mis amigos, no me dejan seguir mi dieta, o mi horario de trabajo me impide seguir el cuidado regular de la diabetes".

En ocasiones, los amigos y la familia advierten la negación en las acciones de una persona, aunque con diabetes puede estar demasiado implicada para ser consciente de la negación. El ayudar a la persona a afrontar la negación es una forma importante de proporcionarle el apoyo que necesita (Kraill, 1992).

4.2 Ansiedad.

La ansiedad es un estado de inquietud interior resultante de equilibrio entre el impulso y la retención. Este estado se funda en propia existencia y se expresa en signos fisiológicos y psicológicos. La ansiedad se cristaliza en: angustia, miedo y temor.

- a) Angustia, es un fenómeno afectivo, pasajero, pero de gran intensidad. Es la ruptura momentánea completa del equilibrio inestable entre el impulso y la retención
- b) Miedo, es más momentáneo, más intenso que la ansiedad, que no tiene la intensidad de la angustia. El miedo ha de considerarse como una emoción que desencadena una reacción inadaptada, hay que distinguir entre él.
 - b.1 El miedo normal, frente a un peligro amenazador, real, caso en el cual puede desempeñar un papel útil de avisador de peligro.
 - b.2 El miedo absurdo: frente a un peligro imaginario, es decir, subjetivo. Parece siempre absurdo al observador y con frecuencia también al paciente.
- c) Temor, menos momentáneo que el miedo expectativo: La rivalidad entre el impulso y la retención se ha desarrollado, por así decirlo enteramente en el plano mental. El temor ha de considerarse como un sentimiento y hemos de distinguir entre:
 - c.1) Temor normal: es espera de un peligro real, caso en el cual puede ser beneficioso.
 - c.2 Temor absurdo, en el que se espera un peligro imaginario, es decir, subjetivo, caso en el cual puede constituir como el miedo absurdo, un considerable obstáculo para el desarrollo de la personalidad. Es casi siempre imposible una distinción entre el miedo absurdo y el temor absurdo (Loosli, 1982).

A menudo, la información acerca de la diabetes confunde a la gente. Muchas familias recuerdan las experiencias de una familia o familiar que ha pasado una mala época con la diabetes, aún cuando la situación haya sido completamente diferente a la actual

La ansiedad resultante de este tipo de influencia puede ser bastante destructiva para el cuidado de sí mismo y la calidad de vida. Debido a este temor, estas personas sienten pánico y se sienten sobrecogidas, siendo incapaces de realizar siquiera las tareas más simples del cuidado de su diabetes. Si las influencias positivas no son de utilidad, la ansiedad puede generalizarse y extenderse más allá de la propia diabetes. Esto puede afectar las relaciones con la familia, cónyuges y colaboradores. Algunas personas ceden a este temor y ansiedad y llevan una vida sombría y derrotada que embotá tanto su pensamiento que les hace incapaces de tomar decisiones importantes.

También el miedo y ansiedad sobre los efectos de la diabetes puede afectar a las personas más que a la persona afectada.

El miedo y la ansiedad son malos motivadores. Mostrar a una persona que no se cuida bien, el caso de otra que es ciega o perdido una pierna no serviría para motivarle. A menudo las personas responden al temor negando que pueda sucederles esto, en consecuencia no se hace nada. Por ello, el temor no es un buen medio para motivarle a nadie (Ackrman 1978).

4.3. Temor.

A menudo, la información acerca de la diabetes confunde a la gente. Algunas de las estadísticas sobre diabetes o ejemplos de personas con diabetes que tuvieron una mala evolución pueden suscitar temor: muchas familias recuerdan experiencias de una familiar que ha pasado una mala época con la diabetes, aún cuando esta situación haya sido completamente diferente de la actual. A menudo los recuerdos tienen una influencia negativa en la imagen que tiene de su condición la persona a la que se ha diagnosticado recientemente una diabetes. En consecuencia, esta persona a la que se diagnosticó recientemente la enfermedad hace uno o dos años y está por lo demás perfectamente sana, se somete a cada examen con el presentimiento de que habrá que amputarle una pierna o de que en breve quedará ciega, y todo porque ha oído hablar de una persona a la que le pasó esto.

Algunos éxitos tempranos en el cuidado de la diabetes pueden suscitar esperanza. El uso de dos dosificaciones correctas de insulina que realmente hacen sentir mejor a la persona, el conocimiento y comprensión de la diabetes, el saber qué atenerse y el conocer el éxito de otras personas, son experiencias decisivas para reducir los temores y recuperar la calma. Si las influencias positivas no son de utilidad, la ansiedad puede generalizarse y extenderse más allá de la propia diabetes. Esto puede afectar a las relaciones con la familia, cónyuges y colaboradores.

4.4 Culpa

La culpa es otra respuesta al diagnóstico de diabetes. Si los padres comprenden que ni ellos ni nadie pueden controlar los rasgos que transmiten, o creen que transmiten, a sus hijos, entonces no hay motivo para que tengan sensación de culpabilidad por la diabetes de su hijo. Con demasiada frecuencia, marido y mujeres culpan mutuamente a su familia de provocar la diabetes del hijo. Algunas personas, como en las sociedades más primitivas, creen que sufren por antiguas fechorías o pecados. Esta sensación las deprime e incapacita para afrontar las tareas necesarias del cuidado de la diabetes. Es esencial retirar la diabetes del terreno de la moral. Es importante evitar el uso de términos como "buen nivel de azúcar" y "malos análisis". En vez de esto, debería decirse "niveles de azúcar normales" y "alto nivel de azúcar".

Si la persona con diabetes puede comentar estas sensaciones de negación, miedo y culpa, podrá desarrollar una mejor perspectiva y conseguir aceptar su condición. El superar los sentimientos emocionales naturales por el hecho de tener diabetes es una de las principales metas de médicos, enfermeras y familia que intentan ayudar a las personas afectadas (Krall, 1992)

4.5. Depresión.

La depresión es una evidente alteración de capacidad para captar, sentir y manifestar los efectos.

La tristeza es una característica fundamental de cualquier depresión. Los pacientes se sienten abatidos, tristes, hundidos e insatisfechos. Por lo cual el paciente se hunde en ideas negativas y pesimistas a propósito de cuanto existe a su alrededor y del futuro (metas a corto y largo plazo) (Sabanés, 1993).

La depresión puede tanto estar ligada al conocimiento de una enfermedad incurable como los aspectos de sentirse culpable de romper la armonía familiar, de ser rechazado por enfermo y las calamidades, que esto acarrea, de ser sujeto de algo que molesta o avergüenza, de ser efecto de cuidados especiales, que de no ser por la diabetes, no existirían para él

La depresión puede manifestarse no solo en un estado emocional de tristeza, llanto, aplanamiento emocional, sino en factores como la represión de los elementos agresivos, la conciencia moral, la necesidad de una relación simbiótica en el mundo o bien una forma de autoagresión, ya sea para obtener atención, afecto o relación con el mundo, como para cubrir una necesidad de dependencia y sumisión a los patrones establecidos.

Con respecto a la autoagresión, parece ser que en la agresión es apartada de su expresión directa y las fuerzas contrarias dentro de la personalidad y no es factible que sean dirigidas a un objeto sustitutivo secundario, se vierten sobre el individuo mismo creando un comportamiento autodestructivo (Chaverría, 1987).

Lo anterior hace al paciente vulnerable, ya que es un proceso depresivo, el paciente se coloca en una posición de pasividad ante un objeto dominante, en este caso la rutina del tratamiento se inválida ante la misma en espera de ser rescatado. A la vez utiliza dicha pasividad como una forma de agresión contra ese objeto dominante

En otras palabras, su bloqueo al tratamiento es una forma de enojarse con él mismo y con todos aquellos a los que atribuye consciente o inconscientemente alguna culpabilidad de su enfermedad. Indudablemente la inestabilidad en su metabolismo incrementa su sintomatología de la depresión (Asociación de Diabéticos).

Por lo tanto, el paciente con diabetes tiende a manipular su enfermedad con las consecuencias de ésta ya sea con el objeto de llamar la atención o cubrir sus necesidades de afecto dependencia

4.6 Concepto de Taller

Taller es un proceso pedagógico de conocimientos, pretendiéndose la integración de la teoría y la práctica, siendo una actividad académica que se imparte fuera del aula o se lleva a ella material de vida diaria.

Uno de los aspectos importantes del taller es el proceso pedagógico que en él se lleva a cabo. Además de aportar conocimientos, proporciona experiencia de la vida, relacionándose lo intelectual con lo emocional, propiciando una formación integral de los miembros.

Puesto que la educación formal es un sistema educativo institucionalizado cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que abarca desde la escuela primaria hasta la universidad y la educación no formal se conceptualiza como: toda actividad organizada y sistemática realizada fuera de la estructura del sistema formal, para impartir ciertos tipos de aprendizaje.

4.7 Características.

- Admitir grupos pequeños de 10 ó 30 participantes que faciliten la interacción en lapsos de corta duración y de trabajo intenso.
- Tiene propósitos y objetivos definidos que deben estar estrechamente relacionado con lo que el participante realizaba habitualmente.
- Se vale de la combinación de técnicas didácticas que proporcione el conocimiento a través de la acción.
- Se adapta a las necesidades de los participantes, lo que le da flexibilidad.

Para llevar a cabo los talleres es de la siguiente manera.

- Se selecciona el tema de trabajo y al conductor o conductores del grupo quienes deben ser expertos en dicho campo
- Una buena ventilación.
- Mobiliario ligero y de preferencia apilable, ya que en ocasiones se necesitará el espacio libre.
- Sillas y mesas para todos los participantes, pizarrón, rotafolio, marcadores, gises, borrador, etc.
- Grabadora, televisión, video.
- Baño dentro del mismo local o muy cerca de éste.

M E T O D O

SUJETOS : 10 Familias con enfermo diabético

El criterio con base a que fueron elegidas estas familias fue que tuvieran un ingreso económico aproximado de 3 a 4 salarios mínimo para considerarlo medio, no importando el tiempo que tenga el enfermo diabético y no tener ningún tipo de apoyo psicológico. Las familias fueron conectadas mediante la promoción de este taller a nivel comunitario.

APARATOS : Cámara de filmación Handycamp Sony D8

MATERIALES : Pizarrón, gises, plumones, láminas, cuestionario Pre-test y Pos-test, lápices, plumas, folders, hojas blancas, resistol y papel boné, video médico.

SITUACION : Se llevó a cabo en un cubículo lo suficientemente amplio e iluminado, adecuado con sillas y pizarrón para la aplicación de este taller.

SISTEMA DE EVALUACION : Cuestionario Pre-test
Cuestionario Pos-test
Test Machover
Familiograma
Guía de entrevista para detectar estructura familiar

PROCEDIMIENTO

SESION 1 (Duración aproximada 80 minutos)

Se hizo tanto la presentación del taller como de sus exponentes, se explicaron los objetivos de este, aclarando las dudas al respecto de lo que esperaban del taller los participantes. Se aplicó una técnica de relajación con el objetivo de quitar posibles tensiones que tengan antes de llegar a este taller. También se aplicó un cuestionario pre-test y el test Machover. Por último se aplicó la guía de entrevista para detectar la estructura familiar.

SESION 2 (Duración aproximada 75 minutos)

Se dió la bienvenida al taller para posteriormente con el apoyo de una película a nivel médico sobre información de la enfermedad diabetes, sus tipos, síntomas, así cómo afecta al Sistema Nervioso, la pérdida de visión, el por qué de la gangrena. Por último se dieron las gracias a la asistencia al taller.

SESION 3 (Duración aproximada 70 minutos)

Se dió la bienvenida al taller para posteriormente dar una breve explicación acerca del concepto de familia y la importancia que tienen como base en la sociedad. Después se aplicó la técnica del collage en la que se les proporcionó papel bond, revistas, tijeras, plumones, y resistol para que ellos representaran como está integrada su familia y qué papel juega cada miembro dentro de la estructura familiar. Después se dió una retroalimentación acerca de los sentimientos expresados dentro de esta técnica, esperando que dentro de los sentimientos expresados estén los siguientes: la ansiedad, el miedo, la angustia, el temor y la depresión. Posteriormente se aplicó la técnica de connotación positiva con el fin de derribar barreras impuestas por ellos mismos, debido a que la enfermedad no les permite tener un concepto propio de sí mismos y mejorar la imagen de ellos mismos.

Por último se aplicó el cuestionario pos-test y se les dió las gracias por su asistencia al taller.

RE S U L T A D O S

En los resultados podemos observar que en la pregunta 1 que se refiere a ¿qué es la diabetes? Se observa que un 40% de los participantes, no sabían que era la diabetes y después de darles el taller se incrementó un 80% el aprendizaje del concepto de diabetes.

En lo que se refiere a la pregunta 2 de ¿cuáles son los tipos de diabetes que hay? Se observa que el conocimiento de los participantes era de un 10% los cuales no distinguían los tipos de diabetes, después del taller se obtuvo el 100% de aprendizaje .

En la pregunta 3 de ¿cuáles son los signos y síntomas de la diabetes? el nivel de conocimiento de los integrantes se incrementó de un 10% hasta un 60% de aprendizaje.

En la pregunta 4 de ¿cuáles son las causas de la diabetes?, el nivel de conocimiento era del 15%, el cual se incrementa a un 70% en sus integrantes.

En la pregunta 5 ¿qué consecuencias provoca la diabetes? el conocimiento de estas era de un 10%, incrementándose a un 60% lo aprendido después del taller.

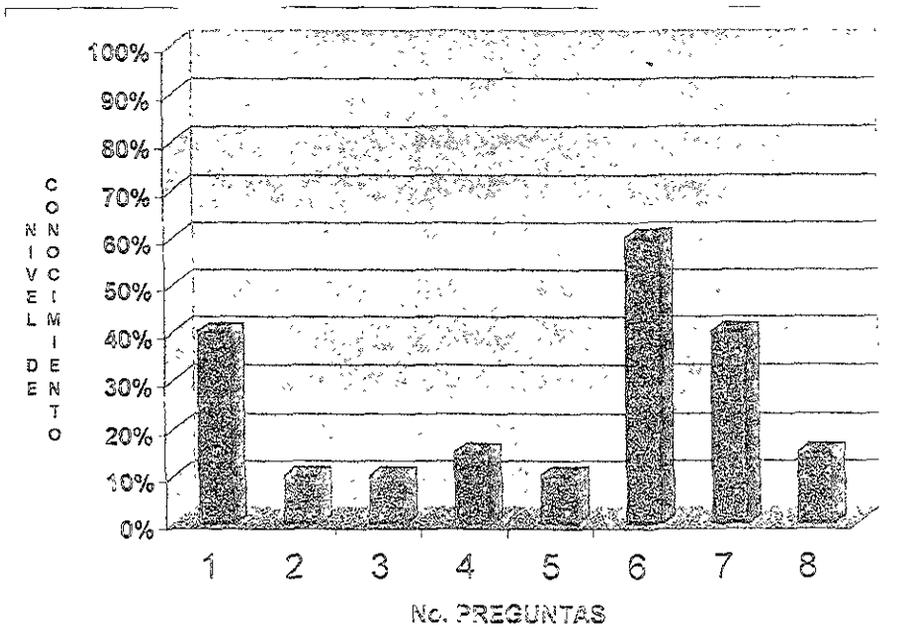
En la pregunta 6 ¿qué importancia tiene la nutrición? su conocimiento entre los integrantes era del 60% y al término del taller el aprendizaje fue del 100%.

En la pregunta 7 ¿qué importancia tiene el ejercicio? El conocimiento de los participantes fue del 40%, incrementándose a un 100% el nivel de lo aprendido.

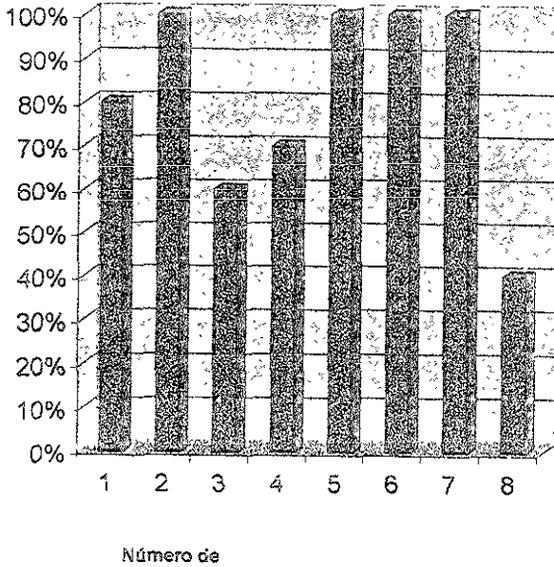
En la pregunta 8 acerca de ¿qué importancia tiene la administración adecuada de los medicamentos? se incrementó de un 15% hasta un 40% el nivel de lo aprendido en los participantes.

En general se puede observar que en el pre-test y pos-test hubo un incremento del nivel de conocimiento de lo aprendido después de aplicar el taller; y esto se puede observar sobre todo en la pregunta 2 de ¿cuáles son los tipos de diabetes que hay? dónde el incremento fue de un 10% hasta un 100%; en la pregunta 5 de ¿qué consecuencias provoca la diabetes? El incremento fue de un 10% a un 60%, la pregunta 6 ¿qué importancia tiene la nutrición el incremento fue de un 60 % hasta un 100%. Y por último en la pregunta 7 ¿qué importancia tiene el ejercicio? también hubo un incremento del 40% hasta un 100% (Ver gráfica 1 y 2)

GRÁFICA I MUESTRA LOS RESULTADOS
DEL PRES-TEST



GRAFICA II MUESTRA RESULTADOS
DEL POS-TEST



Núm . Grados de libertad

$$v = K - 1 = 8 - 1 = 7$$

$$X^2_{0.99/7} = 18.5 > 3.34$$

$X^2_{0.95/7} = 14.1 > 3.34$ No se rechaza la hipótesis H_0

$X^2_{0.01/7} = 1.24 < 3.34$ acepta la hipótesis H_0

$X^2_{0.05/7} = 2.17 < 3.34$ Se acepta la hipótesis H_0

En cuanto a cómo se presenta la estructura familiar del diabético, se observa lo siguiente (ver familiogramas en el anexo 4):

Familia 1

Paciente identificado: señora con diabetes, casada con un hijo con síndrome down, cuenta con 9 hijos: 7 casados y 2 solteros, en este genograma observamos que las relaciones familiares giran alrededor del paciente identificado y los límites son flexibles y la jerarquía es compartida.

Familia 2

Paciente identificado: señora con diabetes, casada.

La familia está constituida por 5 hijos: 4 casados y 1 soltero. En esta familia se observa que los límites son difusos ya que cada uno toma la decisión que cree correcta, su relación es conflictiva y la jerarquía la comparten ambos.

Familia 3

Paciente identificado: señora con diabetes, casada.

La familia está integrada por 2 hijos: una de 10 años del primer matrimonio y el otro de 7 del segundo matrimonio. En esta familia se observa que los límites son rígidos ya que la jerarquía la tiene la mamá y el papá no participa en las decisiones, habiendo una relación muy íntima entre madre e hija de 10 años.

Familia 4

Paciente identificado: señora con diabetes, casada.

Cuenta con 5 hijos: 4 casados y un soltero. En esta familia se observa que los límites son rígidos ya que el papá toma la mayoría de decisiones, entre ambos cónyuges se observa una relación conflictiva e incluso se marca más entre padre e hija de 29 años.

Familia 5

Paciente identificado joven soltero con diabetes.

La familia está conformada por 4 hijos: 2 casados y 2 solteros. En esta familia se observa que los límites son rígidos ya que la jerarquía la tiene el

papá siendo él quien toma todas las decisiones, pero habiendo una relación muy íntima entre madre e hijo diabético.

Familia 6

Paciente identificado . señora con diabetes, casada.

Cuenta con 2 hijos solteros. En esta familia se observa que los límites son flexibles ya que las reglas establecidas se respetan por todos, aunque la jerarquía la tiene la mamá.

Familia 7

Paciente identificado: señora con diabetes, casada.

Familia integrada por 3 hijos : 2 casados y un soltero. En esta familia se observa que los límites son flexibles ya que como los hijos son adultos las decisiones las toma según sean las más adecuadas, habiendo una relación más íntima entre madre e hija.

Familia 8

Paciente identificado: señora con diabetes, casada.

Cuenta con 4 hijos, todos casados. En esta familia se observa que los límites son flexibles ya que los hijos son adultos y ellos toman sus propias decisiones, la jerarquía la comparten ambos cónyuges.

Familia 9

Paciente identificado : señora con diabetes, casada.

Esta familia esta constituida por 6 hijos: 4 casados y 2 solteros. En esta familia se observa que los límites son flexibles y las relaciones giran alrededor de la señora, hay una relación muy íntima entre mamá e hija mayor. La jerarquía la tiene la señora.

Familia 10

Paciente identificado : señor con diabetes, casado.

Cuenta con 11 hijos: 9 casados y dos solteros.

En esta familia se observa que los límites son rígidos ya que la jerarquía la tiene el señor, aunque los hijos estén casados consultan con él las decisiones o planes, las relaciones giran alrededor de él.

En estos genogramas se puede observar que en el 50% de las familias los límites son flexibles, el 40% presentan límites rígidos y el 10% restante presentan límites difusos. (Ver genogramas)

Además observamos que las relaciones giran casi siempre alrededor del paciente identificado, siendo para ellos la familia algo muy importante ya que cuando aplicamos la técnica del collage en los familiares observamos que de las diez familias 6 representaron a la pareja, una familia representó a dos mujeres juntas de diferentes edades y la última familia a personas observándose.

En cuanto a los pacientes, 4 representaron a la pareja, dos representaron a la familia reunida, un paciente representó a una persona descansando, y el último representa a un hombre leyendo por lo que podemos inferir que en estos dos últimos pacientes no hay comunicación en la familia ya que son personas periféricas. (Ver tabla 2)

Tabla 2 Muestra los resultados de la técnica Collage

Familia	Imagen (familiares)	Imagen (paciente)	Interpretación (familiares)	Interpretación (paciente)
1	Pareja	Familia reunida	Recuerdo cuando eran jóvenes	Se imagina a su esposo, ella e hijos
2	Pareja, familia reunida	Pareja	Recuerda cuando eran jóvenes	Así se con su esposo
4	Persona observando, persona viéndose en el espejo	Persona descansando en la playa	Se siente a la expectativa, todo el tiempo se la pasa viendo en el espejo	Se imagina descansando cuando le duelen los pies
5	Familia reunida	Familia reunida	Porque así era la familia antes	Le recuerdan la convivencia de su familia
6	Pareja	Pareja	Representa a sus papás	Se imagina a ella y su esposo juntos
7	Mujeres juntas de diferentes edades. Pareja		Se ve así cuando están con su mamá, le recuerda a sus papás	
9	Pareja, pareja de señoras grandes	Pareja de edad avanzada	Recuerda a sus papás, así se imagina que se verán cuando sean grandes	Así se ve como pareja
10	Pareja, familia reunida	Hombre leyendo	Recuerda la compañía de su esposo y familia	Porque le gusta mucho leer

En cuanto a los pacientes de cómo es su carácter al aplicarles el test de Machover, en la mayoría coinciden las siguientes características: la dependencia, el ser malhumorados, la agresividad, inseguridad, conflictos sexuales y por lo tanto sus relaciones interpersonales son inadecuadas (ver tabla 3).

Tabla 3 Muestra los resultados del test Machover

No	Sexo	Principales características
1	F	Dependencia, malhumorada, inseguridad, malas relaciones interpersonales con tendencia a la depresión.
2	F	Inmadurez, busca la aprobación del prójimo, agresividad e inseguridad, falta de cariño y conflictos sexuales, por consecuencia tiene malas relaciones interpersonales
3	F	Manifiesta conflicto sexual, agresividad, dependencia y malhumorada. Tímida e inseguridad con tendencia a la depresión, siente falta de cariño.
4	F	Dependencia, impulsiva, malhumorada, agresiva con conflictos sexuales y malas relaciones interpersonales.
5	M	Tendencia a la esquizofrenia, preocupación sexual, manifestando inseguridad y descontento por su persona.
6	F	Dependencia, malhumorada, falta de cariño con sentimiento de culpabilidad, por la ropa es sociable, extrovertida, sin embargo la sociabilidad es motivada por el fuerte deseo de conseguir dominio.
9	F	Obsesiva convulsiva, conflictos sexuales y agresividad, manifiesta sentimientos de inferioridad y malas relaciones interpersonales.
10	M	Obsesivo-convulsivo, moralista y muy rígido con malas relaciones interpersonales y conflictos sexuales.

En cuanto a los pacientes, los sentimientos que expresaron ante la pregunta que sintieron cuando se enteraron que eran diabéticos el 60% no expresó ningún tipo de sentimientos ante el diagnóstico, el 30% expresó depresión, el 10% expresó tristeza ante esta enfermedad. Las personas que no expresaron sentimientos fue debido a que tenían más de 15 años con la enfermedad y en ese tiempo no tenía mucha difusión dicha enfermedad.

En un 30% los familiares expresaron sentimientos de tristeza ante el diagnóstico de la diabetes, el 40% no expresó sentimientos ante el diagnóstico, el 10% expresó sentimientos de angustia y temor, y en el 20% no hubo asistencia (Ver tabla 4).

Tabla 4 Muestra los resultados de la pregunta ¿qué sintió cuando se enteró que era diabético?

Familia No.	Sentimientos expresados ante el diagnóstico (familiares)	Sentimientos expresados ante el diagnóstico (pacientes)
1	Tristeza	Nada, lo comparó con una gripa que se va a quitar
2	Nada, por no saber de la enfermedad	Nada, no le dio importancia, lo comparó con cualquier otra enfermedad
3		Depresión y muerte
4	Nada por no saber de la enfermedad	Nada, sólo Dios sabe por que le mandó esta enfermedad
5	Angustia, temor	Depresión
6	Nada, por no saber de nada de la enfermedad	Nada, porque no sabía de la enfermedad en ese tiempo.
7	Nada por que no sabía de la enfermedad	Nada porque no sabía de la enfermedad
8		Nada
9	Tristeza	Miedo y angustia
10	Tristeza	Tristeza y depresión.

En cuanto a los calificativos vemos que las cualidades más representativas en los familiares son cariñoso, comprensivo y alegre, en cuanto a los pacientes se dan las mismas características, ya que los defectos tanto en los familiares como en los pacientes coinciden, pero el de enojón es de mayor frecuencia. (Ver tabla 5)

Tabla 5 Muestra los calificativos que usan los participantes en la técnica connotación positiva.

Familia No	Cualidades defectos (familiares)	Cualidades, defectos (pacientes)
1	Buen padre Cariñoso comprensivo	Cariñoso Comprensiva Buena esposa
2	Cariñosa Floja Estudiosa Comprensiva Atento Enojón	Amable Enojona Noble Cariñosa Buena madre Enojona
3		Trabajadora Autoritaria Noble Egoísta Humanitaria Necia
4	Cariñosa Floja Dócil Obediente Trabajadora Negativa Responsable Alegre	Sincera Resentida Cariñosa Criticona Sensible Comprensiva Orgullosa Noble temerosa.
5	Amorosa enojona Comprensiva celosa Buena amiga	Cariñoso enojon Responsable Celoso Buen hijo Rebelde
6	Alegre Gritona Cariñosa Amable Sentimental Buena hermana Cariñosa	Cariñosa Enojona Buena amiga Comprensiva Buena madre Enojona Alegre Cariñosa
7	Buena hija Cariñosa Comprensiva Alegre Enojón Atento Buen hijo	Buena madre Irritable Cariñosa Comprensiva Cariñosa Enojona Buena madre Noble
8		Alegre Enojona Comprensiva Cariñosa
9	Buena hija Enojona Cariñosa Comprensiva Buena hija Cariñosa	Buena madre Enojona Cariñosa Amable Buena gente Enojona Generosa Comprensiva
10	Buena esposa Comprensiva Noble	Buen padre Cariñoso Alegre

DISCUSION

Como se pudo observar en la aplicación del taller a familias con un enfermo diabético, si cumplió su objetivo ya que desde el punto de vista médico los pacientes identificaron los signo y síntomas de esta enfermedad, así como el tipo de diabetes (insulino-dependientes y no insulino-dependientes) que tienen y sus posibles consecuencia a nivel médico que puede provocar dicha enfermedad como son las Neuropatías, Retinopatías y Nefropatías, dándose cuenta de la importancia que tiene la nutrición, el ejercicio y la higiene.

Lo anterior se fundamenta en la aplicación del pre-test y pos-test, el primero arrojó un bajo porcentaje de conocimientos de la diabetes y al finalizar el taller se aplicó un pos-test mediante el cual observamos un incremento en cuanto a los conocimientos de la enfermedad.

Desde el punto de vista psicológico se cumplió el objetivo, ya que los pacientes identificaron emociones, como la ansiedad, el miedo, temor, depresión, enojo, ya que, al cuestionarseles sobre la enfermedad nos indicaron la ansiedad que sentían ante el diagnóstico de la diabetes, el miedo al sentir que esta enfermedad los podría llevar a la muerte y la depresión al sentir que no tiene remedio esta enfermedad, aprendiendo técnicas para su manejo.

Al respecto vimos que es fundamental el papel que juega el médico pues la forma en que da el diagnóstico de la diabetes va a influir en el estado de ánimo del paciente, ya que en la mayoría el médico los alentó, diciendoles que ellos tenían que aprender a vivir con la enfermedad y no la enfermedad con ellos, y en otros casos el médico manifestó que tenían que cambiar su ritmo de vida, propiciando el temor, miedo y la depresión.

Esto lo corroboramos mediante la aplicación de las técnicas a nivel vivencial, puesto que tanto pacientes como familiares identificaron emociones como el miedo ante el diagnóstico, puesto que el enfermo pensó en la muerte, algunos sintieron angustia y temor por no conocer de la enfermedad, tristeza, al pensar en su familia sobre todo en dejar solos a sus hijos y depresión porque tenían que cambiar su ritmo de vida y la incertidumbre ante dicha enfermedad, sin embargo, estas emociones se presentaron mas en pacientes con menos de 5 años de diagnosticada la enfermedad no presentaron las mismas emociones, debido a que los que

tenían más tiempo no sabían lo que es la enfermedad y sus posibles consecuencias.

En la técnica del collage el 80% representó a la familia reunida recordando como eran antes, y sólo el 20% se representó solo, infiriendo que este 20% tienen necesidades afectivas.

Todo esto nos lleva a pensar que la diabetes no es una entidad solitaria ya que se encuentra involucrando en todo su proceso a la familia y por ende muchas veces la familia llega a ser una guía o apoyo para el enfermo o por el contrario puede precipitar la aparición temprana de la enfermedad, como lo cita Harrisón,(1985)

Para Robles (1987) los límites entre los subsistemas y del sistema familiar con el entorno se hacen mas permeables, tienden a diluirse, permitiendo que el enfermo se vuelva central, es decir, que las interacciones en la familia se hagan en gran medida en función de él, sin embargo, en nuestro estudio cuando el paciente se manifestó central (40%) los límites se manifestaron rígidos y en el 50% se manifestaron límites flexibles, esto debido a que los hijos son adultos o están casados y tomar sus propias decisiones; no coincidiendo con Robles (1987) a lo que manifiesta en cuanto a los límites que son permeables o flexibles.

Cotejando con investigaciones anteriores acerca de la personalidad de los pacientes diabéticos antes de la aparición de la enfermedad determinan que han identificado factores de dependencia a la familia, inseguridad, agresividad, mal ajuste sexual que aumentará con la aparición y evolución de la enfermedad, afectando las relaciones interpersonales de cualquier tipo, como lo menciona Ackerman (1987) esto los pudimos corroborar con la aplicación del test de Machover, puesto que en la mayoría de los pacientes se presentaron las siguientes características: dependencia, malhumorados, agresividad, inseguridad, conflictos sexuales y relaciones interpersonales inadecuadas, así como también se verificó a través de la técnica de connotación positiva que los pacientes son enojones.

Arte esto la técnica de connotación positiva nos dio la pauta para reestructurar la imagen que se tiene del diabético, ya que cuando los familiares les dijieron sus cualidades manifestaron que no sabían lo que significaban para su familia y lo agradable que sentían que les dijeran sus cualidades.

La fecha de aparición de la diabetes es el momento en que también va a influir para comprender con mayor o menor dificultad su adaptación psicológica al reciente diagnóstico, deben comprender que la diabetes no es ningún obstáculo para seguir viviendo con normalidad y que sus molestias no son el punto final de sus ilusiones.

Llegando a la conclusión de que :

- En estas familias el enfermo es el centro de atención.
- En nuestra investigación el índice de diabetes es mayor en mujeres, infiriéndolo porque en la mujer hay más presión ya que juega tanto el rol de ama de casa como el de trabajar, no relegando ninguno de estos papeles, además de que en la mujer no se permite socialmente el desahogo de emociones y en el hombre sí.
- La enfermedad si influye en la estructura familiar debido a que la familia debe adaptarse a la nueva vida del enfermo.
- El tiempo de diagnosticada esta enfermedad influyó en la presencia de emociones (miedo, angustia, temor, tristeza y depresión), ya que los pacientes y familiares con mayor tiempo no presentaron emociones, puesto que no tenían la suficiente información de esta enfermedad.

Dándonos la pauta el taller para ver la eficacia de éste, ya que después de la aplicación se observó un incremento en el nivel de aprendizaje hasta un 100% en cuanto al conocimiento de esta enfermedad a nivel médico y psicológico, ya que no se llevó un seguimiento, recomendando ante esto lo siguiente:

- Un seguimiento de técnicas.
- Un espacio más adecuado, recomendándolo cerrado, iluminado y amplio.
- Buscar más disponibilidad por parte de las familias, ya que es difícil que se encuentren reunidas en un solo tiempo debido a sus múltiples ocupaciones.
- La aplicación de un taller para que tanto pacientes como familiares aprendan a manejar sus emociones ante situaciones de tensión

Por lo tanto, este estudio exploratorio da la pauta a posteriores investigaciones para implementar un taller donde se manejen las emociones tanto a pacientes como a familiares.

REFERENCIAS

- ACKERMAN, N (1990) La creación del sistema terapéutico En La escuela de la Terapia familiar Cap 9 México Paidós
- ANDOLFI, M (1980) Dimensiones de la terapia familiar (pp 49-64) Madrid · Paidós
- ANDOLFI, M (1990) Terapia familiar (pp 1-3) México · Paidós
- BOSZOMENY-NAGY, S (1983) Lealtades Invisibles Cap 10 Buenos Aires : Amorroto
- BOWEN, M D (1989) La práctica clínica. En . Fundamentos teóricos Cap.2 New Jersey : Descleé
- CAÑADELL, J M ((1989) El libro de la Diabetes Cap. Barcelona · Jims.
- CASTAÑEDA, G. (1995) La diabetes hoy En : El libro de la diabetes. Julio-Agosto, Vol 4 No.4 (pp 4-10).
- CHAVARRIA, M C (1978) Problemas emocionales en el Diabético. En La diabetes Mellitus en el niño y el adolescente Cap.8. México Librería de medicina.
- DUNCAN, G. (1954) Diabetes Sacarina. (pp. 1-18). Barcelona . Labor S A.
- ESTRADA, I (1996) El ciclo vital de la familia (pp.1-7) México Posada
- FERRERAS, P (1980) Diabetes (pp.60-77). España . Mc Graw Hill.
- FIGUEROLA, D (1990) Aspectos sociales del paciente diabético. En Lloveras, G Diabetes (pp 169-175) México. Salvat
- FLORES, I T (1992) Endocrinología (pp 41-63) México Méndez
- GOLENBERG, G (1990) Family Therapy an overview. New york. Brooks Cole Publishing Company, Cap 2-4
- GRINBEBEC, L (1978) Culpa y depresión (pp.61-67) Buenos Aires · Paidós
- GUILMAUME, B (1980) Cuadernos de la enfermedad. (pp.95-102) México · toray Masson
- HARRISON, T. R. (1985) Diabetes Mellitus En : Medicina interna. (pp 667-673) México · Mc Graw Hill
- HERNANDEZ, S R (1998) Metodología de la investigación (pp 58-59) México Mc Graw Hill.

- HOWARD H G (1989) Psiquiatría General (pp 92-94). México Manual Moderno
- JUBIZ, W (1981) Cetoacidosis En . Endocrinología clínica (pp 167-169) México . Manual moderno
- KILO, Ch (1987) Los múltiples aspectos de una enfermedad En Control de la Diabetes. (pp 33-46) México · Limusa
- KLOTZ, B (1971) Neuropatías y osteoartropatías. En . La diabetes en el adulto y su Tratamiento. (pp 130-136) Buenos Aires : Atenco
- KRALL, P. L. (1992) Vida social de los diabéticos En Manual de Joslin de Diabetes. (pp.644-646). México . Salvat
- LEE, R. (1987) El páncreas En : El libro de la salud (pp. 384-390). México . Continental.
- LERMA, G L. (1994) El pie diabético En Atención integral del paciente diabético. (pp.259-262). México · Iberoamericana
- LIMA, R. G y VAZQUEZ, V G. (1997) El modelo estructural. En Análisis de sistemas Familiares con el padre en la etapa del nido vacío. Reporte de investigación para - Obtener el título de Lic. En Psicología. Los Reyes Iztacala.
- LIPTZI, G.A. (1995) "Prevención primaria en el diabético En Revista médica del I.M.S.S. Enero-febrero (pp.1-10).
- LOOSLI, U.M (1982) Ansiedad en la infancia. En . Establecimientos de la Terminología. "Cap.1" Madrid Morata.
- MCKAY, B N (1974) Tratado de psiquiatría México · Limusa.
- MINUCHIN, S. (1986) Técnicas y terapia familiar (pp 25-30). México · Gedisa
- MINUCHIN S. Y FISHMAN (1992) Terapia estructural de la familia En · Técnicas de la terapia familiar. (pp 151-191) México Paidós
- MONCADA, I (1984) Tratamiento de la diabetes mellitus. En[Geona , I M. Educación en Diabetes. (pp.63-69) Barcelona Científico médico
- MONTORO M (1991) Las emociones en el diabético. En . La diabetes y su control (pp.173-234) España Universidad de Murcia.
- OAKLEY, W G (1980) Las complicaciones de la diabetes En Diabetes Mellitus. Barcelona : Dogma

- OLSON, O (1986) Diabetes Mellitus Diagnóstico y tratamiento (pp 179-186) México Científica
- ORTIZ, O (1994) Estructura familiar del superdotado. Tesis para obtener el Título de Lic. En Psicología U V M México
- ROBLES, F T. (1987) La familia del enfermo diabético En El enfermo crónico y su Familia. (pp.55-70) México Cermic.
- ROBLES, S L (1991) La alimentación en las personas diabéticas. En La diabetes Y su manejo (pp.99-102) México . Universidad de Guadalajara.
- SABANES, F (1993) La depresión. (pp 3-8) México · Diana
- SALAZAR, M Y (1987) Etiología En : Diabetes Mellitus. (pp.3-8) México . Jims.
- SANTIAGO, M. (1992) Manifestaciones clínicas derivadas de la hiperglucemia. En Diabetes Mellitus. (pp.84-98,644-646) España: Ela
- SOLA, M J. (1978) Introducción a las ciencias de la salud. (pp 137-145).México . Trillas.
- TORRES, L. E. (1994) Análisis y evaluación de los roles y la familia alcohólica (pp 37-55) Tesis para obtener el título de Lic. En Psicología E.N.E.P Iztacala. U.N.A.M.
- UMBARGUER, C (1991) Family Therapy (Cap.3) New York Desclee

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, N (1990) La creación del sistema terapéutico En La escuela de la Terapia familiar. Cap 9 México Paidós
- ANDOLFI, M (1980) Dimensiones de la terapia familiar. (pp 49-64). Madrid . Paidós
- ANDOLFI, M. (1990) Terapia familiar (pp.1-3) México Paidós.
- BOSZOMENY-NAGY, S (1983) Lealtades Invisibles Cap 10. Buenos Aires · Amorrototo
- BOWEN, M. D (1989) La práctica clínica. En Fundamentos teóricos Cap.2 . New Jersey : Descleé.
- CABALLO, V. (Comp.) (1991) Manual de Técnicas y modificación de la conducta. Cap 9 España . Siglo XXI
- CAÑADELL, J.M. ((1989) El libro de la Diabetes Cap Barcelona · Jims.
- CASTAÑEDA, G (1995) La diabetes hoy. En El libro de la diabetes. Julio-Agosto, Vol 4 No 4 (pp.4-10)
- CLALBORNE, J.M (1991) Manual de terapia médica. (pp. 459-479) México· Manual moderno.
- CHAVARRIA, M.C. (1978) Problemas emocionales en el Diabético En La diabetes Mellitus en el niño y el adolescente. Cap 8 México · Librería de medicina.
- DÍAZ, N.L; GALAN, C. _Grupo de autocuidado de diabetes mellitus Tipo II. En · Salud pública, Marzo-abril Vol. 35 No 2
- DUNCAN, G (1954) Diabetes Sacarina. (pp.1-18) Barcelona . Labor S.A
- ESCOBEDO, J. R. Incidencia y letalidad de la complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes mellitus en México En Salud Pública de México Julio-agosto. 1996 Vol 38 No 4
- ESTRADA, I (1996) El ciclo vital de la familia (pp 1-7) México Posada.
- FERRERAS, P (1980) Diabetes (pp 60-77) España . Mc Craw Hill.
- FIGUEROLA, D (1990) Aspectos sociales del paciente diabético En Lloveras, G. Diabetes (pp 169-175) México Salvat
- FLORES, I. T (1992) Endocrinología (pp 41-63) México . Méndez.

- GOLENBERG, G (1990) Family Therapy an overview. New york Brooks Cole Publishing Company, Cap 2-4
- GUILHAUME, B (1980) Cuadernos de la enfermedad. (pp.95-102) México Toray Masson
- GRINBEBEC, L (1978) Culpa y depresión. (pp 61-67) Buenos Aires Paidós
- HARRISON, T R (1985) Diabetes Mellitus En . Medicina interna (pp 667-673) México · Mc Graw Hill
- HERNANDEZ, S R. (1998) Metodología de la investigación. (pp 58-59) México Mc Graw Hill
- HOWARD H.G. (1989) Psiquiatría General. (pp 92-94). México . Manual Moderno
- JUBIZ, W (1981) Cetoacidosis. En . Endocrinología clínica (pp. 167-169) México . Manual moderno.
- KILO, Ch (1987) Los múltiples aspectos de una enfermedad. En · Control de la Diabetes. (pp 33-46) México . Limusa
- KLOTZ, B. (1971) Neuropatías y osteoartropatías En . La diabetes en el adulto y su Tratamiento (pp.130-136) Buenos Aires . Ateneo
- KRALL, P. L (1992) Vida social de los diabeticos En Manual de Joslin de Diabetes. (pp.644-646). México . Salvat
- LEE, R. (1987) El pancreas. En : El libro de la salud (pp 384-390). México · Continental
- LERMA, G. L. (1994) El pie diabético. En · Atención integral del paciente diabético (pp.259-262). México . Iberoamericana
- LIMA, R. G. y VAZQUEZ, V.G. (1997) El modelo estructural En : Análisis de sistemas Familiares con el padre en la etapa del nido vacío. Reporte de investigación para - Obtener el título de Lic. En Psicología. Los Reyes Iztacala.
- LIPTZI, G A. (1995) "Prevención primaria en el diabético En Revista médica del I.M.S.S., Enero-febrero (pp 1-10).
- LOOSLI, U M (1982) Ansiedad en la infancia En . Establecimientos de la Terminología. (Cap.1) Madrid : Morata
- MCKAY, B N (19749 Tratado de psiquiatría. México · Limusa

- MILLER, B F (1973) Salud individual y colectiva (pp.452-455) México Iberoamericana
- MINUCHIN, S (1986) Técnicas y terapia familiar (pp 25-30) México Gedisa
- MINUCHIN S Y FISHMAN (1992) Terapia estructural de la familia En Técnicas de la terapia familiar (pp.151-191) México Paidós
- MONCADA, I (1984) Tratamiento de la diabetes mellitus. En[Geona , I M Educación en Diabetes. (pp 63-69) Barcelona : Científico médico.
- MONTORO. M. (1991) Las emociones en el diabético En : La diabetes y su control. (pp. 173-234) España : Universidad de Murcia
- OAKLEY, W G (1980) Las complicaciones de la diabetes. En : Diabetes Mellitus Barcelona . Dogma.
- OLSON, O (1986) Diabetes Mellitus Diagnóstico y tratamiento. (pp.179-186) México . Científica.
- ORTIZ, O (1994) Estructura familiar del superdotado. Tesis para obtener el Título de Lic. En Psicología U V.M , Ed. Diana
- PHILIP, S. (1976) Manual de psiquiatría. México, (pp.165-167) Ed. Manual moderno, S.A de C.V
- RIEUX, G. (1983) Medicina preventiva. (pp 55-57) México Cermic
- RODRÍGUEZ, R. (1963) Aspectos psicológicos del enfermo con diabetes mellitus. En : Manejo del paciente diabético. (pp.79-83) México : Prensa médica mexicana
- ROBLES, F T (1987) La familia del enfermo diabético. En : El enfermo crónico y su Familia. (pp 55-70) México : Cermic
- ROBLES, S. L. (1991) La alimentación en las personas diabéticas. En La diabetes Y su manejo (pp 99-102). México · Universidad de Guadalajara.
- SABANES, F (1993) La depresión. (pp.3-8). México · Diana.
- SALAZAR, M Y (1987) Etiología En : Diabetes Mellitus (pp 3-8) México Jims
- SANTIAGO, M (1992) Manifestaciones clínicas derivadas de la hiperglucemia En Diabetes Mellitus (pp 84-98,644-646). España Ela
- SOLA, M J (1978) Introducción a las ciencias de la salud. (pp 137-145) México Trillas.

- TORRES, L. E. (1994) Análisis y evaluación de los roles y la familia alcohólica. (pp 37-55) Tesis para obtener el título de Lic. En Psicología. E. N. E. P. Iztacala. U. N. A. M.
- UMBARGUER, C. (1991) Family Therapy. (Cap.3) New York. Desclée.
- VAZQUEZ, E. F. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Revista médica del I. M. S. S. 1994, Vol 32 No.34.
- ZAVALA, A. V. (1987) Avances de la diabetes y nutrición. (pp 1-10) Argentina. Celcius.

A N E X O I

Título: COMO INFLUYE EL ENFERMO DIABETICO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

SESION : 1
DURACION: 80 MIN.

OBJETIVO ESPECIFICO : REALIZAR LA PRESENTACION DEL TELLER A NIVEL PREVENTIVO

SUBTEMAS	ACTIVIDADES	MIN.	TECNICA	MATERIALES
INTRODUCCION ACERCA DE LO QUE SE VA A TRATAR EL TALLER. SE APLICARA EL CUESTIONARIO PRE-TEST , MACHOVER R GUIA DE ENTREVISTA.	1) PRESENTACION DE LOS EXPOSITORES DEL TALLER. 2) SE HARA LA PRESENTACION DEL TALLER, LOS OBJETIVOS DE ESTE, ACLARANDO DUDAS AL RESPECTO A LO QUE ESPERAN DEL TALLER. 3) SE APLICARA UNA TECNICA DE RELAJACION . 4) SE APLICARA CUESTIONARIO PRE - TEST 5) SE APLICARA TEST MACHOVER 6) SE APLICARA GUIA DE ENTREVISTA PARA DETECTAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR.	10		CUBICULO SUFICIENTEMENTE AMPLIO LAPICES SILLAS HOJAS DE CUESTIONARIO HOJAS BLANCAS

TEMA: COMO INFLUYE EL ENFERMO DIABETICO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR.		SESION : 2 DURACION. 70		
OBJETIVOS ESPECIFICOS: DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LA FAMILIA IDENTIFICARA CAUSAS, SINTOMAS Y CONSSECUENCIAS DE LA DIABETES.				
SUBTEMAS	A C T I V I D A D E S	MIN.	TECNICAS	MATERIALES
TIPOS DE DIABETES SINTOMAS DETERIORO EN EL SISTEMA NERVIOSO PERDIDA DE VISION GANGRENA NUTRICION HIGIENE ADOMON. ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS	1) BIENVENIDA AL TALLER 2) CON EL APOYO DE UN MEDICO SE DARA UNA EXPLICACION ACERCA DE LO QUE ES LA DIABETES, Y COMO AFECTA EN EL ORGANISMO.	70		PELICULA

TITULO: COMO INFLUYE EL ENFERMO DIABETICO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR SESION: 3
 DURACION: 75MI

OBJETIVO ESPECIFICO: DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO LA FAMILIA CONOCERA FACTORES EMOCIONALES COMO POSIBLES FACTORES DE LA ENFERMEDAD DIABETES.

SUBTEMAS	A C T I V I D A D E S	MIN	TECNICAS	MATERIALES
MIEDO ANSIEDAD ANGUSTIA TEMOR DEPRESION	1) SE DARA LA BIENVENIDA A TALLER 2) SE APLICARA LA TECNICA DEL COLLAGE , CON EL FIN DE ANALIZAR COMO ESTA ESTRUCTURADA LA FAMILIA. 3) SE DARA UNA BREVE EXPLICACION DEL CONCEPTO DE FAMILIA Y LA IMPORTANCIA QUE TIENE COMO BASE DE LA SOCIEDAD . 4) SE APLICARA LA TECNICA DE CONNOTACION POSITIVA 5) POR ULTIMO SE APLICARA EL CUESTIONARIO POS- TEST Y SE DARAN LAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION.	10	COLLAGE: SE LES PROPORCIONARAN A LA FAMILIA PAPEL BOND, TIJERAS , RESISTOL, REVISTAS CON EL OBJETIVO DE QUE REPRESENTEN A SU FAMILIA Y ELLOS QUE PAPEL ESTAN JUGANDO DENTRO DE LA FAMILIA . CONNOTACION POSITIVA: SE LES PROPORCIONARA PAPEL Y LAPIZ PARA QUE ANOTEN LAS CUALIDADES Y DEFECTOS DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.	PAPEL RESISTOL TIJERAS REVISTAS PAPEL BOND PAPEL LAPIZ CUBICULO LO SUFICIENTEMENTE AMPLIO .

A N E X O 2

PRE-TEST

El cuestionario que aplicamos lo dividimos en tres niveles de conocimiento como son:

- 1) Conocimientos generales de la diabetes.
- 2) Efectos de la diabetes
- 3) Prevención médica.

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

- 1 ¿QUÉ ES LA DIABETES?
- 2 ¿CUÁNTOS TIPOS DE DIABETES HAY?
- 3 ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES?
- 4 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DIABETES?
- 5 ¿QUÉ CONSECUENCIAS PROVOCA LA DIABETES?
- 6 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA NUTRICION?
- 7 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL EJERCICIO?
- 8 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA HIGIENE?
- 9 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ADMINISTRACION ADECUADA DE MEDICAMENTOS?

POS-TEST

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

- 1 - ¿QUÉ ES LA DIABETES?
- 2.- ¿CUÁNTOS TIPOS DE DIABETES HAY?
- 3.- ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES?
- 4 - ¿ CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DIABETES?
- 5.- ¿QUÉ CONSECUENCIAS PROVOCA LA DIABETES?
- 6 - ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA NUTRICION?
- 7 - ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL EJERCICIO?
- 8 - ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA HIGIENE?
- 9.- ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ADMINISTRACION ADECUADA DE MEDICAMENTOS?

A N E X O 3

GUÍA DE ENTREVISTA PARA
DETECTAR ESTRUCTURA FAMILIAR

Datos Demográficos

Nombre

Edad

Ocupación

Escolaridad

Estado Civil

Papá

Mamá

Hijos

Otros

Abuelos

Tíos, etc.

Religión

FAMILIOGRAMA

JERARQUIA

ACTUALMENTE

1.- ¿QUIÉN TOMA LA MAYORÍA DE LAS DECISIONES EN CASA ?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Otro _____

2.- ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe o no hacer en casa ?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Otro _____

3.- ¿Quién las hace respetar?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Otro _____

4.- ¿Quién decide lo que se premia o se castiga?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Otro _____

5.- ¿Quién premia y quién castiga?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Otro _____

6.- Estando papá y mamá en casa ¿quién premia y quién castiga?

Papá Mamá hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Otro _____

7.- Estando papá y mamá en casa ¿quién toma las decisiones?

Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro _____

8.- No estando papá y mamá ¿quién premia y quién castiga?

Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro _____

CENTRALIDAD Y PERIFERIA

9.- Hay algún miembro de la familia de quien se tengan muchas quejas?
¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿Por qué? _____

10.- Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?
¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro _____
¿Por qué? _____

11.- ¿Hay algún miembro de la familia de quien más se hable negativamente?
¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro____
¿por qué? _____

12.- ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca este en casa?
¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro____
¿Por qué? _____

13.- ¿Hay algún miembro de la familia que casi no participa en las relaciones
familiares?

¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro____
¿Por qué? _____

14.- ¿Hay algún miembro de la familia que destaque en algún aspecto o actividad
con respecto a los demás?

¿quién?

Papá Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro____

15.- ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren las relaciones
familiares

¿quién?

Papá Mamá Hijo Mayor Hijo menor Abuelo Abuela Tio Otro____

LIMITES Y GEOGRAFIA

16.- ¿Mamá esta interesada en conocer y participar en todas las actividades que
realiza papá?

17.- ¿Cómo lo hace?

18.- ¿Papá esta interesado en conocer y participar en todas las actividades que
realiza mamá?

19.- ¿Cómo lo hace?

20.- ¿Papá y mamá tienen amistades en común?

Si No Algunas

21.- ¿Mamá tiene amistades personales?

Si No

22.- Papá tiene amistades personales?

Si No

23.- ¿Hay algún problema entre papá y mamá por estas amistades?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

24.- ¿Papá y mamá pelean o discuten en presencia de los hijos?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

25.- ¿Papá comenta con algún hijo sus problemas conyugales?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

26.- ¿Mamá comenta con algún hijo sus problemas conyugales?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

27.- ¿Hay algún miembro de la familia que intervenga en las relaciones familiares?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

28.- ¿Los hijos saben lo que deben hacer y lo que no la mayoría de las veces?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

29.- ¿Son claras las reglas, premios y castigos en la familia?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

30.- ¿Hay diferencias en las reglas, premios y castigos?

Si No Algunas veces

31.- ¿Se acostumbra que los hijos cuenten a uno o ambos padres todo con respecto a sus actividades y problemas?

Si No Algunas veces

32.- ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue. Corrija, etc; a sus hermanos?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca
¿Quién?

Hijo mayor Hijo menor Otros _____

33.- ¿Existe algún miembro de la familia fuera de papá y mamá que aporte ingresos económicos

Si No Algunas veces
¿quién?

Hijo mayor Hijo menor Otros _____

34.- ¿Existe alguna persona que no viva con la familia y que tenga que ver en la implantación de premios y castigos?

Si No Algunas veces
¿quién o quienes?

Abuelo Abuela Tio Tia Primos Otros _____

35.- ¿qué tipo de contacto tiene la familia con parientes, amistades, vecinos, etc;?

Los visitan todos los días
Los visitan dos veces a la semana
Los visitan cada fin de semana
Los visitan una vez al mes
Los visitan una vez al año

36.- ¿Existen amistades o familiares que intervengan en los problemas conyugales de papá y mamá?

Si No Algunas veces
¿Quiénes?

Abuelo Abuela Tio Tia Primos Vecinos Compadre Otros

37.- ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?

Si No Algunas veces

ESTADÍSTICA DEL MUNICIPIO
DE SAN JUAN DE LOS RIOS

38.- Si se tiene ¿es respetado?

Si No Algunas veces

¿Quién respeta el espacio de?

Papá: Mamá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela otros _____

Mamá: Papá Hijo mayor Hijo menor Abuelo Abuela otros _____

Hijo mayor: Papá mamá Hijo menor Abuelo Abuela otros _____

Hijo menor: Papá mamá Hijo mayor Abuelo Abuela otros _____

39.- ¿Cuál es el espacio compartido?

Sala Recamara Comedor Cocina Hall Otro _____

40.- ¿Se respetan las propiedades individuales?

Si No Algunas veces

ALIANZA Y COALICIONES

41.- ¿Quiénes suelen unirse para obtener algún premio, concesión, dinero, favor, etc.?

Papá y mamá

Papá e hijo mayor

Papá e hijo menor

Mamá e hijo mayor

Mamá e hijo menor

Hijo mayor e hijo menor

Hijo mayor y abuelo

Hijo menor y abuelo

Mencionar ejemplos

42.- ¿Quiénes suelen unirse para perjudicar, atacar, descalificar, fastidiar, etc; a otros?

Papá y mamá

Papá e hijo mayor

Papá e hijo menor

Mamá e hijo mayor

Mamá e hijo menor

Hijo mayor e hijo menor

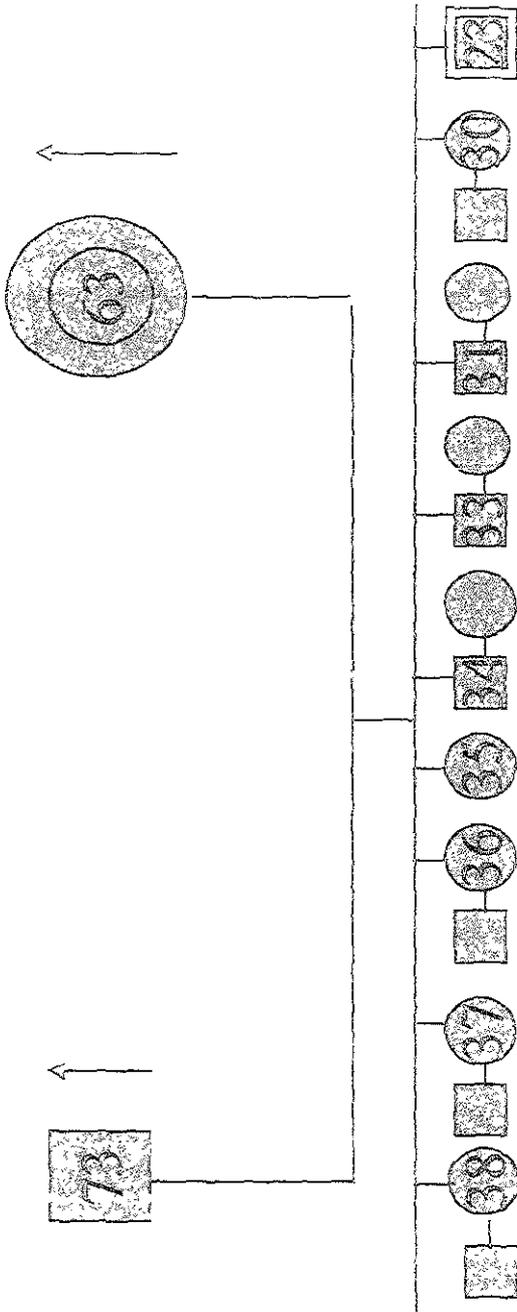
Hijo mayor y abuelo

Hijo menor y abuelo

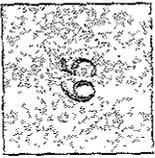
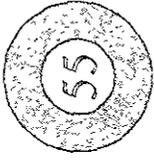
Menciona ejemplos



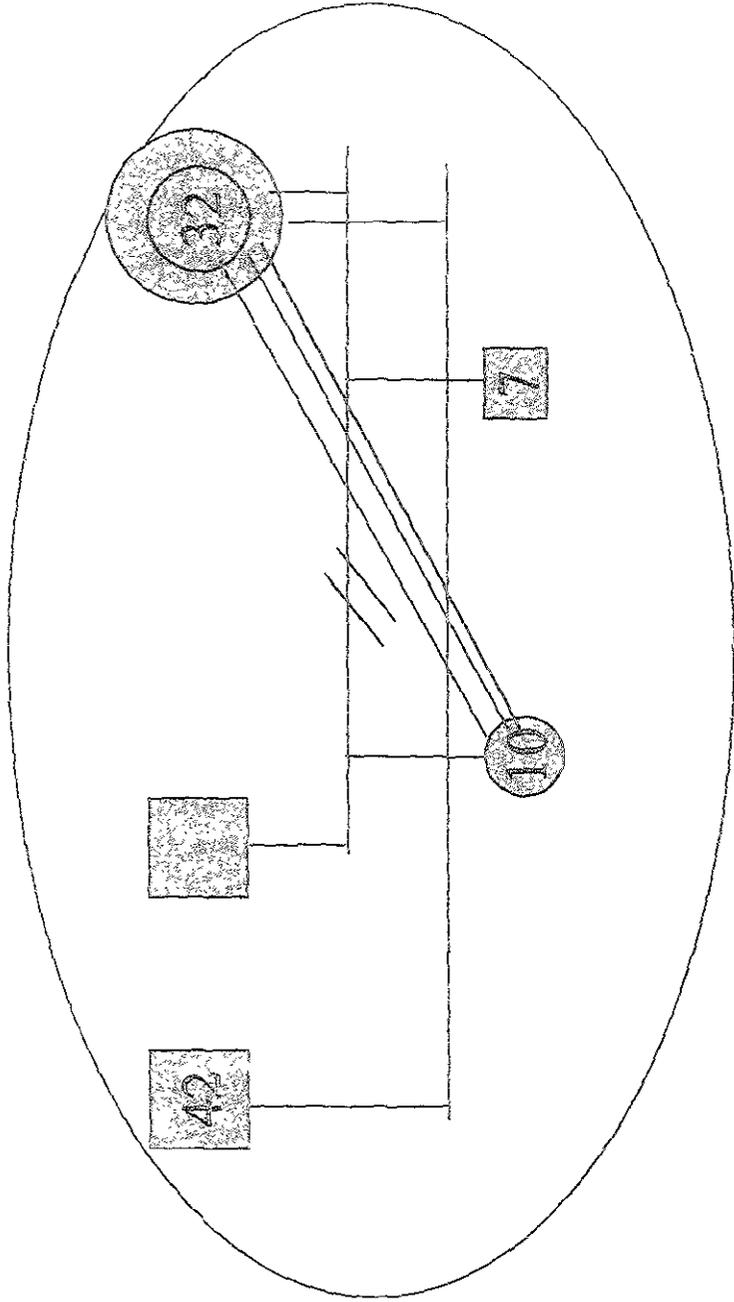
A N E X O 4



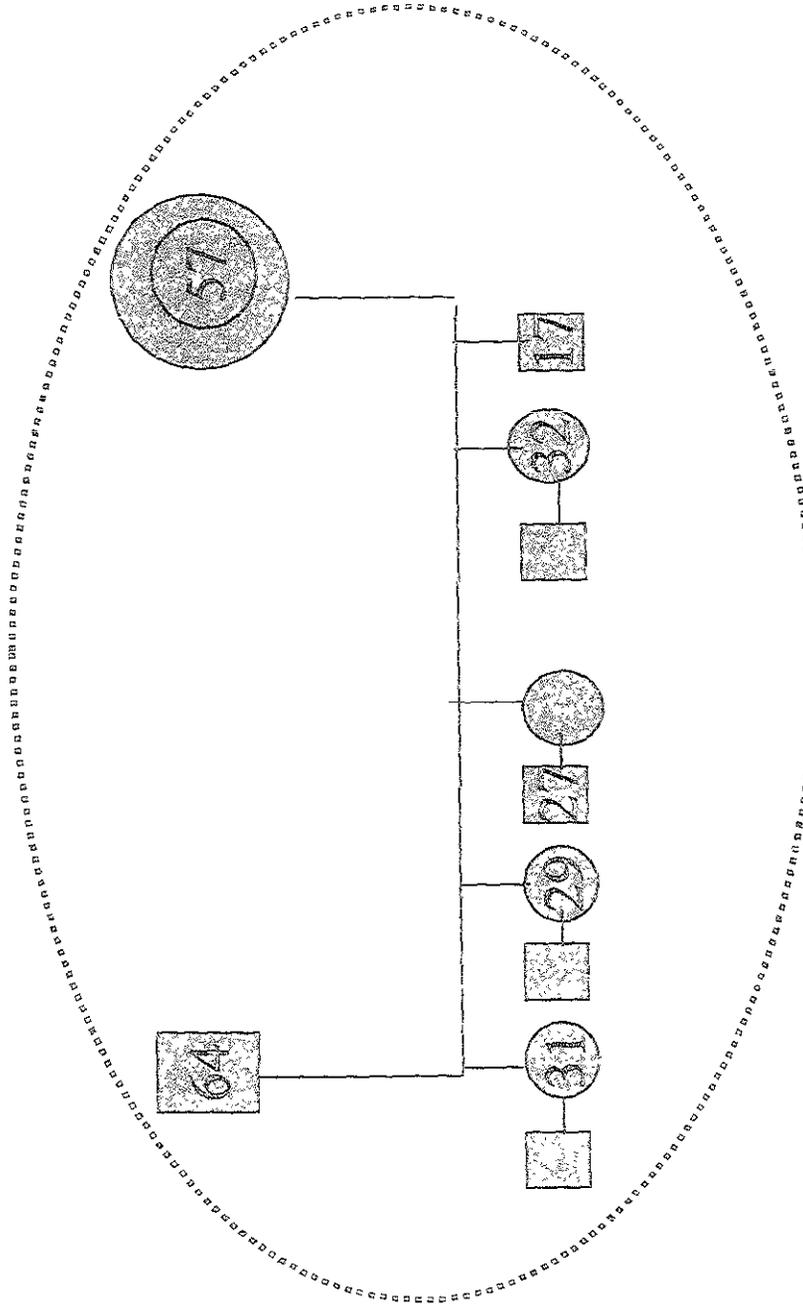
FAMILIA 1



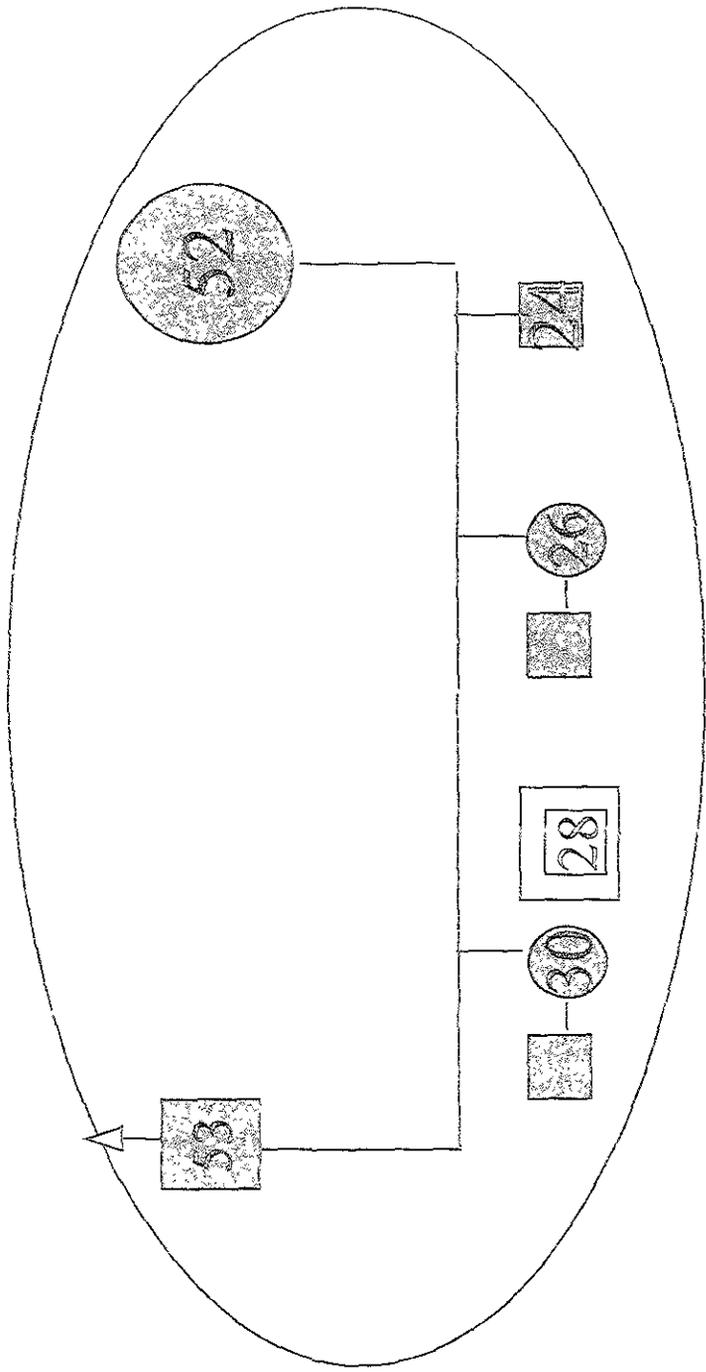
FAMILIA 2



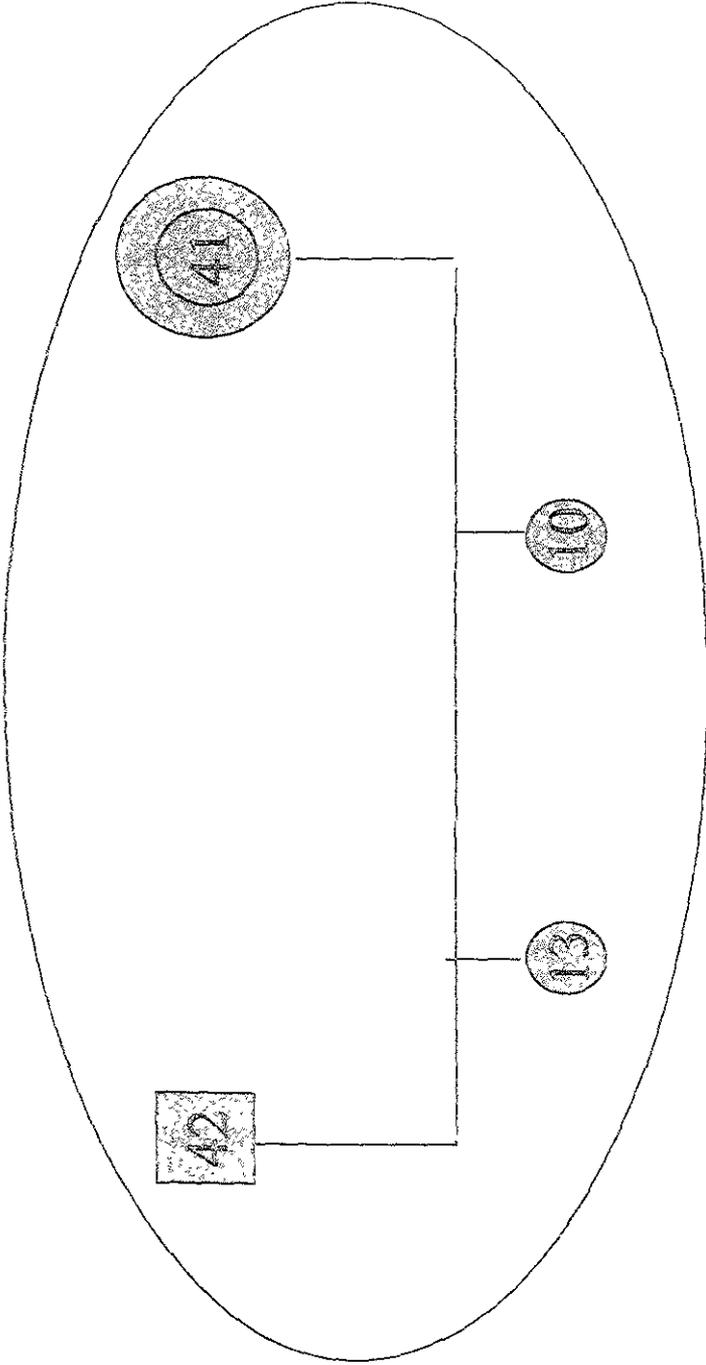
FAMILIA 3



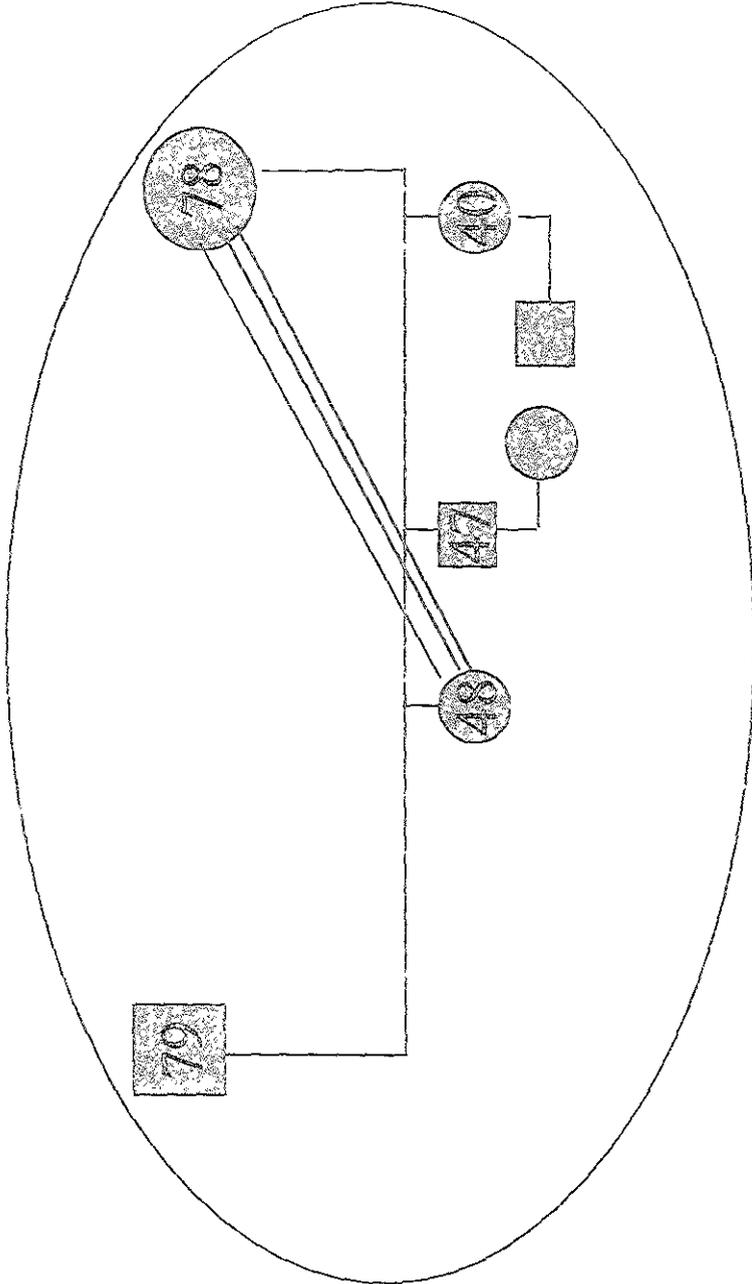
FAMILIA 4



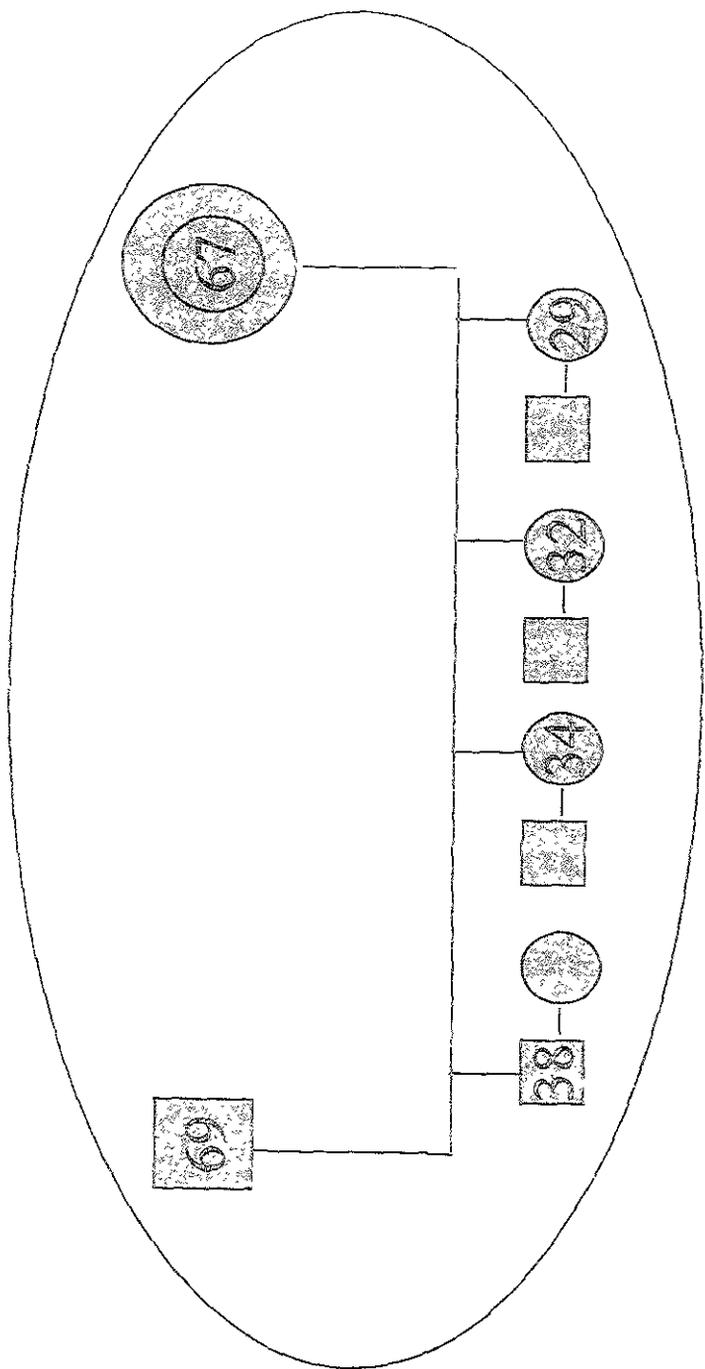
FAMILIA 5



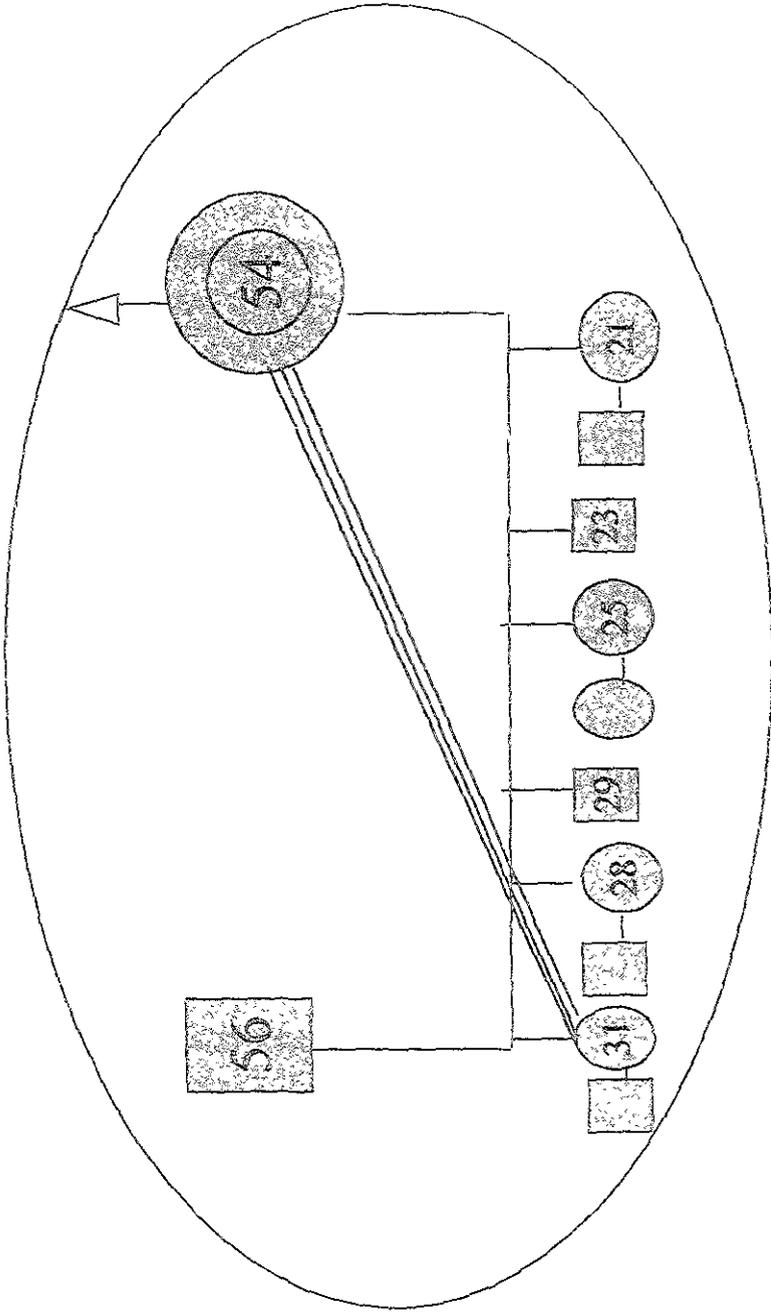
FAMILIA 6



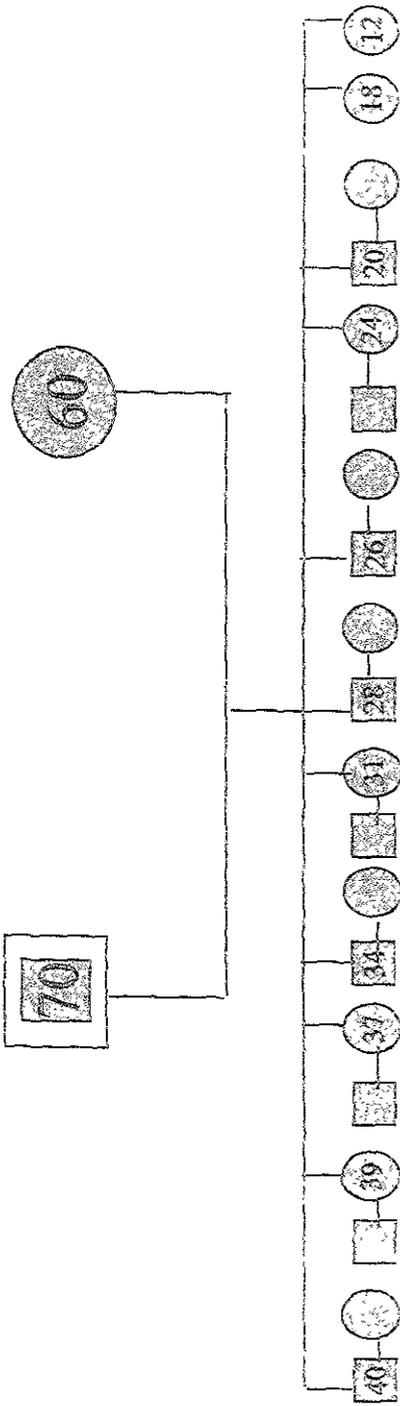
FAMLIA 7



FAMILIA 8

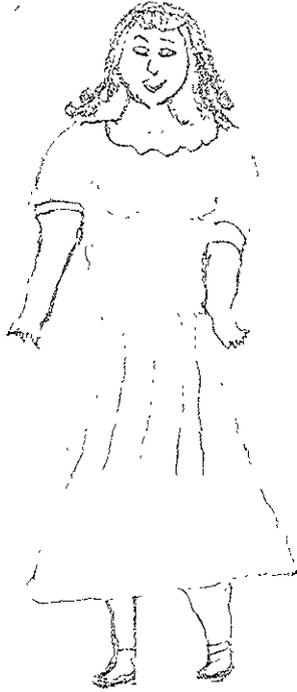


FAMILIA 9



FAMILIA 10

A N E X O 5



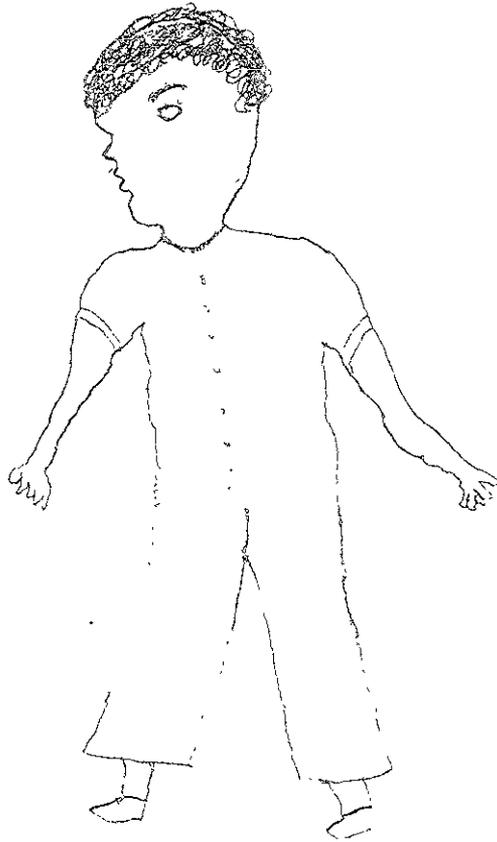
Familia 2

Facienda Nómada





temple 7 Albia pacis to 2.1

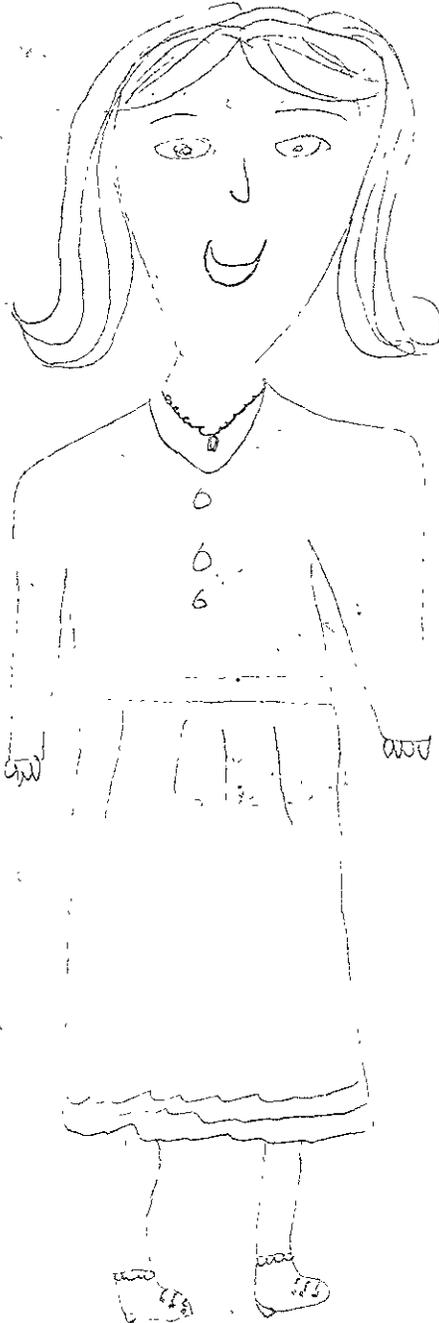


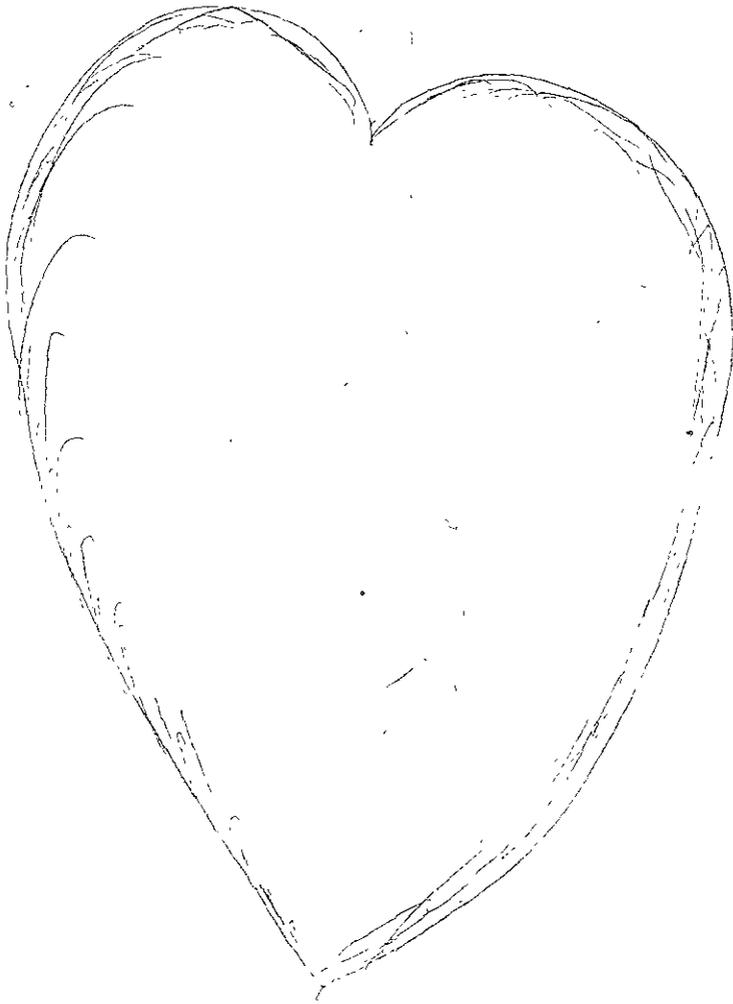


SEPTIEMBRE 2011
MOMENTO
- 100
DISLADO
100 LE
CAS 100000
1000 100
1000 100
1000 100

1000 100

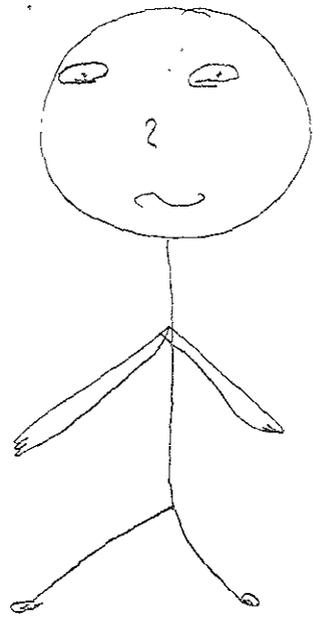
Revisar : fantasía , imaginación.
Familia 6 emilia (paciente)





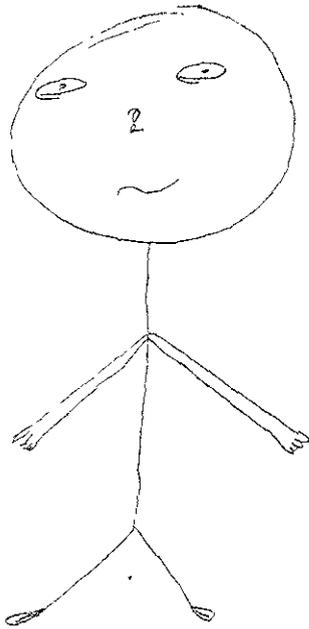
~~SSa~~ . Maria de Jesus Hernandez
Familia y paciente (Maria)

11/11



serente
agregar : impubridad, infantil, etc
proyectos

Mosa Maria de Jesús Hernández.

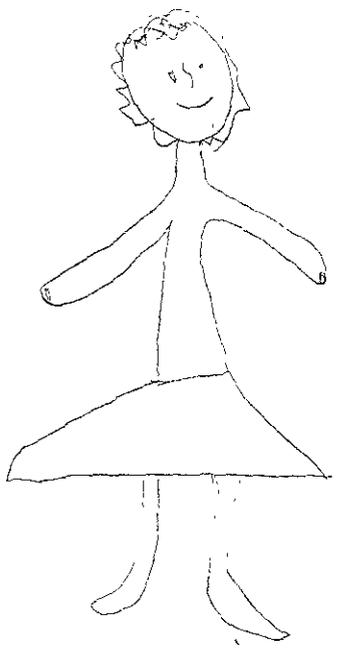


pensar

Cuina

Familia 10

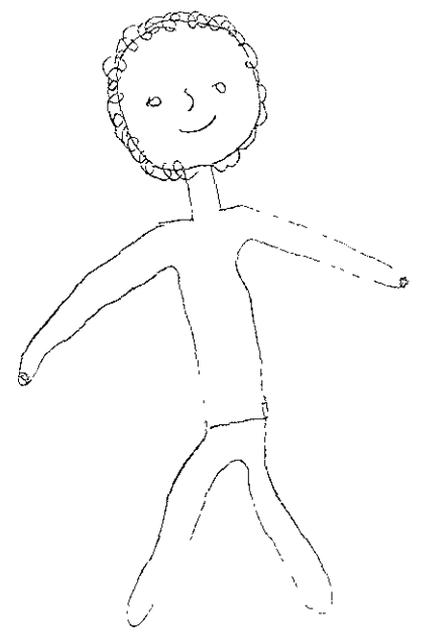
casen te
gregorio



Familia

Paciencia

Veronica



K
11





2 α10 Reviser

Familia 3



~~...~~ 18 Rodriguez Givernas

