



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE PSICOLOGIA

LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXION

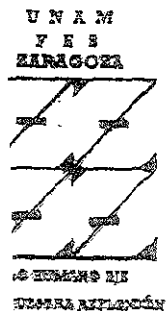
UNA ESTRATEGIA PSICOLOGICA DE
INTERVENCION COMO ALTERNATIVA PARA LA
MODIFICACION DE HABITOS FAMILIARES QUE
FAVOREZCAN EL CONTROL DEL PACIENTE
DIABETICO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
JOSE ANTONIO PLATA DE LA ROSA

ASESOR: MTRO. MARCO ANTONIO CARDOSO GOMEZ

MEXICO, D. F.

06 DE SEPTIEMBRE DEL 2000.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MAMA:

acias, por que entre
los cambios tuviste
libertad de construir
lo que deseo vivir.

MAMA:

El recuerdo que dejaste
me ha llenado de
energía y confianza e
realizar lo que he
deseado y que me hace
evolucionar cada día.

MARIA VERUSA:

Agradezco la
motivación y
herramientas e ideas que
lo que permite que este
proyecto sea una gran
oportunidad que me brinda

DAVID:

acias por enseñarme
que no es suficiente
conformarse con los
logros, sino que
analizar los errores
previene la superación.

**AMPARO Y
DAGO:**

La fortaleza y alegría
han sido la base de que
tenga la oportunidad
de lograr esta meta,
que es sólo el principio.

Introducción 1

Multidisciplina

Antecedentes 5

Obstáculos

Respuestas a cada obstáculo

Definición

Modelo de atención familiar al diabético

Diabetes Mellitus Tipo II

Antecedentes

Definición

Causas de la diabetes

Clasificación

Formas de tratamiento

Obstáculos para su control

Fundamentos de la Intervención y Organización Familiar

Necesidad de una estructura

atención familiar a pacientes con diabetes

Fundamentos de la Organización Familiar

Conceptos básicos

Enfoques de terapia familiar

El punto de

estructura

El Trabajo del Equipo Multidisciplinario en la Atención del Diabético

Descripción del Trabajo Multidisciplinario

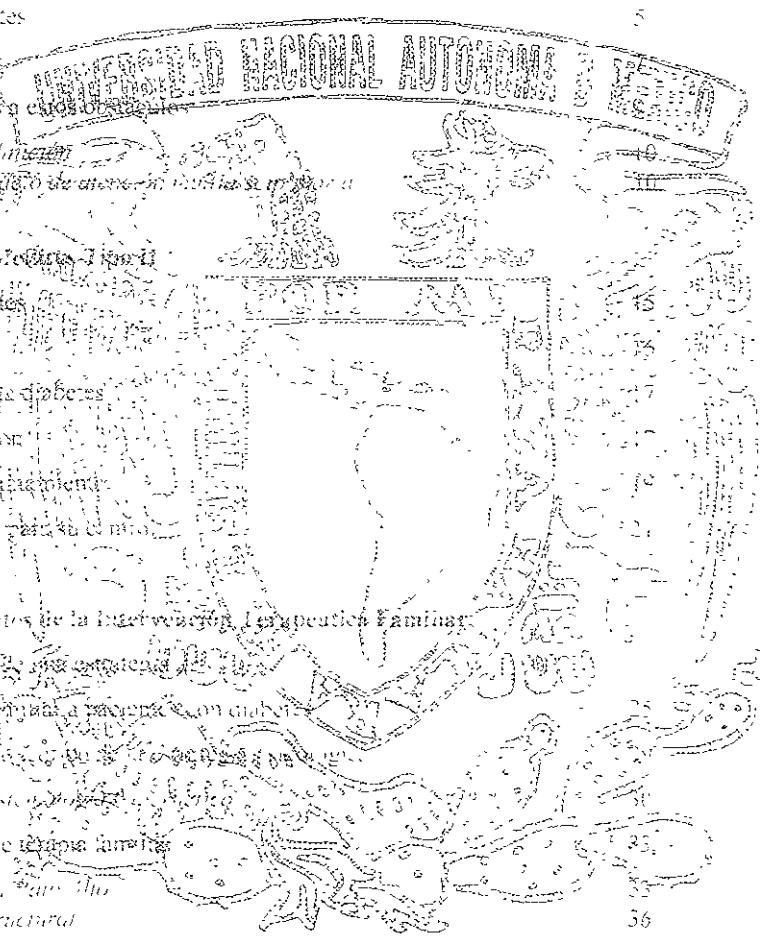
42

Intervención Multidisciplinaria

44

Señales Multidisciplinares (Ejemplos de Casos)

48



Intervención Terapéutica familiar

Organización de la sesión terapéutica 48

Comunicaciones iniciales con el paciente y la intervención familiar 48

Contacto inicial 49

Evaluación inicial 50

Metas 51

Señalamiento de metas y el Contrato Terapéutico 51

Presupuestos 52

Símbolos 52

Intervención 53

Clases de intervenciones 53

Procesos 54

Evaluación 54

Intervención 55

Beneficios de la intervención 55

Limitaciones de la intervención 56

Adaptación de la intervención 56

Metas 60

Objetivos 60

Planteamiento del problema 60

Hipótesis de trabajo 61

Especificación de metas 61

Definición de los objetivos 62

Definición conceptual 63

Especificación de los recursos disponibles 64

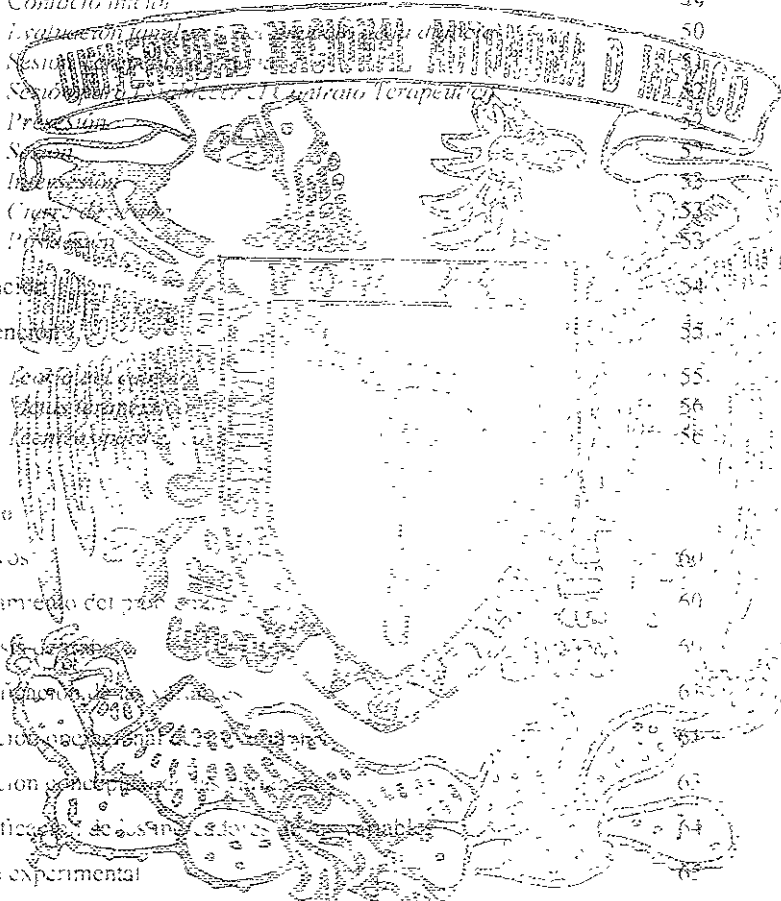
Diseño experimental 65

Sujetos 65

Contexto 65

Recursos materiales 66

Método de trabajo 66



2 Resultados. Estudio Multidisciplinario de Caso.

Cooptación de personas con diabetes	69
Forma y organización del trabajo multidisciplinario con el paciente	70
El Trabajo De Medicina, Odontología, y Enfermería	70
<i>Atención Médica</i>	70
<i>Dieta</i>	70
<i>Tratamiento farmacológico</i>	70
<i>Atención de Enfermería</i>	72
<i>Atención Odontológica</i>	72
La Intervención de Terapéutica Familiar	74
<i>Contacto inicial</i>	74
<i>Evaluación familiar y del impacto de la diabetes</i>	75
<i>Sesiones terapéuticas previas</i>	76
Resultados de la intervención terapéutica familiar	77
<i>Contacto inicial</i>	77
<i>Atención familiar y terapéutica de la diabetes</i>	77
<i>Resultados finales</i>	78
Conclusiones	80
Referencias	92
Anejos	
Anexo I Ficha de contacto inicial	98
Anexo II Ficha de contacto familiar	104
Anexo III Evaluación del impacto de la diabetes	108
Anexo IV Escala de funcionamiento familiar	112
Anexo V Tengo Diabetes, ¿que puedo comer?	127
Anexo VI Programa de ejercicios	129
Anexo VII Atención de Enfermería	133
Anexo VIII Sesiones terapéuticas	134
Anexo IX Evaluación del impacto de la diabetes	153
Anexo X Escala de funcionamiento familiar	157

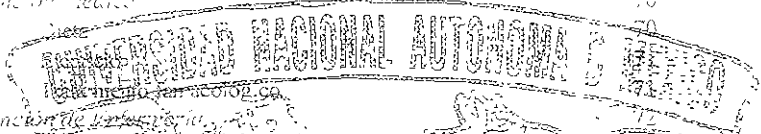
Resultados de la evaluación del impacto de la intervención

Captación de personas con diabetes 59

Forma y organización del trabajo multidisciplinario con el paciente 70

El Trabajo De Medicina, Ginecología y Enfermería 70

Atención Primaria 70



Atención de Enfermería 71

Atención Ginecológica 72

La intervención de Terapia Familiar 73

Conceptos clave 74

Evolución familiar y el impacto de la diabetes 75

Sesiones terapéuticas 76

Resultados de la intervención de terapia familiar 77

Conceptos clave 77

Atención de enfermería y el impacto de la diabetes 77

Atención Primaria 78

Conclusiones 84

Referencias 87

Anexos 88

Anexo I Ficha de captación 93

Anexo II Ficha de evaluación 94

Anexo III Valoración del impacto de la intervención 98

Anexo IV Escala de Funcionamiento Familiar 102

Anexo V Lengua Diabetes ¿que puedo comer? 107

Anexo VI Programa de ejercicios 129

Anexo VII Atención de enfermería 133

Anexo VIII Sesiones terapéuticas 134

Anexo IX Evaluación del impacto de la diabetes 153

Anexo X Escala de Funcionamiento Familiar 157

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es parte de un programa de atención multidisciplinaria a pacientes diabéticos. En el programa participan las áreas de Medicina, Enfermería, Odontología y Psicología.

El área psicológica participó en el programa de atención multidisciplinaria implementando una intervención Terapéutica Familiar, que contempla la participación del diabético y de su familia. Debido a que un diabético necesita un tratamiento prolongado, la cooperación familiar cobra gran importancia.

Con la Intervención Terapéutica Familiar "no se trata al individuo aisladamente, sino como parte de los sistemas humanos en los que está inserto, sobre todo del sistema fundamental que condiciona nuestra vida desde los primeros instantes del nacimiento a la familia" (Carreras y Vila, 1998)

De esta forma se propone la Intervención Terapéutica Familiar como una forma de atención a pacientes diabéticos, además de ser una aportación psicológica para conformar el trabajo multidisciplinario. Este último pretende mediante la acción concertada de las disciplinas resolver la problemática de la diabetes, partiendo de una visión de atención integral, donde la atención psicológica al igual que la atención médica, odontológica y de enfermería, no están desvinculadas unas de otras.

Con la Intervención Terapéutica Familiar, se da respuesta al problema del paciente con diabetes, el cual es tener niveles altos de glucosa en sangre. Esto debido a los hábitos y/o tensiones familiares, pues el paciente no sigue las prescripciones hechas por los profesionales de la salud.

Con lo anterior se observa la necesidad de no sólo atender al paciente diabético, sino de intervenir a nivel familiar, donde hay una cultura, costumbres y aprendizaje que por lo regular no ayudan a que el paciente diabético logre llevar a cabo las prescripciones de los profesionales de la salud

De esta manera, se desarrolló una Intervención Terapéutica Familiar con una pareja de diabéticos y su familia. De esta forma se busca que el paciente diabético logre estar con un nivel de glucosa menor a 140mg/dl y propicie relaciones familiares estables, siendo esto último un aspecto importante para conducir control de los niveles de glucosa en sangre.

En esta investigación por lo tanto se propuso una Intervención Terapéutica Familiar como alternativa para favorecer el control del paciente diabético, esto como parte de una línea de investigación psicológica en el problema de la Diabetes Mellitus tipo II.

El problema que se planteó es el siguiente: ¿Cuál sería la alternativa de intervención para crear las condiciones óptimas que propicien las relaciones familiares que induzcan y respalden el autocontrol del paciente con diabetes?

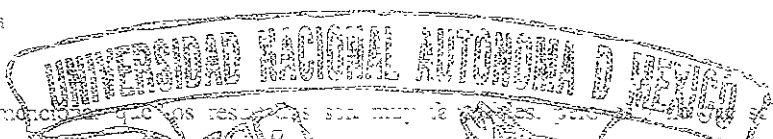
La respuesta tentativa a esta pregunta fue la de construir una Intervención Terapéutica Familiar con la cual se propicie el apoyo del control del paciente con diabetes, siguiendo las prescripciones de los profesionales de la salud.

La Intervención Terapéutica Familiar se orientó en las siguientes ideas:

- ♦ El uso de las escuelas Estructural y el MIRI Palo Alto, donde la adaptación de estas fue la alternativa para resolver aspectos de la problemática familiar y del paciente con diabetes.
- ♦ La adaptación de evaluaciones cualitativas y cuantitativas, las cuales no son contrarias, sino complementarias.

Los resultados que se obtuvieron fueron:

la parte controlada de los niveles de azúcar en la sangre y significa que los niveles de azúcar en la sangre siguen siendo altos a pesar de la intervención familiar. Esto corroborado por los reportes familiares de los pacientes donde manifiestan haber encontrado su diabetes aparte de tener una "genética" que exhiben la diabetes con una mayor frecuencia.



Cabe mencionar que los resultados son muy de interés pero solo producto de la intervención familiar y no por una intervención que se refiere a la integral del problema del diabético, lo cual es la estrategia para la solución (ver anexos).

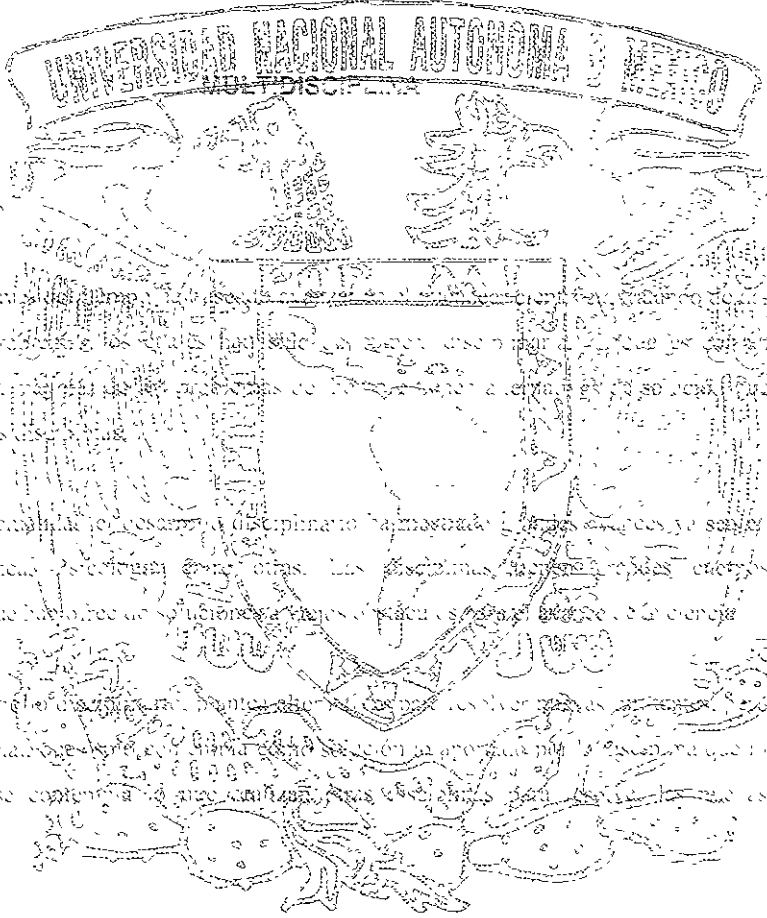
Los capítulos de los que consta la investigación se detallan a continuación:

- ◊ Multidisciplina se describe en los antecedentes de la investigación, las disciplinas que intervienen en el estudio y se detallan a continuación.
- ◊ Diabetes Mellitus tipo 2 se describe sus antecedentes, un conocimiento más amplio de la medicina también la historia del tratamiento que se ha ido implementando para que el paciente controlado sea el más adecuado.
- ◊ Fundamentos de la intervención terapéutica familiar se muestra la relevancia de una intervención familiar en la atención con diabetes, es una intervención que permite la comprensión de la enfermedad y el control de la misma.
- ◊ El trabajo de campo se describe en el capítulo de metodología donde se explica la forma en que se integra lo presentado en los capítulos anteriores.
- ◊ Intervención Terapéutica Familiar aquí se presenta la forma en que se emplea la estrategia de intervención en la atención a pacientes con diabetes.
- ◊ Método, se presenta la forma en que se llevó a cabo la investigación.

Resultados de la intervención terapéutica familiar. Estudio Multidisciplinario de Caso, se presenta el uso práctico de la Intervención Terapéutica Familiar en una pareja de pacientes con diabetes, además de mostrar la manera en que se dio la intervención.

➤ Conclusión: La opinión acerca de lo que se presentó en la sesión, así como también se trata a la misma.





ANUNCIO EN

El Consejo de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su sesión ordinaria de fecha 15 de febrero de 1960, resolvió, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México, emitir el presente Reglamento de la Comisión de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la actualidad el Consejo de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México, integrado por el Rector, el Secretario de la Universidad y el Director de la Facultad de Medicina, tiene a su cargo la función de resolver los casos de disciplina de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Consejo de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su sesión ordinaria de fecha 15 de febrero de 1960, resolvió, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México, emitir el presente Reglamento de la Comisión de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Consejo de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su sesión ordinaria de fecha 15 de febrero de 1960, resolvió, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México, emitir el presente Reglamento de la Comisión de Disciplina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El óvulo de factores de la población, como nivel socioeconómico, hábitos, valores y creencias entre otros ha producido la explicación disciplinaria o unicasal del desequilibrio del organismo. Sin embargo el equilibrio del organismo depende de la interacción de múltiples factores. Lo anterior nos sugiere que el saber no debe ser dividido, sino que debe ser integrado (Cardoso, Fierbica, Moreira y Cruz (1996)).

Según Rico (1996) se parte del supuesto que si los problemas sociales, económicos o ecológicos se generan a través de la combinación de varios factores, pues será el concurso de varias disciplinas lo que permita resolverlos.

Lo mencionado propone buscar paradigmas que ofrezcan nuevas posibilidades de atención más global a la problemática del hombre para dejar atrás las soluciones fragmentadas, una opción es la Multidisciplina, que pretende dar una visión global del hombre, y por lo tanto brindar una mejor atención a este.

Mediante el modelo multidisciplinario, se pretende rebasar las explicaciones parciales o exclusivamente disciplinares que son utilizadas para abordar la problemática del hombre.

La Multidisciplina ha sido el paradigma deseado, sobre todo en el campo de la salud, pero a través de los años no ha podido ser consecuida. Según Cardoso (1996: 9), en México se han planteado diversos proyectos en el área de la salud para la consecución de la práctica multidisciplinaria. A saber:

Uno es el plan A-36 de la facultad de medicina (1974), que buscaba la resolución por parte del alumno de problemas complejos, pero estos alumnos se integraron al campo de trabajo de igual manera que los egresados del plan tradicional.

"El plan A-36 pretendió formar médicos generales en el ámbito de la atención primaria a la salud... se dio a la formación del médico un enfoque social y biológico orientado a la práctica social preventiva y comunitaria de la Medicina." (Cardoso, 1996, 10)

Otro intento es el de la UAM Xochimilco en 1974 que pretendía la enseñanza del conocimiento de distintas disciplinas para abordar problemas reales, pero no se equilibraron los contenidos técnicos, metodológicos y teóricos.

En la UAM Xochimilco "Se propuso un currículum que no estuviera fundamentado en la enseñanza de materias, sustituyéndolo por una visión fundamentada en la enseñanza del conocimiento requerido proveniente de distintas disciplinas para abordar objetos de conocimiento planteados en los problemáticas de la realidad" (Marm, 1993, 79).

Un intento más es el realizado por la otrora ENEP Zaragoza, en Biología en 1976 y Psicología en 1979 que busca formar estudiantes de manera interdisciplinaria y a la vez se busca la comprensión de otra disciplina, pero no se ha podido concretar el trabajo multidisciplinario (Cardoso, 1996, 9).

La Multidisciplina se ha intentado desarrollar por diversas instituciones y personas, pero desafortunadamente no ha podido ser cristalizada, pues presenta una serie de obstáculos teóricos y prácticos.

OBSTACULOS

La cristalización de un producto multidisciplinario ha sido confusa hasta nuestros días debido a una serie de obstáculos a mencionar enseguida.

La Multidisciplina ha sido un concepto manjado por diversos autores, quienes lo ofrecen de acuerdo a sus visiones personales, lo que ocasiona una gran variedad de

definiciones las cuales son diferentes, lo que complica la comprensión de Multidisciplina y genera una práctica diferenciada de esta.

Por otro lado, hay autores que conceptualizan Multidisciplina como lo que se genera y otros lo hacen a la inversa (Cardoso, 1996).

Según Cardoso (1996) hay dos aspectos que afectan la práctica multidisciplinaria:

1. La carencia de una educación de multidisciplina aceptada por consenso que especifique los indicadores que señalen cuál y cómo se debería ejercer esta práctica.
2. La formación profesional de los estudiantes en el área de la salud se construye predominantemente sobre el desarrollo de un pensamiento de tipo unidisciplinario promovido por el manejo del modelo científico que determina que preferencialmente frente a esta área se comprenda, explique y resuelva exclusivamente desde una perspectiva profesional.

Además la multidisciplinaria no ha podido concretarse, probablemente por diversos aspectos como:

1. El ejercicio profesional en el área de la salud se construye primordialmente sobre la errada conceptualización de multidisciplinaria e interdisciplina.
2. Los términos de multidisciplinaria e interdisciplina generan confusión porque son manejadas indistintamente.
3. Como consecuencia de esa errada conceptualización y de ese manejo indiferenciado se obtiene una gran variedad de programas multidisciplinarios, cada uno con su respectiva forma de instrumentar la práctica multidisciplinaria (Cardoso, Figueroa, Moreno y Pérez, 1996, 90).

Para Cardoso (1996, 15 - 17) existen dos grupos de definidores de Multidisciplina que en consecuencia propician el ejercicio multidisciplinario de forma diferente.

Las definiciones que promueven la acción desarticulada de las disciplinas y sus definiciones e interrelación. Mediante el consenso con el agrandamiento de campo de las disciplinas y la de interrelación.

a) Las definiciones que promueven acciones articuladas de las disciplinas y sus definiciones que se articulan como lo que en conjunto de varias disciplinas, donde es importante la explicación del problema como las acciones coordinadas para resolverlo.

Los obstáculos mencionados son los que para que la multidisciplinaria sea unificadora y beneficiosa de consolidar pues ponen en orden de la falta de un concepto de multidisciplinaria que oriente el camino. La respuesta sugiere la necesidad de romper la barrera disciplinaria, tanto en la teoría como en la práctica.

RESPUESTAS A LOS PREGUNTAS

La cristalización de un procedimiento disciplinario se ha enfrentado a los obstáculos mencionados.

La respuesta a los obstáculos que hacen confuso el desarrollo multidisciplinario puede ser resultado de la práctica de las Unidades Multidisciplinarias o las ENEP y FES. Estos profesionales tienen el objetivo de encontrar una definición que oriente la práctica multidisciplinaria.

En 1996 se construyó una definición de consenso de varios profesionales de la UNAM. Mediante esta definición se pretende orientar el desarrollo de programas que promuevan un pensamiento y actuar multidisciplinarios, lo que sería materializado en la creación de un equipo de trabajo multidisciplinario, el cual se abocaría a desarrollar la teoría y la práctica sobre algún problema.

Frente a una gran confusión de conceptos y con la importancia de una definición que oriente la práctica multidisciplinaria, en 1996 se realizó el taller "Construcción de una Definición Conceptual de Multidisciplina", conformado por académicos de las Unidades Multidisciplinarias de la UNAM: Cuautitlán, Acatlán, Aragón, Iztacala y Zaragoza (Cardoso, 1996)

Definición

En el taller "Construcción de una Definición Conceptual de Multidisciplina", se construyeron las siguientes definiciones con el propósito de hacer una propuesta institucional que dirima dicha confusión (Cardoso, 1996).

1. *Multiprofesional*. Actividad coordinada de diferentes profesionales para la atención y solución de un problema específico".
2. *Multidisciplina*. Interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación, una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva".
3. *Interdisciplina*. Proceso de conformación de un nuevo teórico disciplinario con objeto de estudio y metodología propios generado a partir de la fusión de dos o más disciplinas".

Estas definiciones permiten que los proyectos, líneas de trabajo, artículos y toda la información e investigación que se desarrolle en las Unidades Multidisciplinarias se encuadren en una concepción multidisciplinaria que no se preste a diferentes interpretaciones.

Modelo de Atención Multidisciplinaria.

En la UMAI Tamaulipas se propone *Un Modelo De La Práctica Multidisciplinaria En El Área De La Salud*, el cual para Cardoso (1996, 49 -- 50), sería el siguiente

- a) El ejercicio profesional Multidisciplinario, debe ser sustentado bajo una concepción de Multidisciplina la cual sea aceptada por convicción y por consenso, la cual brinde indicadores claros y objetivos sobre cómo ejercer esta práctica.
- b) La Multidisciplina es un proceso que permite solucionar integralmente un problema. Se construye desde la explicación coligada de las diferentes disciplinas que intervienen y en función de esta perspectiva se generan estrategias comunes de intervención en las cuales la participación es organizada y concertada.
- c) Para realizar la práctica multidisciplinaria es necesario integrar un grupo de profesionales de diferentes áreas. Es conveniente que los integrantes del equipo Multidisciplinario reciban una capacitación para la construcción de alternativas multidisciplinarias en la atención de la salud.
- d) Para comprender y explicar un problema de manera multidisciplinaria es necesario crear un marco conceptual Multidisciplinario que integre las teorías de cada una de las disciplinas participantes y que a la vez oriente la creación de estrategias comunes de solución al problema.

El modelo de atención multidisciplinaria ofrece.

- ♦ La vinculación de varias disciplinas con el fin de integrar "los conocimientos de las disciplinas participantes" (Cardoso, 1996, 99). Con esto se propicia "la comprensión y explicación homogénea del problema en turno, lo que a su vez servirá de cimiento para la construcción de estrategias de intervención organizadas y concertadas para la solución del problema" (Cardoso, 1996, 99)
- ♦ Favorece el desarrollo disciplinario pues ante la "ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva disciplinaria ante un problema en turno, se propicia la problematización que, mediante la investigación, permite la posibilidad de superación disciplinaria" (Cardoso, 1996, 99).
- ♦ Ofrece respuestas por parte de una disciplina a las lagunas explicativas de otra.

La relevancia del modelo Multidisciplinario para la formación profesional, es esencialmente la de ofrecer una visión más amplia acerca de los problemas de salud y sociales, pues el que una disciplina trate un problema sin el conocimiento o apoyo de otras disciplinas, es imprecisa por que las otras disciplinas de ser tomadas en cuenta aportan más información y de esta manera optimizan el trabajo disciplinario.

Como se podrá ver tanto la FES Zaragoza (Plan Prospectivo de Desarrollo Estratégico 1994-2000, (PPDA-1994-2000), (1994), como la UMAI Tamulipas, persiguen el desarrollo de la multidisciplinaria la cual es un objetivo que en los últimos años ha generado el interés de muchas personas, las cuales han buscado alternativas que permitan ver un panorama claro para la consecución multidisciplinaria.

La forma de trabajo Multidisciplinario es una alternativa viable para cualquier problemática, pues no describe los problemas de una manera segmentaria y con soluciones parciales, sino avanza más y propone abordar los problemas de una manera global, y con expectativas de solución más amplias.

De lo que se trata es de buscar concordancias y obstáculos disciplinares que aumenten el trabajo multidisciplinario y de esta manera evitar conflictos que en vez de lograr una integración disciplinaria que propicie la multidisciplinaria obstaculiza y aparta.

El ejercicio Multidisciplinario como un proceso que permite solucionar de forma integral un problema desde la comprensión y explicación armónica de diferentes disciplinas, permite elaborar una propuesta de integración que se conjuga en un proyecto para dar atención al paciente diabético.

En la UMAI Tamulipas el modelo Multidisciplinario descrito se implementa para atender a la población que asiste a consulta y presenta Diabetes Mellitus tipo II, esto mediante la integración de diversas disciplinas, promoviendo una intervención más

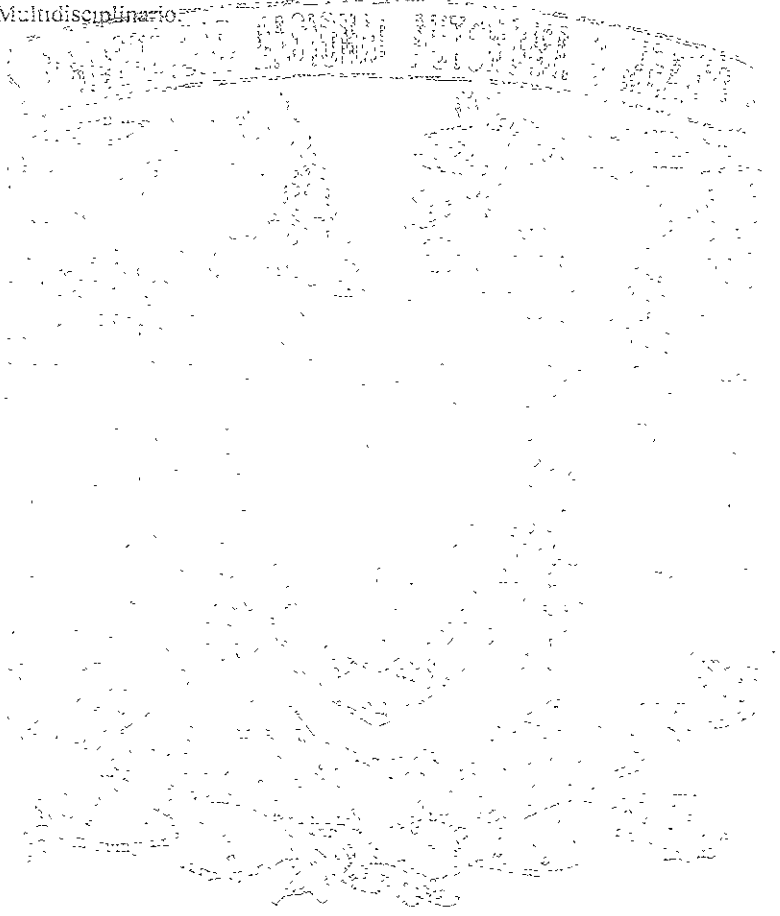
con todo estas disciplinas en busca de encontrar llevar a la práctica el modelo Multidisciplinario

Las disciplinas contempladas para concretizar la práctica multidisciplinaria en el problema de diabetes son Medicina, Odontología, Enfermería y Psicología. De esta manera integran un equipo Multidisciplinario que desarrolla una atención concertada en el problema de la diabetes.

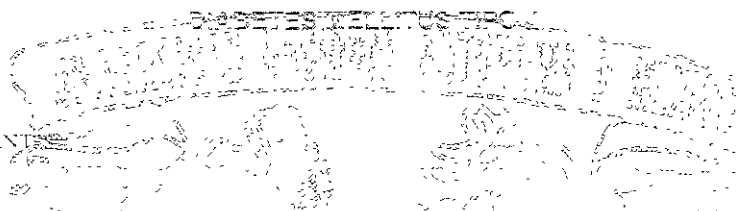
El atender la diabetes se hace con base en:

- ♦ Que en México, "Para el año de 1995, se tenían registrados más de 10 millones de casos, siendo la cuarta causa de mortalidad actual en el país (después de enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y accidentes); tan solo en un año (1995) se han cobrado 33 mil muertes" (Grupo de Información y Prevención Contra Diabetes Mellitus (G.I.P.DIM), 1997, pág. web)
- ♦ También "La Diabetes Mellitus es el noveno motivo de consulta en la población económicamente activa, además de ser la primera causa de amputación en México. La retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en nuestro país" (GIPDIM 1997).
- ♦ En México en 1995 había 3.5 millones de adultos con diabetes y para el año 2025 se estima que habrá 11.7 millones de adultos con diabetes (World Health Report, 1997, pag. web).
- ♦ La diabetes es el tercer problema de salud a nivel mundial (World Health Report, 1997, pag. web).
- ♦ En 1995 había 136 millones de adultos con diabetes a nivel mundial y para el año 2025 se estima que habrá 300 millones de adultos con diabetes (World Health Report, 1997, pag. web).
- ♦ En la UMAI Tamaulipas las carreras de Odontología y Psicología contemplan en sus programas curriculares la atención a la comunidad.
- ♦ Las carreras de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología tienen la opción de prestar su servicio social en la UMAI Tamaulipas.

- ◊ La concurrencia de las carreras mencionadas posibilita la integración de un equipo para la práctica multidisciplinaria. Debido a que la atención que brindan no es sobre problemas específicos, sino se pueden tratar diversos problemas, entre ellos el de la diabetes.
- ◊ El control que tenga en el presente y futuro el paciente diabético es de gran importancia y una manera efectiva de llegar a ese control, es mediante el modelo Multidisciplinario.



CAPITULO II



ANTICO DIABETES

La primera descripción de la enfermedad se encuentra en el papiro de Ebers, en Egipto. En 500 a. C. Arucos y Celso, médicos de los romanos años más tarde, le dieron el nombre de *melitex*, definiéndolo como "enfermedad en que el dulce de los riñones se desajusta y se va por la orina". En 1175, Thomas W. la describió, por medio del sabor, el contenido de glucosa en la orina, y le asignó el nombre de *Melitus*. Langenhans descubrió en el páncreas los islotes que más tarde recibieron su nombre. En 1889, Mering y Minkowsky reprodujeron el cuadro clínico de la enfermedad al extirpar el páncreas a perros normales (Malacara, 1997).

En 1921, Banting y Best demostraron las propiedades hipoglucémicas de extractos pancreáticos total, y aislaron la insulina, iniciándose una nueva era en la terapéutica e investigación de esta enfermedad (Malacara, 1997).

Hasta el decenio de 1950 se consideró que la Diabetes Mellitus era un padecimiento ocasionado por una deficiencia en la producción de insulina (Malacara, 1997).

Los métodos de laboratorio desarrollados para medir la actividad biológica de la insulina en el plasma demostraron que un alto porcentaje de diabéticos tenía, no sólo

... otros normales de la vida diaria, sino que en algunos casos eran mayores que en los sujetos normales (Maizaca, 1997).

A partir de 1956, Berson y Nallow introdujeron la técnica inmunológica de cuantificación plasmática de la hormona, con lo que se confirmó que efectivamente el paciente diabético tiene insulina circulante (Maizaca, 1997).

En la actualidad, se considera que el déficit primario de la enfermedad parece radicar en un retraso y una reducción en la magnitud de las insulina secretada en respuesta a un estímulo dado. Este por sí solo, forma parte de innumerables hipótesis sobre la patogenia del padecimiento, la cual no ha sido aclarada en su totalidad (Maizaca, 1997).

DEFINICIÓN

La Norma Oficial Mexicana (NOM) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria ofrece la siguiente definición de diabetes:

"La diabetes mellitus comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de curso desconocido con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan el metabolismo normal de los lípidos de carbono, proteínas y grasas que se relacionan fisiológicamente con una deficiencia en la cantidad o actividad de secreción o en la acción de insulina. Estos defectos van en consecuencia en elevar el nivel de la glucemia después de cargas estándar de glucosa, tanto en ayunas como en la mezcla descompensación de la secreción de insulina" (Norma Oficial Mexicana NOM-149/1996, 2.1).

El equipo multidisciplinario integrado en la UMAI Tamáhuipás para trabajar en el problema de Diabetes Mellitus tipo II (DMII), ofrece una definición de diabetes, que toma en cuenta tanto aspectos sociales, físicos y psicológicos de la persona con diabetes, la definición es la siguiente:

"Es una enfermedad metabólica crónica, degenerativa, multifactorial caracterizada por un aumento de los niveles de glucosa sanguínea secundaria a deficiencia en la calidad y/o cantidad de la insulina en forma continua transcurrido clínicamente por el síndrome de poluria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso que tiene una gran trascendencia bio-psico-social ya que afecta sistemáticamente a todo el organismo repercutiendo recíprocamente en los hábitos de conducta y las relaciones interpersonales" (UMAI Tamáhuipás documento interno 1996, 2-3)

CAUSAS DE LA DIABETES

El Grupo de Información y Prevención Contra Diabetes Mellitus (GIPD/M, 1997), menciona que la diabetes surge por muchas causas no totalmente aclaradas, pero en principio se pueden agrupar en:

1. Causas predisponentes: la herencia juega un papel destacado en el desarrollo de la enfermedad.
2. Causas desencadenantes: la presencia de múltiples agresiones internas y externas al cuerpo humano a lo largo de la vida, tales como virus, obesidad, etc., pueden desencadenar la aparición de diabetes en personas predispuestas por la herencia.

En último término, la acción conjunta de las dos causas va a contribuir a reducir de determinado momento el fracaso de la producción y acción de la insulina, con la consecuente elevación de la glucosa en sangre.

CLASIFICACIÓN

El criterio de clasificación actual de Diabetes Mellitus, propuesto por la National Diabetes Data Group (NDDG), y aceptado por la OMS y diversos organismos internacionales la divide en

Diabetes Mellitus Insulino Dependiente De Tipo I o Juvenil

“Estos pacientes dependen de la administración de insulina para evitar el desarrollo de cetoacidosis y para mantenerse vivos. Es posible que en la historia exista algún periodo no dependiente de insulina. En la mayor parte de esta clase, la diabetes empieza en la juventud pero puede aparecer a cualquier edad. Característicamente existe insulinoopenia y al tiempo del diagnóstico frecuentemente se encuentran anticuerpos anti-insulina” (Malacara, 1997, 488).

Diabetes Mellitus Secundaria de Tipo 2 de Adulto

"Por lo general se trata de personas que no requieren insulina, que no se describen como obesos, aun cuando en ocasiones el tratamiento insulínico puede ser necesario en la reacción de hiperglucemia que no ha respondido a otros tratamientos. Se trata de personas con antecedentes, sobre todo cuando se asocia hipertensión arterial, de niveles séricos de insulina pueden estar normales, elevados o bajos. En la mayoría de los pacientes el padecimiento se inicia después de los 40 años, pero puede ocurrir a cualquier edad. Del 60 al 90% son obesos, en estos la intolerancia a la glucosa mejora con la pérdida de peso. La resistencia a la acción de insulina es característica de algunos de estos pacientes" (Malacara, 1997, 488 - 489).

Diabetes Mellitus Secundaria

"En esta subclase se incluyen diferentes tipos y variedades de diabetes en las cuales su etiología es conocida. Las más frecuentes son diabetes por enfermedad pancreática, alteraciones hormonales como en acromegalia, síndrome de cushing, aldosteronismo, feocromocitoma, inducción por drogas o sustancias químicas (esteroides, tiacidas, aloxan, estreptozotocina); anomalías en los receptores de insulina, alteraciones genéticas" (Malacara, 1997, 489).

Intolerancia a la Glucosa Anormal

"Los valores encontrados para la glucosa están entre los normales y los definitivamente diagnósticos de diabetes. Aunque unos estudios han mostrado una prevalencia mayor de lesiones arterioscleróticas en este grupo, no se ha podido deslindar su influencia del de factores de riesgo conocidos como hipertensión, hiperlipemia, obesidad. No se observan complicaciones serias y sintomáticas de diabetes en este grupo" (Malacara, 1997, 489).

Diabetes Gestacional o del Embarazo

"La intolerancia a la glucosa debe iniciarse con el embarazo para clasificarla como diabetes gestacional. Una diabética del tipo I y II, o con intolerancia a la glucosa anormal, que se embaraza, no queda comprendida en este grupo" (Malacara, 1997, 489).

"Los pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones por tanto es el riesgo de desarrollo de diabetes 5 a 10 años después del parto este aumentando" (Malacara, 1997,

Anormalidad Potencial de Tolerancia a la Glucosa

"Personas en las que nunca se ha demostrado intolerancia a la glucosa pero que tienen factores de riesgo que las hacen candidatas a desarrollarla" (Malacara, 1997, 490).

Anormalidad Previa de la Tolerancia a la Glucosa

"Tolerancia anormal inducida por medicamentos, diabetes gestacional después del parto. Obesos que pierden peso" (Malacara, 1997, 490).

Para el presente trabajo sólo se trabajara con pacientes con diabetes tipo II.

FORMA DE TRATAMIENTO

Los métodos más comunes que se utilizan para controlar la diabetes mellitus tipo II son los siguientes:

Educación

"La educación es el medio más importante para el cuidado de la diabetes. Significa aprender a cuidar su diabetes. La educación le proporciona habilidad para usar los otros medios" (Lilly, 1994, 5).

Planificación de las Comidas o Dieta

"La planificación de las comidas debe convertirse en una parte importante de su tratamiento. La planificación de la alimentación cuando uno tiene diabetes incluye" (Lilly, 1994, 7):

- ◆ Escoger alimentos sanos
- ◆ Comer la cantidad adecuada de alimentos

• Controlar los niveles de azúcar.

• Escoger un tipo de actividad física y hacerla con regularidad.

• 1000

“El ejercicio puede ser tan simple como caminar más a menudo. Hacer ejercicios con regularidad puede ayudarte a” (Lilly) (10)

- ◊ Controlar y bajar la cantidad de azúcar en la sangre. Cuando se hacen ejercicios físicos, el azúcar en la sangre disminuye.
- ◊ Controlar su peso quemando las calorías y la grasa.
- ◊ Mejorar su estado de salud en general. Hacer ejercicios con regularidad mejora la circulación y la presión sanguínea, así igual que fortalece el corazón y los pulmones.
- ◊ El sentirse mejor física y emocionalmente. Hacer ejercicios con regularidad aumenta sus energías. También le ayuda a sentirse mejor y a controlar la tensión.

Es mejor escoger un tipo de ejercicio que sea adecuado y que pueda disfrutar. Sus preferencias y su nivel actual de actividad son muy importantes a la hora de escoger la actividad adecuada (Lilly).

Medicamentos

“La mayoría de las personas con diabetes usan insulina o agentes hipoglucémicos orales (ABO). A los ABO se les llama también pastillas para la diabetes. Un pequeño número de personas usa insulina y también pastillas para la diabetes” (Lilly) (11).

“Las personas con diabetes tipo II pueden producir su propia insulina, pero no pueden usarla bien. Pueden sobrevivir sin inyectarse insulina, pero a menudo su uso les ayuda a mantener el azúcar más cerca de lo normal y a sentirse mejor. Alrededor del 40% (4 de cada 10) de las personas con diabetes tipo II se inyectan insulina” (Lilly).

"Sólo las personas con diabetes que toman insulina como pastillas para la diabetes. Estas medicinas también se llaman medicamentos orales" (Lilly, 15).

"Los medicamentos hipoglucémiantes orales son medicamentos que las personas con diabetes que no pueden tomar directamente por la boca para bajar el nivel de azúcar en sangre" (Lilly).

Pruebas de la Diabetes

La prueba glucémica capilar (dextrostix) que es un método para comprobar el nivel de glucosa en sangre. También se puede utilizar un medidor el cual permite determinar con más exactitud el nivel de azúcar en la sangre" (Lilly 16)

"La prueba de hemoglobina glucosilada indica si ha controlado bien su diabetes durante los últimos 2 o 3 meses" (Lilly, 17)

El criterio para diagnosticar diabetes es el tener una glicemia basal ≥ 140 mg/dl (Metz y Lison, 1987, 236)

OBSTACULOS PARA SU CONTROL

La diabetes es una de las enfermedades con mayor incidencia en la población mexicana, lo es debido por lo que la intervención que se siga para su control debe ser permanente y a su vez demanda una participación importante por parte del paciente con diabetes y de su familia.

Con los avances actuales en torno a la enfermedad y su tratamiento, se sabe que esta puede controlarse retardando la aparición de las complicaciones de forma que el paciente pueda desarrollar una vida satisfactoria (Aívarez, 1991).

El paciente con diabetes cuenta con los elementos para controlar su padecimiento, pero comúnmente surge la interrogante de que si el paciente cuenta con todo para controlar su enfermedad. „por qué no logra estar en los niveles normales de glucosa en sangre“

Uno de los principales obstáculos a¹ que se enfrenta el paciente con diabetes es la falta de adhesión al tratamiento médico, esto lleva a buscar por que el paciente no sigue las prescripciones médicas, las respuestas a estas interrogantes son varias y se exponen a continuación.

La adherencia no es algo sencillo por que el tratamiento comprende varios elementos (dieta, ejercicios, medicamentos, toma de niveles de glucosa, etc.) que a su vez se ven afectados por las interrelaciones de diversos factores personales y ambientales. Como el paciente diabético debe asumir un papel vital, muchas veces complejo en su propia ciudad y además, debe llevar a cabo cambios significativos en sus hábitos, por lo tanto la adherencia al tratamiento es un problema. Conduce a un estado de la intervención psicológica" (González y Ramírez, 1996, 100 - 101).

Las autoras arriba citadas consideran que el problema para la adhesión al tratamiento presenta un obstáculo conductual, el cual es el siguiente: el paciente al enfrentarse a las prescripciones médicas observa gratificaciones a largo plazo, a cambio de privaciones desagradables a corto plazo (González y Ramírez, 1996).

Con base en lo anterior se observa que el camino más fácil del paciente con diabetes es el tener gratificaciones a corto plazo como lo sería el no cambiar su dieta, y padecer complicaciones graves a largo plazo como ceguera (González y Ramírez, 1996).

Además de lo mencionado, se sugiere que otro obstáculo en la adhesión al tratamiento y control del paciente con diabetes es la familia, por lo que se propone que para mejorar la adhesión al tratamiento se cuente con "una intervención más exhaustiva con la familia del diabético para modificar el aspecto fundamental que a todos los pacientes parece afectar y es la diferencia de los hábitos alimenticios familiares y la dieta diabética" (González y Ramírez, 1996, 120).

Para estas investigadoras es necesario educar a la familia en los hábitos alimenticios adecuados a un paciente diabético y mejorar las relaciones familiares lo cual disminuirá las tensiones emocionales (González y Ramírez, 1996)

En el tratamiento a personas con diabetes, la atención por lo general es centrada al paciente el cual no responde satisfactoriamente a las demandas del médico, enfermera, u odontólogo, quienes reportan la falta de control de éste, aunque cuenta con los elementos aportados por ellos para lograrlo.

Una explicación a la situación planteada es ofrecida por Weinstein, médico asistente de la clínica médica Wilmington en Delaware, (Papp, 1994) quien menciona que la práctica eficaz de la medicina se apoya en tres capacidades básicas:

- ◊ La competencia para reconocer enfermedades específicas.
- ◊ La facultad de suministrar modos efectivos de tratamiento para la enfermedad en cuestión.
- ◊ La aptitud para ayudar al paciente a cumplir las indicaciones efectuadas.

Si bien los dos primeros son eficazmente indicados en las facultades de medicina el tercero con frecuencia se descuida y a veces ni siquiera se lo aborda. En muchas ocasiones el síntoma de un paciente persiste a pesar de que el diagnóstico y las opciones terapéuticas sean acertados. Los pacientes no mejoran debido a una diversidad de factores. Algunos pueden no reconocer que están enfermos. Otros prefieren no tomar remedios por que no les creen, confían en que tienen que producirse complicaciones de dependencia, por que dudan de su eficacia, puede en career de recursos para adquirirlos. También hay personas que prefieren seguir estando enfermas debido a los beneficios secundarios que derivan de su estado. En otros casos los médicos son incapaces de prescribir eficazmente el tratamiento más apropiado para mejorar la salud del paciente. (Papp, 1994, 137)

La tercera capacidad, que es la aptitud para ayudar al paciente a cumplir las indicaciones de los profesionales de la salud puede ser resuelta mediante la participación de la familia en el tratamiento. Ya que la familia de un paciente con diabetes no es tomada en cuenta para resolver los problemas de control de la diabetes en el tratamiento médico, de enfermería, u odontológico.

La razón de la necesidad de la familia en el tratamiento puede ser que "un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud. la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes" (UMAJ Tamaulipas, 1996).

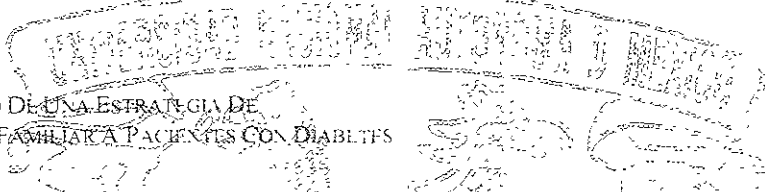
Por lo tanto la buena salud de un paciente con diabetes no sólo depende de él mismo, sino que la participación de los familiares puede ser importante.

Por lo que la manera que la familia del paciente con diabetes puede participar en el tratamiento es, primero mediante la asistencia a una sesión terapéutica previa, que no es más que una invitación a charlar acerca de la diabetes. Aquí participan un equipo multidisciplinario dentro del cual se encuentra el terapeuta, y la familia, donde se encuentra el paciente. Donde los dos sistemas intercambian información acerca de la enfermedad y de como esta repercute en el ambiente familiar. Y segundo si el sistema familia lo decide se realiza la intervención terapéutica familiar.

Es decir, los niveles altos de glucosa en sangre del paciente son parte de una relación recursiva con los demás que es la familia del diabético, donde esta última juega un papel fundamental en el control de los niveles altos de glucosa. Esto último es el que se pretende abordar en la presente tesis mediante una Intervención Terapéutica Familiar.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA FAMILIAR



NECESIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCION FAMILIAR A PACIENTES CON DIABETES

En la diabetes, como en las demás enfermedades crónicas "intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo, en tanto totalidad psicofísica, y al entorno familiar" (Robles, Jenkins y Fernández, 1987, 15).

Se ha puesto de manifiesto que la participación de la familia en el tratamiento del paciente con diabetes es importante, por ejemplo en el área de psicología individual, donde se han desarrollado investigaciones que buscan responder al problema de control del paciente con diabetes, con la finalidad de aportar alternativas psicológicas que ayuden a un mejor control de dicha enfermedad.

Una es la realizada por González y Ramírez (1996) cuya finalidad fue implementar un programa de educación e intervención conductual cognoscitiva para incrementar la adhesión a los cuatro componentes básicos del tratamiento de la diabetes tipo II: dieta, ejercicios, toma de medicamentos y medición de los niveles de glucemia. Llegaron a conclusiones importantes como el mejorar significativamente en por lo menos de tres componentes del tratamiento.

También sugieren que para mejorar la adhesión al tratamiento se cuente con "una intervención más exhaustiva con la familia del diabético para modificar el aspecto

fundamental' que a todos los pacientes parece afectar y es la diferencia de los hábitos alimenticios familiares y la meta diabética" (González y Ramirez, 1996, 120)

Lo anterior sugiere que la atención individual no es suficiente para la solución de las demandas del médico, enfermera y odontólogo.

En esta misma línea de reflexión la empresa de Eli Lilly and Company (1994, 19) menciona que "el primer paso para enfrentarse a la diabetes con éxito es la aceptación. Cuando usted es capaz de aceptar que tiene diabetes y decirselo a sus amigos y familiares, ha dado el primer paso para vivir sin preocupaciones. Las personas que están a su alrededor necesitan saber lo que pasa para poder darle el apoyo que usted necesita. La ayuda y el apoyo de familiares y amigos hace más fácil el tratamiento de la diabetes".

Otra idea que apoya el tratamiento a la familia del paciente con diabetes es la presentada por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC, 1998), que menciona que "Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar *apoyo* a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad". Además comentan que

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus con su evolución de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis alterada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez a la familia enferma (SAMFYC 1998)

Por otro lado, aunque se han realizado estudios relacionados a la influencia de la familia sobre el control de la Diabetes Mellitus, no se ha considerado la intervención terapéutica con la familia para solucionar este problema. Por ejemplo

Una investigación realizada para "determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en diabéticos no insulino dependientes" (Rodríguez y Guerrero, 1997, pág. web), determinó a través del "cuestionario Environmental Barriers to Adherence Scales, que estima el apoyo otorgado para que el paciente siga las indicaciones terapéuticas" (Rodríguez y Guerrero, 1997). Concluyeron que "el apoyo familiar que reciben los enfermos influye en el control de la glucemia" (Rodríguez y Guerrero, 1997)

Otra investigación familiar se enfocó a observar las características estructurales en diabéticos tipo I (Guerrero, 1995), el objetivo era investigar la forma en qué estaba funcionando la familia. Se encontró que en las familias funcionales la diabetes era una situación compartida, donde los padres estaban más involucrados, especialmente la madre

En las familias disfuncionales completas la diabetes provocó agravamiento de los conflictos conyugales y en las familias disfuncionales incompletas las madres tenían dificultades para asumir el rol de jefe de familia. En ambas se observó rivalidad entre hermanos por la centralidad del chico con diabetes y la acentuación de la jerarquía de los hermanos sobre el paciente con diabetes (Guerrero, 1995)

Una investigación más a mencionar es la que observa la forma en que interactúan algunas variables asociadas al impacto de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, en el sistema familiar, además de la organización de la familia (de la O Chavez, 1994). La investigación se refiere en su mayoría a pacientes con complicaciones. Encontraron que las familias que muestran disfunción severa en un área, es muy probable que encuentren disfunción en el resto de las otras áreas. Lo mismo sucede si hay un área funcional

También se menciona que las familias desean ser acompañadas, apoyadas y comprendidas en la etapa en que se manifiestan las complicaciones del paciente crónico (de la O. Chavez, 1994)

Finalmente cabe mencionar que la terapia como dice Donald A Bloch (Papp, 1994) ha lidiado con ciertas ambigüedades de los pacientes las cuales son:

- ♦ Las personas parecen aferrarse precisamente a aquellas conductas que las incapacitan y las hacen sufrir.
- ♦ Las personas hacen cosas que parecen no tener ningún sentido: buscan la ayuda de profesionales capacitados para modificar esas conductas y sin embargo parecen empeñarse en frustrar activamente los esfuerzos de éstos.

Lo anterior se manifiesta de la siguiente manera en un paciente con diabetes:

- ♦ En el paciente con diabetes esto se manifiesta en no respetar una dieta, ejercicios, etc. y tienden a depender de por vida de medicamentos, en vez de buscar el control sin estos.
- ♦ En el paciente con diabetes es el no seguir las prescripciones de los profesionales de la salud.

Con base en lo anterior, la presente investigación se considera importante dado que, "los límites de la salud individual están sometidos al control de la salud del contexto inmediato de los individuos: sus familias" (Keenev, 1994, 157) y se avanza presentando una propuesta de intervención para el control de la diabetes, dejando atrás el sólo describir el problema

Es así que se interviene en el problema de la diabetes por un lado desde una perspectiva multidisciplinaria (Medicina, Odontología y Enfermería entre otras) en el ámbito individual, y por otro lado desde la perspectiva familiar, considerando esto último como algo escasamente trabajado y por lo cual se propone una Intervención Terapéutica Familiar, que toma de la Terapia Familiar, su forma de intervención

Con la Intervención Terapéutica Familiar se responde a una serie de problemas que en el ámbito familiar no ayudan al paciente con diabetes para que logre controlar su enfermedad. Adema coadyuva a las otras disciplinas que conforman el equipo multidisciplinario para que realicen óptimamente su intervención en el mismo paciente.

FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA ESTRATEGIA

“Una investigación llega a ser ciencia cuando en ella se han construido teorías. Los datos, los problemas, las hipótesis y las leyes sueltas no constituyen una ciencia. Se podría decir que las teorías son para la ciencia lo que la espina dorsal para los vertebrados” (Yurén Camarena, 1992, 33).

“Toda práctica terapéutica tiene su fundamento en una teoría. Y toda teoría descansa en una epistemología, se entiende por epistemología las reglas que organizan el conocimiento. Esta epistemología debe ser explicitada de manera tal que a través de su comunicación se alcance un consenso” (Robles, Jenkins y Fernández, 1987, 21)

“Las teorías y las prácticas existentes son el producto del modo de ser de sus creadores, en relación con sus circunstancias. En otras palabras, son una construcción. Quizás, por lo tanto, lo esencial sería el preguntarse cuál es la más útil para abordar un determinado problema, en una situación específica” (Robles, Jenkins y Fernández, 1987, 21)

Por lo tanto “toda teoría es siempre un construcción mental; una construcción es mejor que otra si permite una mejor eficacia de la acción” (Wittezaele y Garcia, 1994, 280)

La importancia de tener una teoría que sustente las acciones prácticas es corregir el sesgo profesional en que incurre generalmente la práctica terapéutica psicológica

Los terapeutas suelen parecerse a un cocinero más interesado en los libros de recetas que en las teorías científicas sobre nutrición. Extendiendo esta analogía, podemos decir que por más que el cocinero aduzca que estas teorías nada tienen que ver con su arte culinario, lo cierto es que su elección de las recetas y sus métodos reflejarán determinadas premisas sobre la nutrición, así como sobre las reglas que rigen en la cocina. En este sentido, toda acción práctica corporiza ideas formales” (Keeney, 1994, 21)

Por lo mencionado, los apartados siguientes describen la base epistemológica (Epistemología Cibernética) que orienta la Intervención Terapéutica Familiar (escuela Estructural y de Palo Alto), propuesta como alternativa para intervenir en los factores familiares que influyen en la adherencia a las prescripciones terapéuticas recomendadas para el control de la diabetes

Epistemología Cibernética

La epistemología cibernética es un término empleado por Keeney (1994), pues de esta manera hay una conexión con una tradición intelectual que incluye a Ashby, Bateson, McCulloch, Matutana, Varela y Wiener, entre otros.

Un concepto importante es “epistemología que es más básica que cualquier otra teoría particular, y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. Por definición, la epistemología procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden el estudio de la epistemología nos lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición” (Keeney, 1994, 27).

Los elementos fundamentales de una epistemología aclaran la forma en que se construye nuestro mundo de experiencia. “En tal sentido, trazar una distinción, indicar una puntuación, marcar los órdenes de recurrencia y utilizar una doble descripción pueden considerarse herramientas de dicha construcción” (Keeney, 1994, 64)

La epistemología cibernética plantea básicamente que el observador participa en la construcción de lo observado (Keeney, 1994). En esta visión las personas se relacionan, desenvuelven y actúan en un sistema de interacción que va más allá del propio individuo. De esta forma un problema tiene una serie de respuestas interconectadas y relacionadas donde el cambio y la estabilidad no están separados.

“Desde este ángulo, el terapeuta forma parte o es una parte del ecosistema tratado por él, en lugar de ser un espectador, manipulador o comisionista de poder exterior al sistema. Sin embargo la presencia del terapeuta contribuye a determinar de que manera se organiza el sistema cibernético” (Keeney, 1994, 151).

Una idea básica de la cibernética es la de retroalimentación que Wiener define como “un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado” (Keeney, 1994, 83).

Para Keeney “para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado” (Keeney, 1994, 83). En el paciente diabético y su familia se busca que rescate información de su desempeño anterior, lo cual conducirá a que modifique su desempeño actual. De este modo “la epistemología cibernética nos suministra un modo de describir y construir pautas alternativas en la ecología de nuestra experiencia” (Keeney, 1994).

Lo importante de la epistemología cibernética es que conecta la conducta problema de una persona, con otras, de esta manera el problema y su solución dejan de ser individuales, para pasar a ser parte de un contexto más amplio que es el sistema familia. En si los problemas son tratados y conceptualizados por el terapeuta “como partes de una organización sistémica más abarcadora” (Keeney, 1985, 14).

“Si el sistema en su totalidad responde a una cierta lógica, principalmente si tiende hacia una norma de funcionamiento estable, es evidente que sólo se podrá comprender el

sentido del comportamiento de uno de sus elementos si lo situamos en el contexto del conjunto del que forma parte, por que esta controlado por el conjunto" (Wittezaele y García, 1994, 76)

Para la cibernética la familia es un sistema autónomo. "Como organismo social su orden más alto de proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad como ser familiar total. Enunciando esto de manera recursiva, podríamos decir que la familia se organiza a fin de mantener la organización que la mantiene como tal" (Keeney, 1994, 103).

Con lo anterior se observa "que ningún fragmento de lo que hacemos con un sistema autónomo entra jamás en él, más bien nuestra acción interactúa con la totalidad del sistema. Esto es otra manera de decir que nuestras interacciones no afectan una parte de un sistema sino su organización completa" (Keeney, 1994, 119).

De esta manera podemos decir que la acción terapéutica no entra en el sistema, sino como menciona Keeney (1994) es una perturbación al sistema, el cual debido a estas perturbaciones puede cambiar o modificar su forma de subsistir. El sistema familiar del paciente diabético, interactúa con el equipo multidisciplinario y más de cerca con el terapeuta, por que ellos así lo deciden. Ya en esta interacción el terapeuta interviene o perturba al sistema, a fin de ver que sucede con la familia y la salud de sus integrantes.

La epistemología cibernética concibe la comunicación múltiple en la intervención terapéutica. En si es la organización de sistemas de comunicación que se abordan mediante las demandas de cambio y estabilidad provenientes del sistema familiar. No se puede mencionar cambio sin connotar la estabilidad.

"Lo que especifica a un sistema cibernético es la complementariedad recursiva entre estabilidad y cambio. En consecuencia los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantiene estabilidad por medio de procesos de cambio" (Keeney, 1985, 61).

La aplicación clínica para la epistemología cibernética, en terapia se basa en tres comunicaciones que el terapeuta le dirige a la familia

- ◊ Un requerimiento del cambio,
- ◊ Un requerimiento de estabilidad y
- ◊ Un ruido significativo (Keeney, 1985).

La epistemología cibernética propone el no ver sólo al individuo, sino el contemplar sistemas que se relacionan e interactúan, donde no sólo es parte el individuo o la familia sino también el terapeuta está incluido. "Es una manera de discernir y conocer las pautas que organizan los sucesos... Tanto las partes como las totalidades son estudiadas en función de sus pautas de organización" (Keeney, 1994: 112).

ENFOQUES DE TERAPIA FAMILIAR

MRI Palo Alto

La terapia del MRI es fundada por Don Jackson en 1959, Watzlawick, Weakland, Fish y Segal, son sus representantes.

En el tratamiento del MRI "el terapeuta no hace ninguna hipótesis sobre las causas del problema... Poco importan las experiencias anteriores que permitan explicar el síntoma, lo esencial es que desaparezca lo más pronto posible" (Wittezaele y García, 1994: 282, 283).

El MRI afirma que el problema es la solución y esta es la que determina la naturaleza y la estructura de la intervención" (Watzlawick, 1980, 141). La tarea de esta escuela es crear una nueva forma de soluciones, rompiendo así la secuencia sintomática. Sus intervenciones son: redefiniciones, tareas directas y tareas paradójicas, persuasión para que el cliente compre la tarea, metáforas y técnicas hipnóticas de Milton H. Erickson (Ochoa, 1995).

“Comience presentiendo distingos que permitan al terapeuta individualizar: 1) el problema, 2) la historia de las soluciones que para él se intentaron, y 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones” (Keeney, 1985, 93-94).

La terapia del MRI utiliza “la relación terapéutica para bloquear las soluciones estériles y hacer que el paciente adopte unas conductas o actitudes nuevas que resuelvan el problema” (Wittezaele y García, 1994, 282).

La práctica terapéutica de Palo Alto se realiza en cinco tiempos, los cuales se mencionan a continuación:

1. Determinar quién es el que se queja. Se busca saber quién dentro del sistema sufre por la situación presentada por el sistema “Se trata de una cuestión diferente de la que consiste en saber quién presenta los síntomas que justifican la acción terapéutica” (Wittezaele y García, 1994, 283-284) Si alguien del sistema no forma parte del problema, puede formar parte de la solución.”

2. Definir el problema: “No es cuestión de definir en referencia a una norma cualquiera de buen funcionamiento, sino simplemente permaneciendo a nivel descriptivo y de comportamiento, hay que conocer los contextos precisos que producen la insatisfacción, el sufrimiento” (Wittezaele y García, 1994, 285).

3. Examinar las soluciones empleadas: “El examen de soluciones aplicadas por el paciente para superar su problema aporta información sobre lo que hay que evitar, sobre lo que no puede contribuir a la desaparición del sufrimiento, contribuye a comprender la red relacional, el sistema pertinente para la intervención los mecanismos de la comunicación que alimentan la dificultad y hacen que persista” (Wittezaele y García, 1994, 285-286).

4. Definir un objetivo accesible. "permite al paciente y al terapeuta observar una evolución favorable del tratamiento y modificar su percepción a menudo global y monolítica del problema... permite también prever un límite temporal al tratamiento, lo que produce un efecto favorable sobre la motivación y las esperanzas del paciente" (Wittezaele y García, 1994, 287).

5. Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. "Se trata de la fase de elaboración de la estrategia y de las tácticas del cambio. Dos principios rigen su concepción

I. El blanco que debe alcanzarse al cambiar no es otro que interrumpir los intentos de solución". (Wittezaele y García, 1994, 287-288).

II. La táctica debe ser traducida al lenguaje del paciente" (Watzlawick, 1980).

Resumiendo el MRI de Palo Alto propone variar el esquema de solución del problema del paciente. Se pide un cambio mínimo, el cual requiere tener una conducta que de conseguirse muestre que hay una pequeña variación en la conducta sintomática. Las intervenciones se ubican al final de la sesión y constan de redefiniciones a las que se le suman tareas para realizar en casa (Navarro, 1992)

El MRI de Palo Alto para la intervención en pacientes con diabetes da la posibilidad de poder atender a la familia o de ser necesario a algún integrante de ella por separado. En toda atención se pide al paciente con diabetes o familia que describan un cambio mínimo el cual indique que hay mejora, esto sirve al terapeuta para saber el momento en que se termina la terapia.

En la terapia con la familia del paciente con diabetes o un integrante de ella, nos posibilita después de haber definido algún problema en términos conductuales, el profundizar más en la historia de las soluciones que se han intentado ya sea en problemas familiares o en el seguimiento de una dieta, ejercicios entre otros. Una vez conociendo esto

se busca alterar la clase de soluciones intentadas, lo cual llevara a un mejor control de la diabetes

Estructural

La terapia Estructural tiene como representantes a Salvador Minuchin, H Charles Fishman y Braulio Montalvo.

La terapia estructural cuenta con tres axiomas que son:

1. "El individuo es influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción
2. Este tipo de terapia es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema
3. El terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapeutico. " (Minuchin, 1974, 30-31)

"El marco de referencia del terapeuta es la terapia estructural de familia, en cuanto de icona y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo" (Minuchin, 1993-20).

La terapia estructural apunta a cambiar la organización de la familia, sobre la base de que cuando se transforma la organización familiar la vida de cada miembro se ve consecuentemente modificada" (Minuchin, 1993, 47)

La terapia estructural da importancia a los conceptos de límites, jerarquías, coaliciones, coparticipación y ciclo evolutivo. La estructura familiar mantiene cambios a lo largo del desarrollo vital, de no ser así aparecen conductas sintomáticas

Para la terapia estructural "el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las diadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas" (Minuchin, 1974, 87-88)

"La escuela estructural describe la familia como un grupo natural, en interacción con su medio, que conforma su estructura a través de patrones de interacción" (Robles et al., 1987, 24)

Se plantean que las familias dependiendo de sus patrones de interacción pueden ser amalgamadas donde son impermeables en sus límites exteriores y al interior hay mucha permeabilidad. O desligadas donde hay demasiada permeabilidad al exterior y al interior hay una excesiva impermeabilidad. En estos patrones de interacción los roles son inestables y la disciplina ineficaz (Robles et al., 1987)

Estas son familias que tienen una enorme necesidad de autoridad y estructura. Debido a esto, el terapeuta es activo, directivo y capficito. Su objetivo es el de empujar al cambio utilizando la crisis familiar como un recurso tomando como elementos relevantes los roles que rigen la interacción, las jerarquías, las funciones de los miembros y la historia familiar. La modificación de patrones disfuncionales se realiza por diferentes técnicas. Considera de fundamental importancia es el establecimiento de una actitud permanente de cooperación, y de formulación de hipótesis acerca del funcionamiento familiar. propone tres estrategias, cada una con técnicas específicas: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar y cuestionamiento de la realidad familiar." (Robles et al. 1987, 25)

"El abordaje estructural considera la familia como un organismo un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento" (Minuchin y Fishman, 1981, 79-80)

"Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. La cuestión cuestionamiento pone de relieve la índole

de la lucha dialéctica entre familia y terapeuta dentro del sistema terapéutico" (Minuchin y Fishman, 1981, 80).

"La estabilidad del sistema familiar se acepta en las operaciones de coparticipación mientras que las operaciones de reestructuración abordan el cambio. Minuchin se refiere a esta complementariedad por otro camino con su distinción entre diagnóstico e intervención. El diagnóstico que se interesa sobre todo en comprender las estructuras estabilizadas del sistema, no se considera independiente de las intervenciones, que procuran modificar aquellas estructuras. Para conocer la manera en que una familia mantiene su estabilidad es preciso saber qué hace en respuesta a una demanda de cambio" (Keeney, 1985, 174).

Keeney (1985) menciona tres tipos de ruidos significativos: símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado. Estas son técnicas que le muestran a la familia que disponen de otras alternativas. Aparte de sus formas habituales de interacción, se busca modificar la realidad de la familia (Minuchin y Fishman, 1981).

Resumiendo la escuela estructural, es un cuerpo de teoría y técnicas dirigido a reforzar las fronteras entre los subsistemas familiares. El objetivo fundamental es establecer una jerarquía familiar, lo cual se logra con la intervención activa del terapeuta durante la sesión (Papp, 1994).

La escuela estructural en el problema de la diabetes aporta conceptos tanto para su comprensión como intervención, además del cuestionamiento de la organización familiar.

Para su comprensión se menciona que:

"Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos, el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles" (Sánchez, 1998).

En la intervención la terapia estructural busca cambiar la organización de la familia, teniendo en cuenta las interacciones de la familia.

Lo mencionado, es la base de la Intervención Terapéutica Familiar para atender a pacientes con diabetes. Esta intervención es la adaptación de la escuela Estructural y la de Palo Alto. Estas escuelas tienen un marco de referencia de referencia en la Epistemología Cibnética.

El combinar dos escuelas sistémicas obedeció a que "el clínico toma piezas y fragmentos de distintos aparatos conceptuales y los integra en un modelo unitario que le es propio. Considerar que éste es un enfoque ecléctico, es ilusorio, más exacto sería decir que cualquier combinación de concepciones constituye por sí misma, una nueva teoría" (Keeney, 1994, 178 - 179). También por que hay antecedentes de la combinación de dos escuelas terapéuticas como lo fueron la Estructural y Estratégica (Minuchin y Fishman, 1993)

La evaluación y técnicas para el cambio de estos dos enfoques terapéuticos no pueden ser determinados dado que "los terapeutas afectan siempre a los sistemas que tratan, lo quieran o no. Del otro lado de la relación también los sistemas tratados afectan siempre al terapeuta" (Keeney, 1994, 148).

El uso de una escuela u otra lo determina la relación entre terapeuta y sistema familiar, dado que el terapeuta contribuye a la organización del sistema familiar esto lleva a que la familia organice su conducta hacia el terapeuta, quien organiza nuevamente su conducta hacia la familia y así continuamente en una retroalimentación recursiva. Es decir terapeuta y sistema familia sugieren juntos el uso de una u otra escuela.

Con los miembros de la familia del paciente con diabetes, puede ser necesario el que se adapten a este padecimiento adoptando nuevas normas y a veces nuevos papeles en la organización familiar.

La terapia estructural permite atender a la familia, además de considerar que el síntoma o problemática esta vinculada con todo el sistema familiar. La terapia del MRI Palo

Alto permite atender en cualquier momento a algún integrante de la familia por separado y atender a los intentos de solución

Pero más allá de lo mencionado se puede intervenir con técnicas para el cambio, proporcionadas por estas dos escuelas, que debido a que son sistémicas sus intervenciones no se contraponen.

También se puede evaluar. Con la escuela estructural, mediante el conocimiento de las interacciones familiares manifiestas a través de alianzas, coaliciones, jerarquías, y el ciclo evolutivo por el que atraviesa la familia. Además de contar con una definición clara del problema y el rastrear las soluciones intentadas en términos conductuales propuesto por la escuela de Palo Alto. De esta manera se obtiene una gran variedad de datos, los cuales le ofrecen un mayor campo de información y acción al terapeuta

CAPITULO IV

EL TRABAJO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA ATENCIÓN DEL DIABÉTICO

La atención multidisciplinaria a la diabetes es un modelo implementado para comprobar los aspectos teóricos multidisciplinarios que se ofrecen como una opción en la atención a la salud (Cardoso, 1996).

El modelo permite que los conceptos multidisciplinarios no queden en abstracto, sino que a través de su aplicación en un campo de la realidad que en este caso es el problema de la diabetes, se puedan encontrar alternativas de solución a este problema, comprobando así la eficacia de una forma de atención multidisciplinaria.

Cuando se puso en marcha la atención multidisciplinaria en el campo de la salud, se eligió una parte de la realidad. Esta fue la Diabetes Mellitus tipo II.

Se partió de conocimientos previos de multidisciplinaria y diabetes, a los cuales se le dieron un orden u organización multidisciplinaria. Al contrastarlos con la realidad se observó que había problemas a resolver, por lo tanto se plantearon líneas de investigación para su solución.

De esta manera, el modelo de atención multidisciplinaria a pacientes con diabetes nos ayuda a comprender los conceptos sobre multidisciplinaria aplicados en el área de la salud, además permite resolver problemáticas que no habían sido tomadas en cuenta con anterioridad.

En el modelo de atención multidisciplinario de la diabetes se encontró un obstáculo a resolver en el área psicológica, que fue el cómo influye la familia en el control de los niveles altos de glucosa en sangre del paciente con diabetes

Para la investigación de la presente tesis se partió de un cuerpo de conocimientos el cual abarcaba aspectos de Multidisciplina y Terapia Familiar. Hay que decir que a partir del ejercicio multidisciplinario surgió el planteamiento del problema y la solución tentativa fue una Intervención Terapéutica Familiar.

La respuesta tentativa al problema fue: si la familia influye en el mejoramiento de los niveles de glucosa del paciente con diabetes, entonces una intervención psicológica en la familia propiciará el control de los niveles de glucosa en el paciente con diabetes.

Esto quiere decir que la familia aunque este informada acerca del problema de la diabetes, necesita resolver problemas familiares que afectan a pacientes que no han controlado su diabetes y la solución fue una Intervención Terapéutica Familiar, la cual se ofrece a la familia sólo cuando esta así lo considere.

DESCRIPCION DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

"El hombre, como objeto de estudio presenta un sinnúmero de datos a los investigadores" (Yurén Camarena, 1992, 42). Pero el hombre como objeto de estudio no es interpretado de la misma manera por las diferentes disciplinas, por lo que mediante la multidisciplinaria se busca que las visiones distintas acerca del hombre se integren. Esta integración se realiza en el problema de la diabetes

Previo a la aceptación de pacientes se proporciona una capacitación a los integrantes del equipo multidisciplinario. Esta capacitación ha sido diseñada e implementada por el maestro Marco Antonio Cardoso Gómez (en prensa).

Una vez que los integrantes del equipo multidisciplinario cuentan con una capacitación multidisciplinaria, se aborda el problema de la Diabetes Mellitus Tipo II. Aquí los integrantes del equipo multidisciplinario aportan sus conocimientos disciplinares acerca de la diabetes, además de dar opciones para su tratamiento.

Las opciones para intervenir a un paciente con diabetes no deben ser exclusivamente disciplinares, sino que hay que integrar los conocimientos disciplinares, tanto para explicar el problema de la diabetes, como para abordarlo y buscar resolverlo. Esto se lleva a cabo, mediante reuniones multidisciplinarias.

Es importante mencionar que la cooptación de pacientes, se realizó por medio de propaganda como carteles, los cuales contenían información del servicio que se ofrecía, así como algunos síntomas e ilustraciones de la DMTH y la dirección de la UMAI Tamauípam.

También se repartieron volantes y trípticos con las mismas características que los de un cartel, los cuales se distribuyeron en las zonas aldeanas.

Cabe mencionar que en algunos casos las personas llegaron por recomendación de pacientes que ya habían sido atendidos anteriormente y los cuales alcanzaron niveles normales de glucosa en sangre y sin la administración de medicamentos.

Los horarios en que se recibían a las personas interesadas eran de 9:00 a 13:00hrs orientados por la propaganda difundida. Se les brindaba información acerca del servicio ofrecido y costos. A todas las personas que acudían a solicitar el servicio se les practicaba un dextrostix.

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

La primera vez que se presentan los pacientes se les realiza un diagnóstico, para identificar si son diabéticos o no, de serlo se les asigna un día para asistir a pláticas, donde se les proporciona información acerca del problema de la diabetes y la forma de trabajo multidisciplinario. Finalmente, se les asignaba días para la atención multidisciplinaria la cual comienza por Medicina y Enfermería

La atención médica es la primera que se les proporciona al paciente con diabetes. Aquí se obtiene una historia clínica, el área de Enfermería colaboraba realizando una exploración física, registro de tensión arterial, toma de glucemia capilar (dextrostix) que es un método rápido para la comprobación aproximada del nivel de glucosa en sangre.

Con base en estos datos se propone un tratamiento que consiste en prescribir medicamentos, una dieta y ejercicio. El tratamiento se individualiza de acuerdo a las características de cada paciente

Las siguientes veces que el paciente asiste con el médico es para checar si puede haber cambio de medicamentos basándose en los niveles de glucosa, y hacer una evaluación general del paciente.

La enfermera además de apoyar al médico en lo descrito arriba, enseña al paciente,

- ♦ Educación para la salud
- ♦ Higiene personal Especialmente sobre el autocuidado de los pies de heridas en general
- ♦ Preparación de los alimentos

Una vez que el paciente ha recibido atención por las áreas de Medicina y Enfermería, pasa a Odontología

A. pasar con el odontólogo, éste realiza en la primera sesión un diagnóstico, el cual le ofrece un panorama para su intervención con el paciente con diabetes

La atención odontológica esta enfocada a prevenir enfermedades periodontales. Aunque muchos diabéticos poseen estructuras periodontales normales, sin embargo en la diabetes no controlada se afectan muchos procesos metabólicos incluso los que actúan en la resistencia a la infección o el trauma. Esta condición determina la importancia del tratamiento odontológico por lo que éste es preventivo.

Se brinda enseñanza en cuanto a:

- ◊ Técnica de cepillado
- ◊ Explicación de la placa dentobacteriana
- ◊ Relación de la placa dentobacteriana con patologías bucales
- ◊ Uso del hilo dental
- ◊ Pastilla reveladora de placa dentobacteriana

Además brinda los siguientes tratamientos específicos:

- ◊ Amalgamas
- ◊ Extracciones
- ◊ Ortodoncia
- ◊ Prótesis removibles y fijas

El área psicológica en terapia familiar ve al paciente una semana después. Para esta cita ya se tiene conocimiento de las evaluaciones de las otras áreas.

La Intervención Terapéutica Familiar busca a través de una charla con la familia intercambiar impresiones acerca del problema de la diabetes, complicaciones y el cómo puede ayudar a su familiar diabético. Además se informa que las relaciones familiares son:

un aspecto importante para favorecer el control del paciente con diabetes. Esto se realiza en una sesión terapéutica previa.

Si la familia y el paciente no controlado en su diabetes consideran que necesitan trabajar sobre algún problema ya sea para el control de la diabetes o solucionar alguna otra problemática, se inicia con la Intervención Terapéutica Familiar que se describe en el siguiente capítulo.

La participación de terapia familiar en las reuniones multidisciplinarias consiste en

- ♦ Exponer los problemas que en el ámbito familiar afectan al control del paciente con diabetes. Esto en base a la información recopilada.
- ♦ Proponer alternativas de solución a estos problemas.
- ♦ Escuchar lo expuesto por las demás disciplinas, y retomar aspectos importantes para la Intervención Terapéutica Familiar.
- ♦ Se diseñó una Intervención Terapéutica Familiar a pacientes con diabetes y su familia, la cual debe ser conocida por los demás integrantes del equipo multidisciplinario. Además, con esta intervención se apoya a las otras disciplinas, en sus intervenciones con el paciente con diabetes.
- ♦ Preparar una intervención multidisciplinaria, la cual debe ser concertada entre todas las disciplinas del equipo multidisciplinario.

El tratamiento multidisciplinario a pacientes con diabetes consiste básicamente en lo antes mencionado.

Sesiones Multidisciplinarias De Análisis De Caso

Aparte del tratamiento que se le brinda a los pacientes, los integrantes del equipo multidisciplinario realizan sesiones donde se analiza el trabajo desarrollado con el paciente con diabetes.

Primero se exponía el caso por disciplinas. Todas debían explicar lo que realizaban con el paciente y los obstáculos encontrados para el control del paciente, entre otros aspectos.

Después se buscaban soluciones en conjunto, es decir, multidisciplinariamente. Posteriormente se planea el procedimiento que se seguirá para la intervención con el paciente.

Por último, se analizan los problemas que se presentan en cada área de atención y las consiguientes posibilidades de ayuda a la disciplina que lo requiera. Estas sesiones multidisciplinarias, se realizan a lo largo de toda la intervención.

CAPITULO V

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA FAMILIAR

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA

Condiciones Antecedentes para la Intervención Familiar

Para implementar la Intervención Terapéutica Familiar se requiere que el paciente cuente con la atención previa del equipo multidisciplinario en las áreas de Medicina, Enfermería, y Odontología

Es una condición imprescindible contar con la información inicial tanto disciplinaria como multidisciplinaria. Dicha información ofrecerá un panorama claro de la condición actual del paciente sobre lo que sería recomendable trabajar, y en qué aspectos la Intervención Terapéutica Familiar puede asistir a las otras disciplinas y al mismo paciente

En la sesión terapéutica se busca recabar información sobre la situación del paciente con DMTH y su familia para de esta manera modificar algunos aspectos que no favorecen el control de la DMTH

En un inicio, se realiza una sesión terapéutica previa, donde los integrantes del equipo multidisciplinario que es un sistema, y la familia que es otro sistema conversan acerca de la DMTH, esto con el objetivo de interactuar para crear un orden diferente acerca de lo que se piensa de la salud, diabetes y del papel que juega esta en el sistema familiar

La sesión terapéutica previa se basa en una técnica estructural llamada símbolos universales. "con esta técnica el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia" (Minuchin y Fishman, 1981, 216)

Si el sistema familiar considera tener problemas y se percata de que su participación es importante en el control de la DMTII, esto en pacientes no controlados. El trabajo terapéutico se centra en la organización de las interacciones familiares para enfrentar los obstáculos que se presentan para el control de la DMTII incluyendo aquellos problemas familiares que preferentemente la familia considere necesarios trabajar.

A continuación se describe.

- a) La sesión terapéutica inicial con el paciente,
- b) Las sesiones subsiguientes con el paciente y su familia y
- c) Las fases comprendidas en cada sesión terapéutica y lo que se pretende con éstas.

Esta forma de organización de las sesiones de trabajo se retoma de la escuela de Milán, las fases son las siguientes:

Contacto Inicial

Es el primer contacto con el paciente con DMTII, donde se le realiza un cuestionario (anexo 1) con sus datos personales, familiares y acerca de su DMTII. Estos datos también se utilizarán para construir un genograma familiar.

Debido a que el paciente con DMTII previamente debió haber sido atendido por el equipo multidisciplinario, en donde recibió prescripciones e indicaciones para el tratamiento y control de su enfermedad, se le preguntará ¿cuál de las prescripciones o actividades se le dificultó realizar?

Esta información sirve para identificar si el paciente diabético tiene niveles normales de glucosa o no, lo cual ayuda a definir lo que se va a trabajar, también se identifican algunas dificultades en la relación familiar, las cuales no deben ser apartadas del problema del control de la DMTH. Finalmente se establece con el paciente, si éste así lo desea una fecha para la aplicación de la evaluación mediante la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1996) y la Entrevista acerca del Impacto de la Diabetes (De La O Chavez, 1994).

Entrevista acerca del Impacto de la Diabetes y Escala del Funcionamiento Familiar

La segunda sesión se realiza con el paciente diabético en compañía de su familia y tiene como objetivo evaluar las interacciones familiares. Esta evaluación se lleva a cabo en el lugar donde vive el paciente y pueden participar uno o dos terapeutas.

La evaluación se efectúa con la familia nuclear del paciente con DMTH que vive con él. Las preguntas no se dirigen a alguien en específico, dándose la posibilidad de ser contestadas por cualquier miembro de la familia.

Esta evaluación se hace mediante

- a) La entrevista acerca del impacto de la DMTH que se utiliza en la presente investigación, pretende evaluar el "impacto de la enfermedad en la familia a través de la exploración catártica, teniendo como guía el cuestionario de nueve preguntas abiertas" (De La O Chavez M de L, 1994, 12) y ofrece algunas opciones donde se pueden ubicar las respuestas. Este cuestionario se modifica para la presente investigación cambiando el término "enfermedad" por el de "diabetes". Para esta guía la evaluación del impacto de la enfermedad en la familia es a través de la exploración catártica. Tiene como guía el cuestionario de nueve preguntas. En la presente investigación, a este cuestionario, se le hicieron algunas modificaciones, con el propósito recabar información más específica acerca de las reacciones familiares ante la aparición y presencia de la DMTH en la familia.

b) La escala de funcionamiento familiar evalúa diferentes áreas de las interacciones familiares (Espínel, 1995) y se aplica antes de iniciar la intervención.

Si el paciente no tiene problemas con su nivel de glucosa en sangre, y aunque la familia resultara disfuncional en la evaluación, no estará obligada a recibir terapia familiar, pues es una resolución que ellos tomarán y la cual será respetada.

En cambio, si el paciente no está controlado o la familia decide tomar terapia se sugiere a la familia asistir a la sesión terapéutica previa. Además, la escala servirá como guía para la planeación del trabajo terapéutico y se volverá a aplicar al final del tratamiento para observar los cambios que se hayan presentado en la familia. Terminada la evaluación se programa con el paciente y su familia la próxima cita.

Sesión Terapéutica Previa

En esta primera sesión de trabajo donde interviene el equipo multidisciplinario y el paciente con DMTH y su familia, se establece una charla donde se habla acerca de la diabetes, complicaciones, forma de prevenirla y cómo puede apoyar la familia al problema de control de la DMTH.

El equipo multidisciplinario aborda aspectos en dos niveles, las cuales son: a) en forma general y b) información específica acerca del paciente con DMTH (diagnósticos, tratamiento y recomendaciones). Lo anterior es apoyado por material visual. Esto permite que el sistema familia y sistema equipo multidisciplinario intercambien sus puntuaciones acerca de la salud, la Diabetes, niveles de glucosa y complicaciones, creando de esta manera conocimiento que es creado por estos dos sistemas.

Antes de terminar la sesión ambos sistemas conversan acerca de la conveniencia de programar otra cita, la cual es con el terapeuta y el sistema familiar, después de esto se da por terminada la sesión.

Sesión para Establecer el Contrato Terapéutico

Esta sesión se realiza sólo si el paciente lo solicita. El terapeuta comenta con el paciente y su familia las impresiones que generó la charla con el equipo multidisciplinario. De la misma manera si la familia y al paciente consideran necesario asistir a terapia, se comienza por definir el o los problemas a trabajar, ya sea de control de la diabetes o familiar.

Si la familia considera que con la sesión terapéutica previa y las sesiones anteriores es suficiente, la Intervención Terapéutica Familiar se da por concluida, dejando la posibilidad de que la soliciten en un futuro. Antes de retirarse se les aplicara otra vez la Entrevista Familiar acerca de Diabetes.

Si el paciente no ha controlado su DMTH y el sistema familiar descan continuar con la Intervención Terapéutica Familiar para lograr el control de la DMTH. En éste caso se definen los días de atención y horarios.

Presesión

Previo a la primera sesión de trabajo terapéutico, hay un análisis de la información tomada durante el contacto inicial, de los reportes del equipo multidisciplinario, de la evaluación del funcionamiento familiar, de la entrevista acerca del impacto de la DMTH y del contrato terapéutico. "El objetivo es crear dos o tres hipótesis, sobre qué puede estar ocurriendo en el sistema familiar... y planificar el desarrollo de la sesión. Se especifica que conviene seguir, concretando que temas se tratarán y su orden de aparición" (Ochoa, 1995, 30).

En la presesión se retoma la información relevante de las sesiones anteriores para la segunda sesión terapéutica. Esta mecánica continúa a lo largo de la terapia, incluyendo también la evaluación de las posibles reacciones a las tareas que se dejan a la familia y al paciente diabético. Basándose en lo anterior se planea la estrategia a realizar por sesión.

Sesión

La sesión es de duración variable, siendo regularmente de una hora. En la primera sesión terapéutica se informa a la familia y al paciente diabético la importancia de la terapia. Se establecen reglas de trabajo. "El objetivo... del terapeuta consiste en orientar la sesión a adquirir información para confirmar o falsear las hipótesis generadas en la presesión" (Ochoa, 1995, 30-31).

Además se observan las posiciones jerárquicas y el punto de vista acerca del problema de control de la DMTH en la familia.

En las siguientes sesiones se trabaja sobre cambios y efectos de las tareas en la familia y en el paciente.

Intersesión

Se efectúa minutos antes de finalizar la sesión. El terapeuta realiza una pausa aproximada de 5 minutos, donde sólo o acompañado, discute o analiza la sesión, prepara la conclusión de la misma y la posible intervención a realizar. Si el terapeuta se encuentra sólo se puede prescindir de la intersesión si este así lo decide.

Cierre De Sesión

Tiene una duración aproximada de 15 minutos. El terapeuta regresa con la familia y proporciona un comentario breve o alguna prescripción (tarea) a la familia, sin que ésta exprese algún comentario.

Postsesión

Después que se ha retirado el paciente se analizan las situaciones presentadas al cierre de sesión. Se pueden generar nuevas hipótesis, se describe la forma en que la DMTH y las prescripciones de control de la misma funcionan en la familia. Se redactan los elementos esenciales suscitados en la terapia.

El interés primordial de la evaluación es conocer qué piensa cada componente de la familia sobre el problema planteado por el sistema familiar que puede ser el control de los niveles altos de glucosa en sangre, la dificultad que implica llevar las prescripciones de los profesionales de la salud o algún otro problema

Se realiza mediante tres procedimientos:

La Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1996) la cual consta de 9 categorías y que se describen a continuación.

- Autoridad*. Es la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
- Orden*. Es donde se manejan los límites y los modos de control de la conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.
- Supervisión*. Es la funcionalidad de la vigilancia de normas y comportamientos.
- Afecto*. Cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
- Apoyo*. Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.
- Conducta Disruptiva*. Es la presencia de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.
- Comunicación*. Es la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.
- Afecto Negativo*. Es la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.
- Recursos*. Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

Se adaptan las formas de intervención de las escuelas Estructural y MRI Palo Alto, con las cuales se obtiene una definición del problema, que en el paciente con DMTH podría ser el realizar su dieta o sus ejercicios, las prescripciones médicas o los problemas familiares que no favorecen el control de la DMTH. Además se buscan las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, así como ubicar el momento del ciclo

evolutiva por el que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio.

Una entrevista la cual consta de 9 preguntas abiertas, que pretende conocer el impacto de la DMTH en la familia (De La O. Chavez, 1994). Con este procedimiento se identifican los problemas para el control de la DMTH y se especifica sobre lo que se va a trabajar si es este el deseo del sistema familiar, sin dejar de lado las dificultades presentadas en la relación familiar.

La evaluación sigue tres direcciones complementarias, pues por un lado se evalúa con Escala de Funcionamiento Familiar la capacidad de la familia para enfrentar y superar una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel, 1996, 48), también el impacto que tiene la DMTH en la familia además de saber lo que la familia y el paciente definen como problema.

INTERVENCIÓN

La Intervención Terapéutica Familiar tiene dos aspectos fundamentales los cuales son la teoría del cambio y las técnicas de intervención.

Teoría del Cambio

El cambio se efectúa cuando se reemplazan las relaciones familiares que no son propicias para el control del paciente diabético, por otras más favorables que consistirían en realizar ejercicios, llevar una dieta, seguir la prescripción médica y tener relaciones estables con la familia, logrando así estar en los niveles normales de azúcar en sangre. (Ochoa, 1995, Tezacie y García, 1994 y Watzlawick, 1980).

Se busca que la familia se reequilibre sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde.

Metas Terapéuticas

1. Que el paciente y su familia derinan los cambios deseados mediante la descripción de conductas concretas.
2. El cambio se buscará realizar por etapas, creando una forma de control diferente al que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose al control deseado.
3. Cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico.
4. Llegar al control del paciente así como a una forma en la cual la familia lo apoye. La terapia finaliza cuando el paciente reporta y se verifica el cambio mínimo planteado por él y su familia.

Técnicas para el Cambio

Redefinición: Se evitan las etiquetas utilizadas por el paciente y su familia que resultan en el cambio. Buscando así el cambio del marco conceptual desde el que la familia define e interpreta el problema del control de la DMTH u otro que considere.

Tareas Directas: Con el fin de cambiar alguna de las conductas de los componentes de la familia, se propone la realización directa de otra conducta alternativa favorable para el control de la DMTH o problema identificado por el sistema familiar.

Tareas Paradójicas: Se prescribe la continuidad de la conducta que no facilita el control de la DMTH o problema familiar durante un tiempo fijado, buscando que el paciente provoque el problema que dificulta el control de su DMTH. De esta manera se minimiza la conducta problema. Se utiliza en personas que no responden a las tareas directas.

Intervenciones Metabólicas: se transmite un mensaje no relacionado directamente con el problema, esperando que la familia encuentre una consecuencia que le ayude a resolver su situación problemática.

Pacto con el Diablo: Se utiliza con los pacientes que tienen una buena alianza con el terapeuta, y consiguen poco o ningún cambio. En esta intervención el terapeuta le comunica al paciente que conoce la solución al problema pero que si no se realiza esta solución no se continuará la terapia. (MRI Palo Alto)

Intervenciones Específicas: Son 2 intervenciones estandarizadas, útiles en algunos casos, y se caracterizan por 2 tipos de soluciones intentadas, que son:

- Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. La intervención invierte la solución anterior, pidiendo al sujeto que fracase en su intento para controlar su DMTII o el problema indicado por el sistema familiar.
- Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. La intervención implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada impidiéndole acabar la tarea con éxito.

Intervenciones Generales

- *No apresurarse.* Se busca que el sujeto no recaiga por esforzarse demasiado en controlar su DMTII o problema y se le da el mensaje de que es preferible un cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo el espectacular.
- *Un cambio de dirección.* Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección debido a que ha seguido el camino equivocado.
- *Como empeorar el problema.* El terapeuta le dice al paciente que no ha sabido cómo ayudarles a mejorar el problema, pero que sin embargo sí sabe como podría empeorarlo. (MRI Palo Alto)

Desafío. Se presenta en tres fases que son: 1. Especificación de una Pauta Disfuncional; 2. Focalización: Implica prestar atención a una información e ignorar otras y 3. Intensificación: Dar un mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema.

Técnicas Reestructurantes: *Fijación de Límites*. Se regula la permeabilidad entre los límites entre subsistemas. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones.

El Aprendizaje de la Complementariedad. Es la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta.

Técnicas de Cambio de Visión: *Modificación de los Constructos Cognitivos*. El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión diferente acerca del estilo de vida con el problema.

Las Facetas Fuertes. Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos. Lo que vemos es la dificultad para resolver el problema.

Construcciones: *Símbolos Universales*. El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia.

Verdades Familiares. El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia ofrece para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.

Consejo Especializado. El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y se basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría (Estructural).

CAPITULO VI

METODO

Este presente capítulo describe el propósito de la investigación, así como el método que se utilizó para lograrlo.

Lo primero a mencionar es que se elaboró una Intervención Terapéutica Familiar que alude a las líneas de pensamiento que orientan las acciones del terapeuta a un paciente con DMTH (Navarro Góngora, 1992, 179) con el propósito de atender a la familia de un paciente con DMTH. Con esta intervención se propiciaron las condiciones para:

- Favorecer el control del nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH y
- Establecer relaciones familiares para inducir y respaldar su control

Lo anterior, además de proponer una forma de atención a pacientes con DMTH, también se presenta como una aportación psicológica para apoyar el trabajo multidisciplinario, el cual pretende, mediante la acción concertada de las disciplinas, resolver la problemática de la DMTH.

Se parte de una visión de atención integral, donde la atención psicológica al igual que la atención médica, odontológica y de enfermería, no están desvinculadas más de otras en su explicación y tratamiento de la DMTH.

En la presente investigación, dado que es una línea de investigación que surge de la intervención multidisciplinaria a pacientes con DMTH, se considera importante la

participación de la familia y para tal efecto, se debe contar con un método "El método es, pues, la manera de proceder en cualquier dominio, ordenando la actividad a un fin" (Yuren Camarena, 1992, 74)

OBJETIVOS

Los objetivos de la presente investigación fueron:

1. Elaborar una estrategia Intervención Terapéutica Familiar que propicie las condiciones de control en el paciente con DMTH.
2. Establecer relaciones familiares que induzcan y respalden el control del nivel alto de glucosa en sangre del paciente con DMTH

DESARROLLO DEL PROBLEMA

El problema que se plantea en la presente investigación es:

¿Cuál sería la alternativa de intervención para crear las condiciones óptimas que propicien las relaciones familiares funcionales que inducen y respaldan el control del nivel alto de glucosa en sangre del paciente con DMTH?

HIPOTESIS DE TRABAJO

Si se aplica una Intervención Terapéutica Familiar, específicamente adaptada a pacientes con DMTH y sus respectivas familias, entonces se establecerán las relaciones familiares funcionales, que inducen y respaldan el control del nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables dependientes de la presente investigación, son:

1. El nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH.
2. Estructura y dinámica familiar.

Variable Independiente

La variable independiente de la presente investigación es:

Intervención Terapéutica Familiar, la cual consta de dos momentos:

- Evaluación diagnóstica e
- Intervención

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

1. El nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH.

El control se medirá mediante los resultados de análisis de glicemia central; los valores normales donde se considera a un paciente controlado, son menores o igual a 140mg/dl (Griffin James E. 1984; Metz R. y Larson E. B. 1987, y Claiborne Dunagan W. Y Ridner M. L. 1990).

2. Estructura y dinámica familiar.

La evaluación del funcionamiento familiar, es por medio de la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1995) la cual consta de 9 categorías descritas en el capítulo anterior, las cuales se indica el criterio de funcionalidad. Dichas categorías son:

1. Autoridad. Criterio funcional 33 puntos.
2. Orden. Criterio funcional 25 puntos.
3. Supervisión. Criterio funcional 15 puntos.
4. Afecto: Criterio funcional 21 puntos.
5. Apoyo: Criterio funcional 16 puntos.
6. Conducta Disruptiva: Criterio funcional 23 puntos.
7. Comunicación. Criterio funcional 30 puntos.
8. Afecto Negativo. Criterio funcional 13 puntos.
9. Recursos. Criterio funcional 20 puntos.

Variable Independiente

Intervención psicológica familiar.

La Intervención Psicológica Familiar, se fundamenta en las propuestas hechas por los enfoques de:

- MRI Palo Alto que busca definir el problema y saber las soluciones intentadas del paciente y su familia en términos de conductas concretas:
- Estructural que se interesa por el momento que atraviesa la familia en su ciclo evolutivo y las interacciones que despliega la familia (alianzas, jerarquías, límites).

Y consta de:

1. Evaluación diagnóstica con la cual se conoce lo que piensa cada componente de la familia sobre la DMTII y el problema que implica llevar las prescripciones de los profesionales de la salud e
2. Intervención que consiste en la aplicación de técnicas para el cambio
 - 1) Cambio Mínimo
 - 2) Tarea Directa.
 - 3) Metáfora.
 - 4) Tarea Paradójica
 - 5) Redefinición

INICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

1 El nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH

Es la capacidad del paciente con DMTH para mantenerse en los niveles normales de glucosa en sangre.

2 Estructura y dinámica familiar.

La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel, 1995. 48)

Variable Independiente.

La intervención psicológica es el conjunto de técnicas y procedimientos para asistir a la familia y coadyuvar a crear una relación funcional que propicie el control del nivel alto de glucosa en sangre del paciente con DMTH.

- 1 Cambio Mínimo. Nos posibilita saber que conducta, que de conseguirse dará de alta al paciente.
- 2 Tarea Directa. Se propone la realización directa de otra conducta alternativa.
- 3 Metáfora. Dar una historia de la que el paciente ha de sacar una moraleja relacionada con su problema.
- 4 Tarea Paradojica. Se prescribe la continuidad de la secuencia sintomática, justificando esta decisión.
- 5 Redefinición. Se evitan las etiquetas utilizadas por el paciente y su familia que dificultan el cambio. Buscando así el cambio del marco conceptual desde el que la familia percibe e interpreta su problema.

ESPECIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

1. El nivel de glucosa en sangre del paciente con DMTH.

El paciente está controlado si tiene valores menores o iguales a 140mg/dl.

2. Estructura y dinámica familiar

Los resultados en la Escala de Funcionamiento Familiar.

Variable Independiente

Intervención Terapéutica Familiar para el control del nivel alto de glucosa en sangre del paciente con DMTH.

La aplicación de técnicas de intervención para propiciar el cambio:

1. Cambio Mínimo: La familia acordó que se organizarían de manera que apoyaran a los miembros con DMTH para alcanzar los niveles normales de glucosa en sangre igual o menor a 140 mg/dl.
2. Tarea Directa: Esto consistió en solicitarle a las hijas y nuera de los pacientes diabéticos que acompañaran un día a éstos últimos, en los ejercicios que realizarían en casa.
3. Metáfora: Narración de una historia con el mensaje que lo único que el padre puede hacer es aconsejar a los hijos sobre lo que deben hacer y es responsabilidad de ellos si toman o no este consejo.
4. Tarea Paradoja: Se pidió a la familia la continuidad de las dificultades familiares y la falta de organización familiar.

Otra intervención paradójica fue decirles que habían mostrado mucha mejoría, pero que deberían tener en cuenta que en cualquier momento podría presentarse una recaída. Que de existir era normal y hasta conveniente, porque les daría la oportunidad de aplicar lo que ellos ya conocían, es decir, el procedimiento para lograr el control de la DMTH.

5. Redefinición. Se hizo consciente a la familia que el aumento de los niveles de glucosa en sangre no era necesariamente un fracaso sino, por el contrario, ese suceso era una oportunidad para la familia para demostrarse a sí mismos la fortaleza que tienen para superar estos problemas.

GRUPO EXPERIMENTAL

Estudio de una Cohorte, Observacional, Prospectivo, Longitudinal, Descriptivo.

OBJETOS

En el estudio participaron:

- Sujeto femenino de 56 años de edad, casada y dedicada al hogar. Con DMTH no insulino dependientes.
- Sujeto masculino de 56 años de edad, casado y con ocupación laboral. Con DMTH no insulino dependientes.
- La pareja de pacientes con DMTH son esposos, viven en casa propia con una hija de 33 años soltera, que trabaja. En la misma casa vive una hija de 31 años y su pareja de 33 años. Los 5 hijos restantes están casados y viven aparte.
- El ingreso de la pareja de pacientes con DMTH y su hija es \$800,00 semanales.

ESCENARIO

La casa de los pacientes con DMTH, ubicada en Calle 29 # 94 col. Ampliación las Águilas. Cd. Nezahualcoyotl, Estado de México.

RECURSOS MATERIALES

- La casa de los pacientes.
- Fichas de contacto inicial y de la Escala de Funcionamiento Familiar validada para familias mexicanas (Espejel, 1995).
- Cuestionario Familiar acerca de DMTII.
- Atención Médica a las personas con DMTII.
- Atención Odontológica a las personas con DMTII.
- Atención de Enfermería a las personas con DMTII.
- Pañuelos desechables.

MODO DE TRABAJO

El método de trabajo consta de cuatro fases.

Fase 1. Evaluación Inicial

El interés primordial de la evaluación inicial es conocer qué piensa cada componente de la familia sobre la DMTII, el problema que implica llevar las prescripciones de los profesionales de la salud u otro aspecto importante para la familia.

Se realiza mediante tres procedimientos:

1. La Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1996) la cual consta de 9 categorías.
2. La propuesta de evaluación de las escuelas sistémicas Estructural y MRI Palo Alto, la cual indica que se debe obtener una definición del problema. Además se deben detectar las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, así como ubicar el momento del ciclo evolutivo por el que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio.
3. Una entrevista la cual consta de 9 preguntas abiertas, que pretende conocer el impacto de la DMTII en la familia. Esta entrevista fue tomada de María De Lourdes De La O.

Chavez (1995) como procedimiento se identifican los problemas para el control de la DMTH y se especifica sobre lo que se va a trabajar, sin dejar de lado las dificultades presentadas en la relación familiar.

La evaluación consta de tres direcciones complementarias

1. Se evalúa la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel, 1996, 48).
2. Se evalúa el impacto que tiene la DMTH en la familia y
3. Se conoce lo que la familia y el paciente definen como problema.

Fase II. Sesión Terapéutica Previa.

Esta fase consistió en que los pacientes diabéticos y su familia interactuaran con el equipo multidisciplinario, conversando sobre aspectos como: salud, la enfermedad, la forma de prevenirla, complicaciones y como podría apoyar la familia al problema de control de la DMTH.

Fase III Intervención.

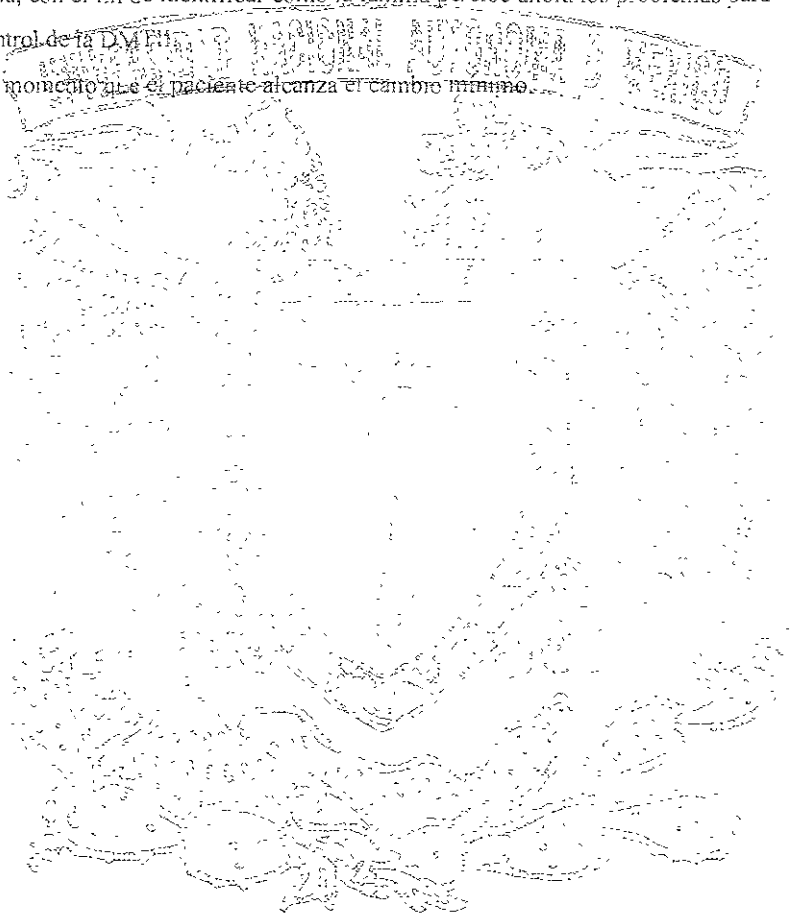
La Intervención Terapéutica Familiar constó de un máximo de 10 sesiones después de haberse establecido un contacto terapéutico. Cada una de las sesiones tuvo una organización la cual se retoma de la escuela de Milán (Beltrán y Mándujano, 1995), y se describe de la siguiente manera

- Presesión: Se plantean objetivos a trabajar en la sesión.
- Sesión: Es el trabajo directo con el paciente con DMTH y su familia.
- Intersesión: Se analiza lo sucedido en la sesión.
- Cierre de sesión: Se le da un mensaje al paciente con DMTH y su familia.
- Postsesión: Se analiza la sesión completa y se realiza un escrito de lo ocurrido en la sesión.

Fase IV. Evaluación final:

Con esta evaluación se verificó que la familia haya logrado los cambios planeados en el contrato terapéutico. La evaluación se realizó mediante:

1. La Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1996) se aplicó nuevamente, con el fin de observar los resultados y compararlos con los de la evaluación diagnóstica, para así verificar los cambios que se dieron en la familia.
2. Se aplica nuevamente la entrevista para conocer el impacto de la DMTH en la familia, con el fin de identificar como la familia percibe ahora los problemas para el control de la DMTH.
3. En el momento que el paciente alcanza el cambio mínimo.



CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA FAMILIAR ESTUDIO MULTIDISCIPLINARIO DE CASO

Este presente capítulo ofrece la descripción de la aplicación práctica de la intervención terapéutica Familiar a través del estudio de caso de una pareja de pacientes con DMII.

Los pacientes que se presentan en este estudio de caso son un matrimonio, ambos de 55 años, cuyos nombres son Mercedes e Ismael.

A continuación se mencionan y describen las fases que comprendieron su atención desde su ingreso hasta su alta.

COOPERACIÓN DE PERSONAS CON DIABETIS

La cooperación de este matrimonio y de otras personas con DMII se realizó con la participación del equipo multidisciplinario conformado por las áreas de Enfermería, Medicina, Odontología, y Psicología.

La primera vez que la pareja asistió a la clínica fue el 19 de junio de 1998, aproximadamente a las 10:00 a.m. Después se les realizó el dextrostix encontrando que el nivel de glicemia de la señora Mercedes fue de 350mg/dl y el del señor Ismael de 250mg/dl. El matrimonio mostró interés por lo que se les dio a conocer los días de atención

FORMA Y ORGANIZACION DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO CON EL PACIENTE

La organización de la atención se definía en una reunión del equipo multidisciplinario y el coordinador del programa

De inicio se planeaba el orden en que las áreas del equipo multidisciplinario atenderían al paciente. En este orden, la Intervención Terapéutica Familiar fue la última en atender al paciente, ya que el terapeuta debe contar con información previa de las demás disciplinas.

Basándose en el primer contacto establecido con el matrimonio, el equipo multidisciplinario propuso la forma de atención que se les brindaría. En el caso del señor Samuel se sugirió dar prioridad a Odontología debido a las complicaciones que en esta área presentaba

En el caso de la señora Mercedes no hubo recomendaciones específicas.

EL TRABAJO DE MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ENFERMERÍA.

Atención Médica

Consistió en un tratamiento con una terapéutica dietológica, farmacológica y ejercicio físico. El tratamiento se individualizó de acuerdo a las características de cada paciente. Ambos pacientes se refirieron como asintomáticos.

Principalmente los problemas que presentaban eran azúcar alta y referían mareos. Se les diagnosticó DMII y presión alta.

Dieta

La persona con DMII bien controlada, debe estar en peso ideal por lo que la primera fase del tratamiento se aconsejó prescribir dieta hipocalórica en el paciente obeso e hipercalemica en el paciente de bajo peso, estas posibilidades cambian a régimen hipocalórico al lograr el peso corporal deseado.

Es recomendable realizar este chequeo cada tercer día al inicio del tratamiento, posteriormente una vez por semana.

Se le dio a la pareja el tríptico: *Tengo Diabetes... ¿Que puedo comer?* (anexo V) donde contaron con un programa de alimentación, el cual los guiaba para seguir su dieta. A la señora Mercedes se le dijo comer *Cebada de Trigo* en forma especial.

Ejercicio:

Para el control metabólico y de peso así como el balance entre la ingesta de calorías y el gasto de energía se diseñó un programa de ejercicios que, de acuerdo a cada caso individualizado, pudo implementarse según los requerimientos.

En un inicio la señora Mercedes y el señor Ismael duraban 10 minutos haciendo ejercicio cada quien. Al terminar el trabajo multidisciplinario duraban 30 minutos. Se da más información del programa de ejercicios en el anexo VI.

Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico de la DMII o diabetes mellitus no insulino dependiente consistió fundamentalmente en estimular la producción de insulina endógena.

El tratamiento para la señora Mercedes fue el siguiente:

1 litro 1 cada 12 horas	Ahora toma By Eglucon 1 tableta por la mañana
Insulina 2 - 3 por día.	Ahora ya no toma.
Insulina 10mg. 1 cada 12 horas.	Ahora 1 por la mañana

El tratamiento para la señor Ismael fue el siguiente

Insulitrón 1 cada 12 horas

Ahora toma By Eglucon 1 por la mañana

Lisínopril 10mg. 1 cada 8 horas.

Ahora 1 cada 12 horas

Atención De Enfermería

Enfermería otorgó una atención que fue conjunta con la atención médica como la colaboración en la exploración física, somatometría, toma y registro de tensión arterial, también en la toma de glucemia capilar (dextrostix) que es un método rápido para la comprobación aproximada del nivel de glucosa en sangre.

Otra actividad fue la enseñanza hacia el paciente sobre el auto cuidado de los pies así como el cuidado de herida en caso de que las personas con DMTH presentara alguna herida, o excoriación

Otras actividades complementarias fueron

- Educación para la salud
- Higiene personal
- Preparación de los alimentos
- Planificación familiar

En el anexo VII se presentan los registros de dextrostix, peso y tensión arterial, que particularmente eran de interés porque fueron la referencia que indicaba el avance del paciente en el control de la enfermedad

Atención Odontológica

Esta atención se enfocó a prevenir enfermedades en esta estructura, ya que en la DMTH no controlada se ven afectados muchos procesos metabólicos incluso los que actúan en la resistencia a la infección o el trauma. La atención también se encaminó a ser preventivo, por lo que se brindaron algunas pláticas.

El área de odontología atendió a la pareja de la siguiente manera:

Señora Mercedes

En el examen de cabeza y cuello no presentó ninguna alteración. Al examen intraoral presentó ocho piezas dentales, los órganos dentales número 33, 32, 31, 43, 42, y presentan desgaste oclusal, por lo cual se procedió a realizar una preparación para prótesis fija.

Los órganos dentales número 23 y 25 se prepararon para incrustación y construcción dental. Las piezas faltantes fueron sustituidas por unas placas parciales superior e inferior removibles.

La señora Mercedes respondió adecuadamente a las placas, teniendo en sí misma un grado de confianza.

Señor Ismael

Al realizarle el examen de cabeza y cuello no presentó alteración alguna. En el examen intraoral presentó ocho restos radiculares y en un tercer molar con caries de tercer grado. Presentó 6 piezas inferiores en buen estado paradontal.

Al señor Ismael se le realizaron exodoncias de todos los restos radiculares y del tercer molar, una en cada cita, para tener mayor control del paciente y su cicatrización. La cicatrización del señor Ismael fue muy favorable, tomando en cuenta que el paciente presentaba un alto grado de glucosa en sangre (cerca de 300 mg/dl). Por tal motivo, su tratamiento se consideró un éxito.

Se procedió a la toma de modelos para la realización de una placa total superior y placa parcial inferior con ganchos retenedores en las piezas 33 y 43.

En busca de niveles normales del nivel de azúcar en sangre de la DMTH y de mejorar las relaciones familiares para disminuir las tensiones, se atendió al paciente diabético y su familia mediante una Intervención Terapéutica Familiar.

A continuación se presentan las fases iniciales de la Intervención Terapéutica Familiar.

Contacto Inicial

La ficha de contacto inicial se realizó el 23 de junio de 1998. Como la señora Mercedes y el señor Ismael son esposos se aplicó la ficha de contacto inicial en la misma sesión. Los resultados obtenidos de la ficha de contacto inicial se presentan en los anexos 1 y 2.

De esta sesión se obtuvieron los nombres de los miembros de la familia y se identificaron los integrantes que viven en la misma casa. Se consideró la dieta como uno de los problemas para el cumplimiento de las prescripciones de Medicina. Se puso de manifiesto que la manera en que han tratado de controlar su DMTH es sólo a través de medicamentos. Especificaron que, a la fecha de la sesión de contacto terapéutico la señora Mercedes tenía ya 16 años con DMTH y el señor Ismael 10 años.

Pretendían con la Intervención Terapéutica Familiar, La señora Mercedes estar mejor con las demás personas y el señor Ismael sentirse físicamente sano.

En cuanto a problemas médicos anteriores mencionaron que la señora tuvo una operación de la vesícula y al señor se le colocó un aparato para su sordera. Ambos, en los últimos seis años se atendieron en el Seguro Social, a través de medicamentos y con resultados poco satisfactorios. En este periodo se le recetaron los siguientes medicamentos: Tolbutamida, Glibenclamida, Biglucon y Mellitron

Los dos consideraron tener problemas familiares. El problema que seleccionaron para trabajar fue el control de su DMTH. La señora calificó este problema con una puntuación de 4 y el señor con una puntuación de 2, cabe señalar que 10 indica sentirse muy bien y 0 lo contrario (Anexos 1 y 2).

Entrevista acerca del Impacto de la Diabetes y Escala del Funcionamiento Familiar

Esta sesión se realizó en la casa de los pacientes el día 6 de septiembre de 1998, para lo cual se les pidió reunir a su familia, sobre todo a los miembros que viven en el mismo domicilio de la pareja con DMTH.

Los integrantes de la familia reunidos en la sesión fueron la señora Mercedes, el señor Ismael, sus hijas Hilda y Sonia además de su hijo Alejandro y esposa quienes residen en su propio domicilio.

En la Escala del Funcionamiento Familiar (ver anexo IV) los resultados en las 9 categorías fueron funcionales, con excepción de afecto negativo donde el resultado fue disfuncional. Esto nos dice que hay presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia, lo cual se corroboró con las otras evaluaciones.

En la Entrevista Acerca del Impacto de la Diabetes (ver anexo III) los resultados mostraron que:

- La familia tenía una información de la DMTH incompleta y distorsionada, pues conocían poco y no tenían conocimiento del proceso terminal de la DMTH.
- Varios aspectos de la DMTH los habían escuchado por terceros de forma distorsionada.
- Había rigidez en los roles pues cada quien se dedicaba a sí mismo.
- Con la finalidad de encontrar apoyo para controlar su DMTH, recurrieron a clínicas IMSS.

sesión Terapéutica Previa

La sesión Terapéutica Previa se organizó con los integrantes del equipo multidisciplinario involucrados de manera directa con la atención de la pareja. La sesión fue una charla donde se presentaron fotografías que mostraban las complicaciones tales como: diabetes diabético, retinopatía diabética, amputaciones de miembros inferiores, etc.

Previo a la sesión, el equipo multidisciplinario organizó la forma en que se daría la información a la familia y los pacientes.

Se acordó llevar como materiales, un proyector con 28 diapositivas y láminas para apoyar la información que se le daría a la familia. Los pacientes diabéticos y su familia proporcionaron un espacio en la casa para la proyección de diapositivas.

El 18 de octubre de 1998 se asistió a la casa de la pareja con DMII encontrándose los integrantes de la sesión anterior y una hija que no había estado la ocasión anterior.

En la presentación del equipo multidisciplinario se proyectaron las diapositivas del logo de la FES Zaragoza, la entrada a la UMAI Tamaulipas, fotos de una catarata, de complicaciones en los pies, amputaciones, problemas en la piel, entre otros.

La información se dio de la siguiente manera:

- Descripción de salud.
- Descripción de la DMII por parte de medicina. Se mencionó el trabajo inicial con la pareja que era la toma de presión, el dexrostix y la consulta de medicina.
- Descripción de las complicaciones de la DMII, concluyendo con las complicaciones probables que podían padecer la pareja.
- Descripción del tratamiento por parte de cada área que conforma el equipo multidisciplinario.

La familia durante la sesión o charla planteó varias preguntas de situaciones que habían vivido o se presentan actualmente. Por ejemplo, una de esas preguntas fue el por qué su hija Sonia había tenido altos niveles de azúcar, lo cual fue respondido por el área correspondiente. Las otras preguntas fueron respondidas de igual forma, por el área correspondiente. También la familia menciona que la salud es muy importante.

En la siguiente sesión, la familia aceptó trabajar en la Intervención Terapéutica Familiar. Esta y todas las sesiones terapéuticas se presentan en la sesión I del anexo VIII.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA FAMILIAR

En la Intervención Terapéutica Familiar participaron la señora Mercedes, el señor Paco y su familia.

Contacto Inicial

En la primera sesión con la pareja se identificó la dieta como uno de los problemas con las prescripciones de Medicina y la manera en que habían tratado de resolver su problema de control de la DMTH mediante medicamentos. Ahora llevan su dieta no por obligación, sino que se han habituado a ella. Ya el control no solo depende de los medicamentos sino que ellos son parte importante de este, pues siguen dieta, realizan ejercicio y mejoraron sus relaciones familiares (anexo VIII, sesión-8).

El problema que habían planteado para trabajar fue el del control de su DMTH, la señora calificó este problema con una puntuación de 4 ahora la calificación que le dio fue 7 y el señor evaluaba el problema con 2 ahora lo ubica con 8 (Anexos I y II)

Contacto de la Diabetes y Escala del Funcionamiento Familiar

En la Escala de Funcionamiento Familiar (ver anexo X) la categoría de afecto negativo había resultado disfuncional. Esto nos decía que habían sentimientos y emociones

de malestar dentro de la familia. En la segunda evaluación las 9 categorías resultaron funcionales.

En la Entrevista Acerca del Impacto de la Diabetes (ver anexo IX) la familia mostró tener información de la DMTII incompleta y distorsionada, pues conocían poco y no tenían conocimiento del proceso terminal de la DMTII. Ahora la familia y los pacientes cuentan con más información, como las causa, características, síntomas, complicaciones y forma de control.

También se reconoce el proceso terminal de la enfermedad, para lo cual manifiestan más cuidados y siguen las indicaciones de los profesionales de la salud. En esto último fue de gran ayuda la sesión terapéutica previa, donde participaron familia y equipo multidisciplinario.

La rigidez que prevalecía en la familia disminuyó. Ahora la familia se apoya en las diferentes actividades que desarrollan.

Resumen de Caso

A) Motivo de Consulta:

El señor Ismael y la señora Mercedes acudieron al tratamiento multidisciplinario por que no podían bajar sus niveles de azúcar, los dos tenían 350gl/dl. También pidieron arreglar sus dientes, para poder comer bien.

Se consideró que el no estar en los niveles normales de glucosa en sangre, era razón suficiente para ser invitados a la sesión terapéutica previa, donde la familia y el paciente deciden si reciben la Intervención Terapéutica Familiar o no. En el caso presentado la familia aceptó (anexo VIII, Sesión 1).

B) Descripción del Problema:

La señora Mercedes y el señor Ismael presentaban la siguiente problemática:

- ♦ Solían “pellizcar” alimentos como dulces y antojos callejeros

- ◊ Disgustos familiares que se suscitaban por que en casa había muchos pájaros y guajolotes los cuales eran atendidos por la señora Mercedes. Esto provocaba enojo en sus hijas y en el señor Ismael y
- ◊ La sordera del señor Ismael que lo conducía a gritar. También lo obligaba a interpretar lo que pensaban los demás de él, lo cual desagradaba a sus hijas (anexo VIII, sesión 1)

A) Definición del Problema:

El caer en la tentación de "pellizcar" alimentos y las discusiones familiares provocaban que se elevaran los niveles normales de glucosa en sangre (anexo VIII, sesión 1).

B) Objetivo Terapéutico: Ambos se propusieron "estar bien", definiéndose esto como sentirse físicamente sano y tener controlado su nivel de glucosa en sangre, lo cual no habían logrado (anexo I y VIII, sesión 1)

El cambio mínimo establecido por la familia, fue

- ◊ Organizarse en cuanto a horarios y funciones en casa, estas son las pautas que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado de acuerdo al ciclo vital por el que se atraviesa y
- ◊ Controlar el nivel de azúcar en sangre, esto es, mantenerlo igual o por debajo de 140mg/dl en ayunas (anexo VIII, sesión 1).

A) Intervenciones:

- ◊ Escuelas de Terapia Familiar El caso se abordó con la terapia Estructural, pues en la familia faltaba desarrollar sus propios recursos para enfrentar la DMTII de los padres.

Se abordó la exigencia preferente de la etapa del ciclo evolutivo en que se encontraba la familia "la partida de los hijos".

También se requirió de la terapia de MRI Palo Alto, pues se tenía que investigar el tipo de soluciones utilizadas por la familia, las cuales no habían sido efectivas para el control de la DMTII, además porque se requería tener definiciones de los problemas en conductas concretas.

♦ Intervención:

1. Cambio Mínimo: Nos posibilitó saber qué conducta, que de conseguirse, daría de alta al paciente. En este caso se estableció que se iban a organizar y a controlar la DMTII, entendido esto como estar en los niveles normales de glucosa en sangre (anexo VIII, sesión 1).
2. Tarea Directa: Se propuso la realización directa de otra conducta alternativa. Esto consistió en pedirle a Sonia e Hilda y cuando pudiera Laura, que se pusieran de acuerdo para que un día acompañaran a sus padres en los ejercicios que hacen en casa. El resultado fue favorable pues ayudó a Hilda a quitarse el miedo de hacer ejercicio y sus padres se motivaron aún más para seguir su tratamiento, dado que se sintieron apoyados (anexo VIII, sesión 3 y 4)
3. Metáfora: Se contó una historia de la cual el paciente habría de sacar una moraleja relacionada con su problema. La historia consistía en un consejo dado por el abuelo al padre.
En este caso el señor Ismael se enojaba por que sus hijos no seguían sus consejos. Se le narró una historia donde se le dio el mensaje que lo único que puede hacer el padre es aconsejar a los hijos y es responsabilidad de los hijos si toman o no este consejo (anexo VIII, sesión 2 y 3)
4. Tarea Paradójica: Se prescribió la continuidad de la secuencia sintomática, justificando esta decisión, es decir, se indicó a la familia que continuara presentando las dificultades familiares y la falta de organización familiar. Con esto se logró que la familia se organizara y así disminuyeran las dificultades familiares (anexo VIII, sesión 1 y 2)

Otra intervención paradójica fue decirles que aunque han mejorado notablemente, en cualquier momento podía haber una recaída, de

haberla era normal y necesario, pues de suceder ellos ya conocían la forma de volver a controlar la DMTH. En la siguiente sesión hubo una recaída, pero estaban convencidos de que lograrían estar nuevamente controlados, lo cual lograron. (anexo VIII, sesión 5 y 6).

5. Connotación Positiva: Cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas. En los dos últimos registros de glucosa en sangre se obtuvieron los siguientes resultados, Mercedes 200mg/dl y 150mg/dl e Ismael 180mg/dl en las dos ocasiones. Se le menciona a la familia que el subir los niveles de glucosa en sangre no se veía como un fracaso sino, una posibilidad de la cual se valga la familia para demostrar la fortaleza que tienen para superar estos problemas. En la siguiente sesión la señora Mercedes tenía 150mg/dl y el señor Ismael 140mg/dl (anexo VIII, sesión 7 y 8)

f) Situación Actual: La familia muestra organización, pues se han repartido funciones y quehaceres equitativamente, don Ismael ya no se enoja tanto y no impone sus consejos. Se les dio de alta por alcanzar la meta tener 110 mg/dl, cambio mínimo establecido por la familia, pues este resultado muestra una DMTH controlada (anexo VIII, sesión 9)

G) Seguimiento

3 de mayo de 1999. La señora Mercedes presentó una glicemia de 140 mg/dl y el señor Ismael 120mg/dl por lo que se consideraron controlados. Posteriormente continuaron organizados, siguieron realizando ejercicio en compañía de sus hijas, siguieron su dieta, tomaron sus medicamentos y la pareja diabética sale frecuentemente a excursiones.

23 de marzo del 2000. La señora Mercedes menciona tener una glicemia de 120 mg/dl y el señor Ismael 160 mg/dl. Ambos asisten a atención al Seguro Social. La señora Mercedes ha buscado otras alternativas como tratamiento naturista y Acupuntura. Al señor Ismael no le llama la atención esias

alternativas, menciona que sus anteriores registros han sido inferiores a 140 mg/dl. Su hijo mayor Ismael pasa por ellos para correr por las mañanas. Lo anterior se debe a que Ismael hijo se realizó una glicemia central, con el resultado de 200 mg/dl. Realizó dieta y ejercicio, lo apoyo la familia y sus padres le dieron consejos. Al realizarse otra glicemia central obtuvo 90 mg/dl. Hilda y su pareja se independizaron, y su hija Mercedes y su esposo están viviendo ahora con ellos.

H) Comentarios:

La Intervención Terapéutica Familiar fue eficaz y adecuada. La familia demostró una gran disposición al cambio y los hijos en todo momento apoyaron el control de sus padres a la vez que comenzaron a modificar sus propios hábitos. Algo importante es que la pareja y su familia encontraron nuevas formas para manejar sus niveles de glucosa, pues si subían sus niveles, sabían como bajarlos, y si sus niveles estaban bajos sabían como controlarlos.

Simplificando los resultados tenemos que la pareja esta controlada pues tiene niveles de azucar en sangre menores o iguales a 40mg/dl. En cuanto a la estructura y dinamica familiar esta es funcional. Lo anterior fue resultado de la Intervencion Terapéutica familiar.

Los resultados fueron muy favorables, pero esto no fue producto de una sola disciplina pues así no cobra algun sentido. Lo importante es la interacción que hubo de enfermería, Medicina, Odontología y Psicología, por que de esta manera se logró el control de la pareja, debido a que las formas de intervención estuvieron vinculadas con el fin de que los pacientes resolvieran su problema de la DMII.

CONCLUSIONES

En la presente investigación propone una Intervención Terapéutica Familiar como alternativa para la modificación de hábitos familiares que favorezcan el control del paciente diabético, lo cual generó beneficios directos al paciente, pues con esta intervención se incrementó la probabilidad de lograr el control de la enfermedad.

La investigación deja atrás la idea de que el problema de la diabetes debe ser abordado desde una perspectiva que comprenda únicamente la atención de la persona con diabetes. El diabético no debe ser considerado como la única unidad de estudio y tratamiento, pues hay que considerar a la familia, la sociedad y el medio ambiente como la verdadera unidad de estudio. Entre individuo o familia o sociedad o medio ambiente no hay barreras que los separen, los cuatro interactúan, se corresponden y por ende, se influyen mutuamente.

Con la Intervención Terapéutica Familiar se coadyuvo al control y en su caso, a evitar la aparición de complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II, respondiendo a una gran variedad de problemas que en el ámbito familiar no favorecen a que el paciente con Diabetes Mellitus tipo II logre controlar su enfermedad. Bajo este sustento, la atención se brindó tanto a la familia como al diabético.

En la intervención familiar se concretizó la propuesta teórica de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar y Comunitaria: "convertir a la familia en una auténtica Unidad de Cuidados que facilitará el correcto control integral y no solo metabólico de la persona diabética" (1998 pág. web). Además de "proteger a la familia de situaciones funcionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones" (SAMFYC, 1998)

En cuanto a la familia se puede decir que el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II debería modificar los hábitos y el modo de vida de la primera, así como del paciente. Se menciona "debería" porque el diagnóstico genera un conflicto pues familia y paciente tienen que optar ya sea por cambiar, entendido esto como el hacer caso a los profesionales de la salud en cuanto a dieta, ejercicios entre otras cosas, o preservar hábitos alimenticios y modo de vida los cuales provocan niveles de glucosa en sangre altos.

Con la Intervención Terapéutica Familiar se desarrollaron los mecanismos familiares que llevan a recuperar la homeostasis amenazada por esta situación ya que la familia encuentra soluciones que contribuyen al control de la diabetes del paciente. De esta manera se guía el poder de influencia de la familia en favor del control y modificación de hábitos alimenticios, logrando que sea por convicción el cambio de dieta y la realización de ejercicios.

Con la intervención a la familia se lograron beneficios adicionales, puesto que no sólo se abordan problemas relacionados a los hábitos alimenticios, sino también se resolvieron problemas familiares, ya que si la familia logra resolver problemas del ámbito familiar, entonces puede organizarse para crear condiciones que le facilitan a su diabético controlar los niveles elevados de glucosa en sangre. Esto constituye la base para modificar hábitos alimenticios, lo que a su vez propicia el control de la Diabetes Mellitus tipo II.

Una dificultad importante que se encontró durante la implementación de la Intervención Terapéutica Familiar fue, en una situación particularmente difícil para el diabético, la época de invierno, porque al paciente con diabetes no le es fácil controlar su enfermedad y a la familia se le dificulta apoyarlo en esta labor.

Quizás esto se deba, de acuerdo con Cardoso (1991) a que la familia tiene una cultura alimenticia que impide en ciertas épocas del año, se realice la dieta, pues esta no es compartida por el resto del grupo con el que el paciente convive. También se puede deber a

hay un marcado interés por la integración y unión de familia y que para lograr esta condición, es parte fundamental la elaboración de platillos especiales, los cuales, incidentalmente, son proscritos por el médico.

Esto es, la propuesta es que la intervención con el paciente debe en un futuro tomar cuenta las características culturales alimenticias del diabético mexicano.

La Intervención Terapéutica Familiar se fundamenta en la Terapia Familiar porque logra que con sus evaluaciones y técnicas para el cambio, la familia se involucre en el tratamiento del paciente con diabetes con lo que influye en el control de glucosa de este mismo.

La Terapia Familiar señala que para poder atender a un paciente debe ser por que él así lo solicita. Empero, en el problema del control de los niveles altos de glucosa, el paciente no reconoce tener problemas familiares o individuales relacionados con el control de su diabetes, por lo que no contempla como alternativa a su problema la terapia.

Lo anterior se convierte en una limitante para la implementación de una Terapia Familiar, pues esta orientación terapéutica defiende la libertad del paciente para elegir si quiere terapia o no. Sin embargo, aunque el diabético no reconozca problema alguno, el motivo suficiente para cancelar la intervención familiar, es innegable que el diabético tiene un problema mayor que es la incapacidad de controlar la diabetes, por lo que, si éste se niega a recibir atención terapéutica, reduce la posibilidad de controlarla, propiciando así el avance de la enfermedad, lo que a la larga puede causarle graves complicaciones e incluso muerte.

En la Intervención Terapéutica Familiar presentada en esta investigación se resolvió el problema implementando una sesión terapéutica previa. Así el paciente y su familia se enteraron de que tienen un problema que debe ser tratado, lográndose así, que la familia y el paciente solicitaran la intervención.

Esta sesión generó un doble beneficio, pues por un lado, se respetó la libertad del paciente a decidir si necesita terapia con lo que se logró que el paciente se de cuenta de su problema y conozca la alternativa de solución, evitando las complicaciones o quizás la muerte misma. Por otro lado, se creó una propuesta que retroalimenta la Terapia Familiar, pues se encontró una alternativa para que el paciente, aún cuando no reconozca algún problema, se percate de la necesidad de recibir una intervención terapéutica.

Otra limitante en la terapia familiar, es que una vez que es dado de alta el paciente, hay sesiones de seguimiento para confirmar que ha resuelto su problema. De cumplirse esta condición, ya no se vuelve a atender al paciente a menos que éste lo solicite, lo que implica que se deba realizar un nuevo contrato terapéutico. Lo anterior es una limitante porque después de un periodo no se sabe cual es la condición del paciente, pues se desconoce si lo logrado por la terapia fue permanente o si meses o años adelante, se presentaron problemas que no le permitieron controlar su diabetes.

Esta circunstancia sugiere que el terapeuta deje de ser alguien que sólo atienda a la familia desde que ésta presenta el problema y hasta que es dada de alta. La sugerencia concreta es que hay que dar seguimiento periódico a los pacientes atendidos, con lo cual el terapeuta se debe convertir en un personaje del cual la familia, así como del médico, deba recibir retroalimentación permanente.

Por otra parte, el adecuar las escuelas Estructural y Palo Alto, brindó la opción de atender a la familia, al considerar que el síntoma o problemática está vinculado con todo el sistema familiar sin dejar de lado la atención de algún integrante de la familia.

También el intervenir con técnicas para el cambio, proporcionadas por estas dos escuelas, amplió la intervención debido a que dichas técnicas pertenecen al enfoque sistémico y sus intervenciones no se contraponen.

Con la integración del procedimiento de evaluación de estas escuelas, se obtuvieron una gran variedad de datos, los cuales ofrecían un mayor campo de información y acción al respecto, lo que dio un mayor grado de confianza en los resultados de pretratamiento y tratamiento de la familia. Pues las diversas evaluaciones confirmaron un mismo resultado.

Gracias a lo anterior, el terapeuta contó con varias alternativas para lograr que la familia del paciente diabético lograra relaciones familiares estables y así controlar la diabetes de su familiar.

Otra sugerencia hacia la Terapia Familiar, derivada de la presente investigación, es que en lugar de discutir si utilizar alguna de estas escuelas en particular no es correcto, o si un enfoque es más adecuado que otro, es más conveniente la utilización de las dos para resolver diversos aspectos de la problemática familiar y del paciente con diabetes, ya que en este trabajo, los dos enfoques y no sólo uno lograron el éxito terapéutico.

Esta forma de adecuar dos escuelas terapéuticas con éxito, nos proporciona una observación adicional: la alternativa dentro de la Psicología, de evitar lo que se opone entre las escuelas terapéuticas y en cambio encontrar las concordancias para generar mejores beneficios al paciente diabético.

Asimismo y con respecto al ámbito multidisciplinario, al hablar de concordancias, nos referimos a encontrar limitantes disciplinarias, con la finalidad de encontrar la respuesta a dichas limitantes. Por ejemplo la Medicina le ofrece al paciente todos los recursos necesarios para controlar su enfermedad, pero no hay resultados favorables por la falta de cooperación del paciente mismo. Con esta intervención, que aporta la Psicología, se da una respuesta favorable a esta limitante. Aquí es donde se da la concordancia entre dos disciplinas, es decir, este es uno de los espacios donde se concretiza la multidisciplinaria.

Este trabajo es ejemplo del trabajo multidisciplinario puesto que muestra que la interacción que hubo de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología logró el control de la diabetes de los pacientes. Este resultado es producto de la comunicación y formas de intervención vinculadas entre las disciplinas participantes

Por lo mencionado, la Multidisciplina se puede concebir como una alternativa de solución no sólo en el problema de la diabetes, sino también para cualquier problemática. Pues muestra que tan efectivo es dejar atrás problemas segmentados y soluciones parciales, para avanzar con un abordaje de atención de problemas en forma global, lo cual lleva a expectativas de solución más amplias y satisfactorias.

La presente investigación se fundamentó, de acuerdo con Cardoso y Pérez (1995), en una premisa de la multidisciplinaria: el problema en cuestión determina el grado de participación de cada disciplina en la explicación y solución de éste. Dicho de otra forma se debe tener presente que los conocimientos disciplinares son complementarios, lo único que hace la multidisciplinaria es hacerlos concordar.

En esta investigación se observa la importancia de las concordancias disciplinares, las cuales nos conducirán a la superación del conocimiento humano y al logro de soluciones efectivas a los problemas de estos. Pero también no hay que dejar de lado las limitantes disciplinares, las cuales son la base para la superación científica y lo fueron en el problema abordado.

Otro concepto recorre a lo largo de la investigación es el de sistema, que es un fenómeno en el cual lo que importa es la interacción entre los elementos que lo componen y no se maneja en función de cada uno de sus elementos.

Partiendo de esta concepción de sistema se puede decir que en la presente investigación hay tres subsistemas los cuales tienen funciones y participantes diferentes:

1. En el ámbito multidisciplinario, se mostró que puede haber unidad en la ciencia mediante la integración disciplinaria que en este caso fue logrado con Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología. Con esto se dio un giro a la atención tradicional de la diabetes, pues los pacientes fueron atendidos de forma integral y social, donde ellos junto con otros individuos forman parte de su recuperación, apoyados de varios profesionales y disciplinas. lo cual pone de manifiesto que todos los hombres somos responsables e influyentes en la salud propia y ajena.

2. Dentro de la Psicología, se diseñó una estrategia psicológica de intervención familiar, que contiene la adecuación de dos formas de terapia, que son Estructural y de MRI Palo Alto, obteniéndose así un resultado satisfactorio que sugiere, que las diferencias entre las escuelas terapéuticas, que conducen al choque dogmático deben evitarse, para dar paso a la búsqueda de coincidencias, lo cual, por lógica nos conducirá a un avance de la propia Psicología.

3. En el ámbito familiar se logró la interacción entre la familia y los profesionales involucrados, para el control de la diabetes. Con esto se dejó atrás la participación tradicional del paciente, el cual sólo recibía indicaciones de su médico, las cuales, solamente seguía en algunas ocasiones. También se superó la ausencia de tratamiento a los problemas familiares.

Con base en este último punto, en la presente investigación, se propuso que el papel primordial del control de la diabetes dependa del paciente y su familia. En esta perspectiva la familia ya no observa, compadece y complace al paciente, sino lo motiva y cambia para beneficio de éste.

Así es que, tanto la Multidisciplina como la Terapia Familiar buscan las interacciones, aunque a un nivel distinto, pues la terapia familiar busca resolver problemáticas que están bajo la interacción de todo el sistema de la familia, pero esto se contempla desde una perspectiva disciplinaria que es la psicológica, y la multidisciplinaria conecta perspectivas disciplinarias donde se encuentra incluida la Psicología, para la solución de problemas que en este caso es la diabetes.

Además, debido a que la Terapia Familiar solo reporta resultados cualitativos, los juicios que podrían estar en tela de juicio por el resto de los integrantes del equipo multidisciplinario que no son psicólogos, se recurrió en el trabajo a la aplicación de evaluaciones cualitativas y cuantitativas. Esto quiere decir que se obtuvieron datos objetivos a través de lo que observó el terapeuta y manifestó el paciente con diabetes junto con su familia, pero como complemento se obtuvieron datos objetivos mediante la evaluación del funcionamiento familiar, además de los registros de glucosa en sangre.

Los datos cuantitativos son importantes en el trabajo multidisciplinario para mostrar la incidencia de la terapia familiar en el control de la diabetes ya que las otras disciplinas se manejan con resultados cuantitativos.

La Intervención Terapéutica Familiar presentada en esta investigación, no sólo podría ser aplicable al problema de la diabetes, ni enfocarse sólo al área de la salud, sino que podría ser utilizada en otras enfermedades crónicas como la obesidad o en otras áreas como la social, por ejemplo, el sistema penitenciario para buscar la readaptación de los internos.

En esta última área sería de un amplio beneficio para incrementar la probabilidad de readaptación social a sentenciados, esto significa que un interno no vuelva a reincidir en algún delito. Es bien sabido que el índice de reincidencia es alto y la propuesta de trabajo para este problema sería:

- ♦ La instrumentación del Modelo de Atención Multidisciplinaria, el cual orientó la presente investigación, debido a que no hay una integración de las disciplinas que atienden al interno con el fin de readaptarlo.
- ♦ Un trabajo psicológico con la familia para que ésta construya, junto con el interno próximo a conseguir su libertad, pautas de comportamiento que lo apoyen a evitar cometer algún delito.

Si se establece la integración de las diferentes disciplinas que brindan tratamiento al interno formando un equipo multidisciplinario y además se incorpora la intervención terapéutica Familiar la cual atienda el problema de reinserción del interno con su familia, más posibilidades de que se logre el que un ex-interno no vuelva a reincidir.

Podemos decir que práctica y teoría, vida y muerte, salud y enfermedad, conocimiento e ignorancia, individuo y familia, multidisciplinaria y multiprofesionalidad no son situaciones aisladas sino que cada binomio conforma una experiencia total. Cada momento es de la totalidad y esta albergada en cada una de las partes. En la presente investigación pretendió encauzar a las partes al encuentro del todo.

Finalmente una premisa esencial en la presente tesis es que nuestra realidad y el ser humano se encuentran repartidos en varios pedazos que posee cada disciplina, escuela terapéutica o persona. Comprender, reconstruir y solucionar el problema en su totalidad es una necesidad.

REFERENCIAS

- Alvarez A. R. (1991). **Salud pública y medicina preventiva**. México D.F. - Sanate de Bogotá: El manual moderno.
- Beltrán R. L. y Mandujano, V. S. (1995). El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos. **Revista Iberoamericana, número especial de Terapia familiar**, 39-44.
- Cardoso G. M. A. (1991). **Construcción de alternativas multidisciplinarias para el área de la salud**. Tesis para obtener el grado de maestría. Universidad la Salle.
- Cardoso G. M. A. (Abril 1996). **La UMAI Tamaulipas: el espacio donde se ciernen la multidisciplinaria**. Documento interno de la UMAI Tamaulipas
- Cardoso G. M. A. (1996). **Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria**. Editado por las FES Zaragoza
- Cardoso G. M. A. (1997). Importancia de una definición conceptual que oriente la práctica multidisciplinaria. En **Comunidad Zaragoza**, 5. (3). Editado por Merino Lazzarini R. Marcelo.
- Cardoso G. M. A., Figueroa R. M. E. Y Pérez C. J. T. (1996). La UMAI Tamaulipas: ¿Psicología o Multidisciplinaria?. En **Comunidad Zaragoza**, 28. (2). Editado por el departamento de Publicaciones.
- Cardoso G. M. A., Figueroa R. M. E. Y Pérez C. J. T. (1995). Beneficios del ejercicio multidisciplinario en el campo de la salud. En **Las Multidisciplinarias**, editado por Sara E. Aldés Martínez, Enrique Salas Téllez y Laura Vilorio Montoya. FES Cuautitlán. UNAM.
- Cardoso G. M. A. Y Orozco C. L. (1996). Documento de circulación interna en la UMAI Tamaulipas **Problemas del habla relacionados con maloclusiones**.

pió H. M. Y Alvarez S. L. Y Garcia M. M. (1995). Las Unidades Multidisciplinarias y su impacto en la sociedad. El caso de la FES Zaragoza. En **Las Multidisciplinarias**, editado por Sara E. Valdés Martínez, Enrique Salas Téllez y Laura Viloria Montoya. FES Cuautitlán, UNAM.

Treras A Y Vila C. (1998) **Terapia Familiar**. Con la Colaboración de la Universidad de Zaragoza España. En red: <http://ebro.unizar.es/fts>

W. y Ridner M. L. (1990). **Manual de terapéutica médica**. Department of Medicine Washington University. School of Medicine. St. Louis, Missouri. U.S.A.

Le O. C M, De L. (1994). **El impacto de la enfermedad crónica, en la familia del paciente hospitalizado**. Tesis para obtener el grado de psicoterapeuta familiar. México: Instituto de la Familia AC.

z S J (1994). **Tengo Diabetes... ¿Qué puedo comer?** Documento de la Asociación Mexicana de México. A. C. Editado por Lilly. México.

Grupo Multidisciplinario (1996). Documento interno de la UMAI Tamaulipas. **Diabetes: Programa de Atención Multidisciplinaria**. Editado por UMAI Tamaulipas.

ejel A E (1996) **Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar**. México: Instituto de la Familia AC.

mosa S. M. R. (1992). **El ciclo vital en las familias mexicanas: características culturales y estructura familiar**. Tesis para obtener el grado de master of arts in family counseling and therapy. Universidad de las Américas. A.C.

hández V (1988). **Psicoterapia Estratégica**. México: Universidad Autónoma de Puebla.

hández De C M. (1987). En busca de un estilo de trabajo. En Robles, De Fabre T. Et al. **El enfermo crónico y su familia**. México: Nuevomar.

man CH. H. y Rosman L. B. (1986). **El cambio familiar: desarrollo de modelos**. Barcelona. Gedisa.

Griffin J. E. (1984). *Endocrinología y metabolismo*. México, Bogota, Buenos Aires, Guatemala McGRAW - HILL

Grupo De Información Y Prevención Contra Diabetes Mellitus GIPDIM (1997) *Lo preocupante...* Coordinado por Maribel Mejía Soto. México. IPN En red. <http://www.insp.mx/salud/galcno/html>

Guerrero G. I. (1994). *La familia del paciente diabético*. Tesina para obtener el diploma de especialización como terapeuta familiar México: Instituto de la Familia AC

Guerrero-Romero J. F. Y Rodríguez-Morán M. (13-Mar-97). *Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia*. En red: <http://www.insp.mx/salud/39/39t-6s.html>

José, S., E (1996). *Propuesta de trabajo intradisciplinario en la UMAI Tamaulipas*. Tesina para obtener el título de licenciatura en Psicología. FES Zaragoza, UNAM.

Keeney, P. B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Keeney, P. B. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lilly (1994) *Como controlar su diabetes*. Editado por Eh Lilly and Company.

Malacara, J. (1997). *Fundamentos de endocrinología*. Mexico: Masson-Salvat Medicina. 4ª edición 6ª reimpresión

Maldonado M I (1998) Corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar En *Perspectivas y contextos de la terapia familiar: de la circularidad a lo narrativo*. En red: <http://www.udg.mx/notypub/RUG/RUG4.DOSSIER4.html>

Marín, M D , (1993). *La formación profesional y el curriculum universitario*. México: Diana.

Metz R. Y Larson E B. (1987). *Manual de Endocrinología*. Madrid, Bogota, Buenos Aires, Caracas: Interamericana.

Miranda M. O. Y Maldonado L. S. (1996). El camino del doctorado en ciencias biológicas de la FES-Zaragoza. En *vida en Zaragoza*. 2. (1) Editado por Benny Weiss Steider

nuchin, S. (1995). *Terapias familiares*. México: Gedisa.

nuchin, S. (1993). *La recuperación de la familia*. Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós.

nuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

nuchin, S. y Fishman, CH. H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós.

lina A. J. (Julio de 1997) *Epistemología para terapeutas familiares*. Veracruz, México. En red: <http://bugs.invest.uv.mx/~cancer/revista/rev0709.htm> 21-Abr-98.

varro G. J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona - Buenos Aires - México: Paidós.

ma Oficial Mexicana. (1994). Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus a atención primaria. En el *Diario Oficial*, México.

aya, V. A. (1995). Aspectos históricos de las unidades Multidisciplinarias y su papel en UNAM. En *Las Multidisciplinarias*, editado por Sara E. Valdés Martínez, Enrique Téllez y Laura Vitoria Montoya. FES Cuautitlán, UNAM.

oa De A. I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

p. P. (1994). *El dilema del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

n Prospectivo De Desarrollo Estratégico 1994-2000 (1994). *Políticas*. UNAM, FES Agozo.

írez G. J. (1991) *La narrativa: Hacia una Terapia como Dominio Conversacional*. Trabajo presentado en el "II Encuentro de Psicología Clínica Institucional" organizado por Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez".

Rico B. M. (1996). En Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria. Editado por las IES Zaragoza

Robles, De F. I. (1990) Concierto para cuatro cerebros. México: Instituto Milton Erickson AC.

Robles, De Fabre T. Et al. (1987). El enfermo crónico y su familia. México: Nueva mar.

Rodríguez D. Y Arnold M. (1997) Sociedad y teoría de sistemas. En Excerpta N° 3. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. En red: <http://rchue.csocials.uchile.cl/rchue/home/facultad/publicaciones/Excerpta-excerpta8/inar2-1.htm>

Rubli, D. (1987) A modo de introducción. En Robles, De Fabre T. Et al. El enfermo crónico y su familia. México: Nueva mar

Sociedad Andaluza De Medicina Familiar Y Comunitaria. SAMFYC (1998). Abordaje familiar. En red: http://www.paien.es/biblioteca/medicina_hum

Tamorminguy A. (1998) Diabetes. En red: SEMM-Diabetes, <mailto:SEMM.comnutr.com.uy/diab.htm>

Umbarger, C. (1983) Terapia familiar estructural. Buenos Aires: Amorrortu

Vatz-Lewek P. (1980). La lenguaje del cambio. Barcelona: Herder

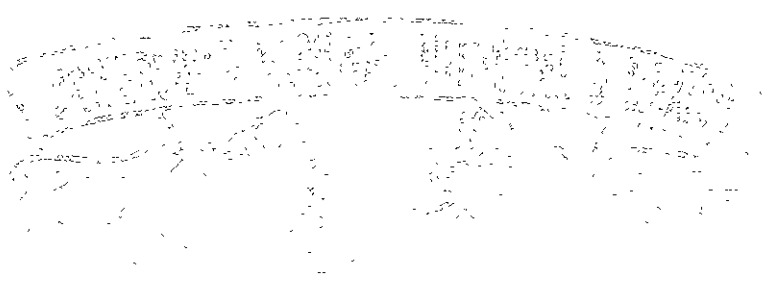
Venstern, F. (1994). Prologo. In Papp, Peggy. El dilema del cambio. Buenos Aires: Paidós

Votzeale J. J. Y García T. (1994). Escuela de Palo Alto. Barcelona: Herder

World Health Organization (1997) The Global Burden of Diabetes, 1995-2025. En World Diabetes No 3. World Health Report. Geneva Switzerland. En red: http://www.who.ch/program/ncd/cha_dia_home.htm

World Health Organization. (1997). The World Health Report 1997 En World Diabetes
no. 3. World Health Report. Geneva, Switzerland. En red:
http://www.who.ch/programmes/ncd/dia_home.htm

urén C. M. T. (1992). *Leyes teorías y modelos*. México: Trillas.



ANEXOS

NEXO I

FECHA DE CONTACTO INICIAL *

FECHA: 23 de Junio de 1998 PACIENTE DIABÉTICO Mercedes
 DOMICILIO: Calle 29 # 94, Coloma Ampliación las Águilas, Ciudad Nezahualcóyotl
 TELEFONO: 5 7 32 74 68

COMPONENTES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Nombres	Edad	Profesión	Estado Civil
Paciente	Mercedes	56	Hogar	Casada
Paciente	Ismael	56	Taxista	Casado
Hijo	Ismael	36	Labora en oficina	Casado
Huera	Anabel	36	Hogar	Casada
Hijo	Ismael	15	Escuela	Soltero
Hija	Jazmín	12	Escuela	Soltera
Hijo	Agustín	10	Escuela	Soltero
Hija	Guilhermina	9	Escuela	Soltera
Hijo	Alejandro	34	Pinta carros	Casado
Huera	Alma Laura	34	Hogar	Casada
Hija	Alejandra	13	Escuela	Soltera
Hija	Laura	15	Escuela	Soltera
Hijo	Alejandra	4	Casa	Soltero
Hija	Sonia	33	Seguro Social	Soltera
Hijo	Leonel	32	Tec. en alimentos	Casado

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- Principales razones por las que necesita ayuda para su problema de diabetes en este momento.

Por que no bajo el azúcar, quiero arreglarle los dientes, pues no puedo comer bien

- Desde cuando tiene el problema de la diabetes?

1 años.

* Para esta autora es una ficha telefónica estandarizada, en la cual el terapeuta recoge una serie de datos sobre familia y el problema. Este formato en la presente tesis muestran algunas modificaciones, que buscan captar información específica acerca de diabetes.

¿Cómo ha tratado de resolver su problema de diabetes?

medicamentos

De las indicaciones de medicina, enfermería, odontología o psicología ¿Cuales se le dificultan más?

a.

Los hábitos familiares le dificultan llevar a cabo las indicaciones de las áreas a las que ha acudido?

Antes era difícil, pero ahora ya me acostumbre

¿Que resultado busca como finalidad del tratamiento?

¡ Bien, digamos controlada.

¿Aparte de la diabetes que problemas médicos, operaciones y accidentes serios ha tenido?

Operación de la vesícula

¿Haga una cruz en los problemas que tengan que ver con su condición actual

Problemas familiares	/	Temblores y tics	/	No puedo tomar decisiones	
Problemas sociales	/	No puedo relajarme	/	Ideas de suicidio	
Problemas económicos	/	Estoy a punto de explotar	/	Sin interés	
Problemas sexuales	/	Tensión	/	Irritación	
Problemas de salud	/	No controlo la respiración	/	Pensamientos raros	
Problemas estomacales	/	Taquicardia	/	Experiencias extrañas	
Problemas de evacuación	/	Dolores de cabeza	/	Falta de relaciones	
Problemas para dormir	/	Siente perder de control	/	Miedos ridículos	
Problemas de concentración	/	Cambio de peso	/	Me siento confuso	
Tristeza en exceso	/	Cansancio continuo	/	Preocupación continua	/
Tristeza de llorar	/	Pesadillas	/	Obesidad	
Ansiedad o estresada	/	Ha perdido peso	/	Tiene mucha sed	

problemas en los ojos	/	Difícil llevar la dieta	/	Difícil realizar ejercicios	
-----------------------	---	-------------------------	---	-----------------------------	--

TRATAMIENTOS PREVIOS

AÑO	MEDICO	LUGAR	DURACION	TIPO	RESULTADOS
1992	No recuerda	Seguro Social	6 años	Medicamentos	Poco satisfactorios

MEDICACION	DOSIS
tolbutamida	3 veces al día
libenclamida	3 veces al día
gliby Eglucon	1 diaria
metilitron	2 veces al día

CUANTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS, DE 0 A 10.

PROBLEMA	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
control de la diabetes	4	9	

FORME MULTIDISCIPLINARIO:

medicina

diabetes tipo 2 del 19 de junio fue de 350 mg/dl

hipertensión 160/90

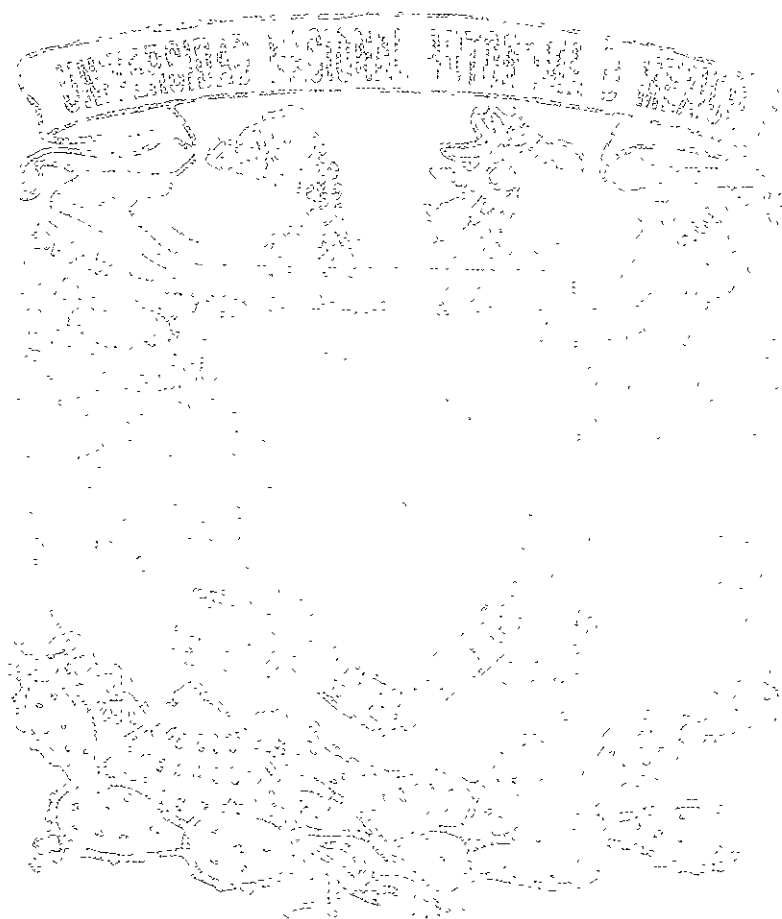
no refiere estreñimiento

enfermería:

no tiene problemas

nefrología

el examen de cabeza y cuello no presento ninguna alteración. Al examen intraoral presenta ocho ras dentales, los órganos dentales numero 33, 32, 31, 43, 42, y 41 presentan desgaste oclusal.





EXC II

AREA DE CONTACTO INICIAL

FECHA: 23 de Junio de 1998 PACIENTE DIABETICO. Ismael

DIRECCION: Calle 29 # 94. Colonia Ampliación las Aguilas. Ciudad Nezahualcoyotl.

TELEFONO: 5 7 32 74 68

COMPONENTES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Nombres	Edad	Profesion	Estado Civil
Madre	Marilce	33	Hogar	Casada
Hijo	Eduardo	5	Casa	Soltero
Hijo	Oscar	2	Casa	Soltero
Hija	Hijda	31	Hogar	Casada
Hijo	Mario	31	Maneja una combi	Casado
Hijo	Edwin	27	Mecánico	Casado
Madre	Isabel	28	Hogar	Casada
Hijo	Juan	3	Casa	Soltero
Hija	Isabel	2	Casa	Soltera
Hija	Merceles	25	Hogar	Casada
Hijo	Saul	26	Bordador	Casado
Hijo	Saul	8	Escuela	Soltero
Hija	Monica	5	Casa	Soltera

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Principales razones por las que necesita ayuda para su problema de diabetes en este momento
que necesito arreglar mi boca, para poder comer

Desde cuando tiene el problema de la diabetes

12 años.

Cómo ha tratado de resolver su problema de diabetes

únicamente con medicamentos

Esta historia es una ficha telefónica estandarizada, en la cual el terapeuta recoge una serie de datos sobre la familia y el problema. Este formato en la presente tesis muestran algunas modificaciones que buscan proporcionar información específica acerca de diabetes.

- De las indicaciones de medicina, enfermería, odontología o psicología ¿Cuales se le dificulta realizar?

icta.

- ¿Los hábitos familiares le dificultan llevar a cabo las indicaciones de las áreas a las que ha asistido?

o, pues paso a comer con mi mamá y ella ya me conoce.

¿Que finalidad busca como finalidad del tratamiento?

ntirme mejor, es decir físicamente sano.

¿Aparte de la diabetes que problemas médicos, operaciones y accidentes serios ha tenido?

le colocaron un aparato para la sordera

Haga una cruz en los problemas que tengan que ver con su condición actual

Problemas familiares	/	Temblores y tics		No puedo tomar decisiones	
Problemas sociales	/	No puedo relajarme		Ideas de suicidio	
Problemas económicos		Estoy a punto de explotar	/	Sin interés	
Problemas sexuales	/	Tensión		Irritación	
Problemas de salud	/	No controló la respiración		Pensamientos raros	
Problemas estomacales		Taquicardia		Experiencias extrañas	
Problemas de evacuación	/	Dolores de cabeza		Falto de relaciones	
Problemas para dormir	/	Siente perder de control		Miedos ridículos	
Problemas de concentración	/	Cambio de peso		Me siento confuso	
Trabajo en exceso		Cansancio continuo	/	Preocupación continua	/
Tristeza o llorar	/	Pesadillas		Obesidad	/
Siente ansiosa o estresada	/	Ha perdido peso		Tiene mucha sed	
Problemas en los ojos	/	Difícil llevar la dieta	/	Difícil realizar ejercicios	

TRATAMIENTOS PREVIOS

AÑO	MEDICO	LUGAR	DURACIÓN	TIPO	RESULTADOS
2002	No recuerda	Seguro Social	6 años	Medicamentos	Poco satisfactorios

MEDICACION	DOSIS
Tolbutamida	3 veces al día
Glibenclamida	3 veces al día
By Eglucon	1 diaria
Mellitron	2 veces al día

PUNTUACIÓN DE LOS PROBLEMAS, DE 0 A 10.

PROBLEMA	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
Control de la diabetes	2	8	

INFORME MULTIDISCIPLINARIO

Medicina

Su destoxitis del 19 de junio fue de 350 mg/dl

Hipertension 160/90.

Refiere mareo y es obeso

Infermeria

Sin problemas

Odontología

Al realizarle el examen de cabeza y cuello no presenta alteración. En el examen intraoral presenta ocho restos radiculares y en un tercer molar con caries de tercer grado, presenta 6 piezas inferiores en buen estado paradontal.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA DIABETES

Tomado de María De Lourdes De La O Chavez (1994)¹⁰

1. ¿Cómo se enteraron de la diabetes?

Mercedes - Cuando me operaron de la vesícula me lo dijo el doctor

Ismael - En una ocasión que fui con el doctor y me hicieron un diagnóstico

2. ¿Que tipo de información recibieron y quien se las dio?

1 Completa, hacen referencia a todos los diagnósticos

2 Incompleta y cierta, omite principalmente parte de las secreciones

3 Incompleta, y distorsionada, cubren los diagnósticos correspondientes a la patología de base y/o secreciones importantes, y su conocimiento sobre la diabetes está basado en aspectos subjetivos.

4 Ninguna, desconocen la información

5 No hay dato

3. ¿Que es una enfermedad que se da por comer azúcar, estar gordos y que heredan de nuestros padres. Puede causar ceguera. Esto lo sabemos por que hemos tenido amigos y un familiar con diabetes algunas amistades nos comentan lo que les ha sucedido por ser diabéticos, además de las veces que hemos ido con los médicos esta información la obtuvieron en el Seguro Social y por amistades.

4. ¿Cuál fue la reacción familiar al conocer el diagnóstico?

1 Apoyo, las familias refuerzan tranquilidad, mayor unión, etc.

2 Alteraciones del ánimo: depresión, tristeza, desamparo, culpa

3 Síntomas de ansiedad, miedo, nerviosismo, desesperación

4 No apoyo, los familiares requieren desmores y rechazo hacia el paciente

5 No hay dato

¹⁰ Para esta autora es una evaluación del impacto de la enfermedad en la familia a través de la exploración atarctica, teniendo como guía el cuestionario de nueve preguntas abiertas. Estas preguntas abiertas en la presente tesis muestran algunas modificaciones, que buscan recabar información específica acerca de diabetes.

¿Cuáles de ellos?

- 1 Miembros de la familia nuclear: conyuge y/o hijos solteros o divorciados que conviven en el mismo domicilio
- 2 Miembros de la familia extensa: padres, hermanos, hijos, nietos y familiares políticos
- 3 Miembros de la religión: sacerdotes, monjas y testigos de feñova
- 4 Amigos o vecinos
- 5 Otros: NSFR, Cruz Roja, ASFA

Seguro Social con médicos y ahora aquí en la clínica

¿Ha habido enfermedades previas en la familia: en la actual generación o en anteriores?

- Sí, hubo familiares del paciente que padecieron diabetes: padres, hermanos y/o hijos. A) padre, B) hermano, C) No hay dato
- No, hubo familiares del paciente que padecieron diabetes

Nota de señor Israel, a quien la familia apoyó al enterarse de que tenía diabetes. La señora Mercedes no lo comparte con diabetes.

¿Que cambios han surgido en la familia a partir de la diabetes? (Económicos, roles, afectivos, etc.)

- 1 Económicos: hicieron abstracción al deterioro de la economía familiar
- 2 Roles: se detectó rigidez en los roles
- 3 Psicológicos: a) mayor unión familiar, y b) reanudación de conflictos: mayor distanciamiento físico y emocional, conflictos familiares previos que se agudizaron, etc
- 4 Ninguno: lo familiares no detectaron cambios asociados a la aparición de la diabetes

¿La familia tienen definido lo que cada quien hace y no se involucran para apoyarse en sus actividades, o se quedan de los otros?

¿Cómo los han manejado?

1 Manejo funcional de los problemas (dando soluciones concretas y funcionales, a problemas específicos)

2 Distribución funcional de los roles

3 Polarización de los roles (idiosincrásicos, débil, fuerte, bueno, malo, etc.)

4 Evasión de la problemática

A nivel individual, utilizando mecanismos de defensa en forma rígida

A nivel familiar, a través de triangulaciones, comunicación enmascarada, alianzas patológicas, lucha por el poder, etc.

Cada quien hace lo que cree que debe hacer y no se apoyan.

¿Con que recursos cuenta la familia interna y externamente? (Redes de apoyo)

1 Miembros de la familia nuclear, cónyuge y o hijos solteros o divorciados que conviven en el mismo domicilio

2 Miembros de la familia extensa: padres, hermanos, hijos nietos y familiares políticos

3 Miembros de la religión: sacerdotes, monjas y testigos de Jehová

4 Amigos y o vecinos

5 Otros: INSI-S, Centros asilo

¿Cuenta con toda la familia?

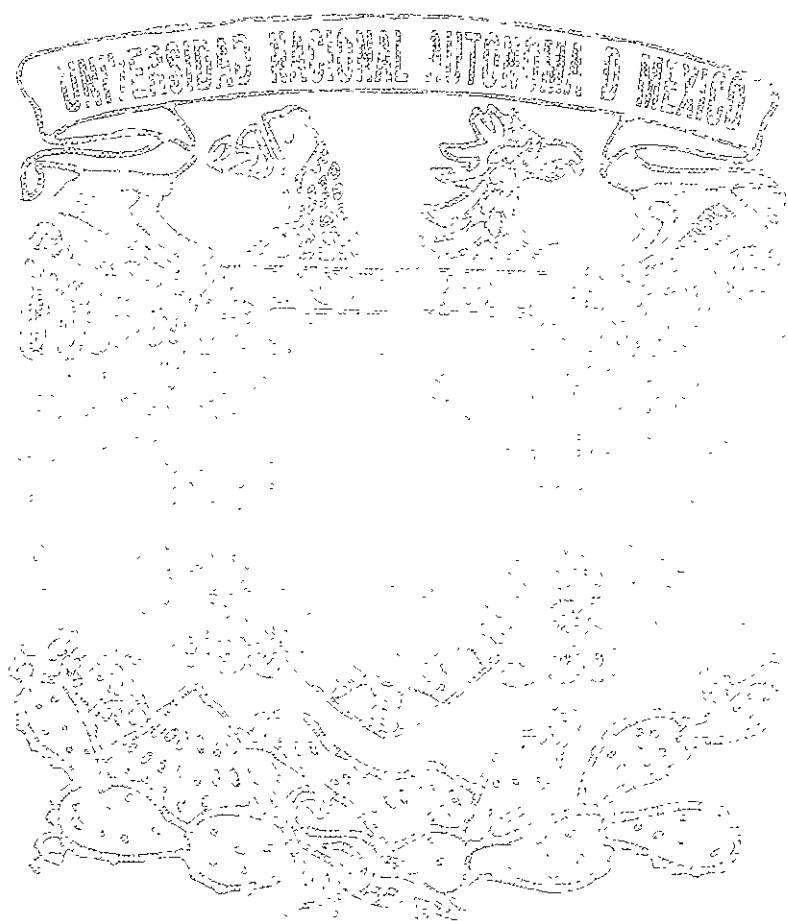
¿Que expectativas tienen ante la enfermedad?

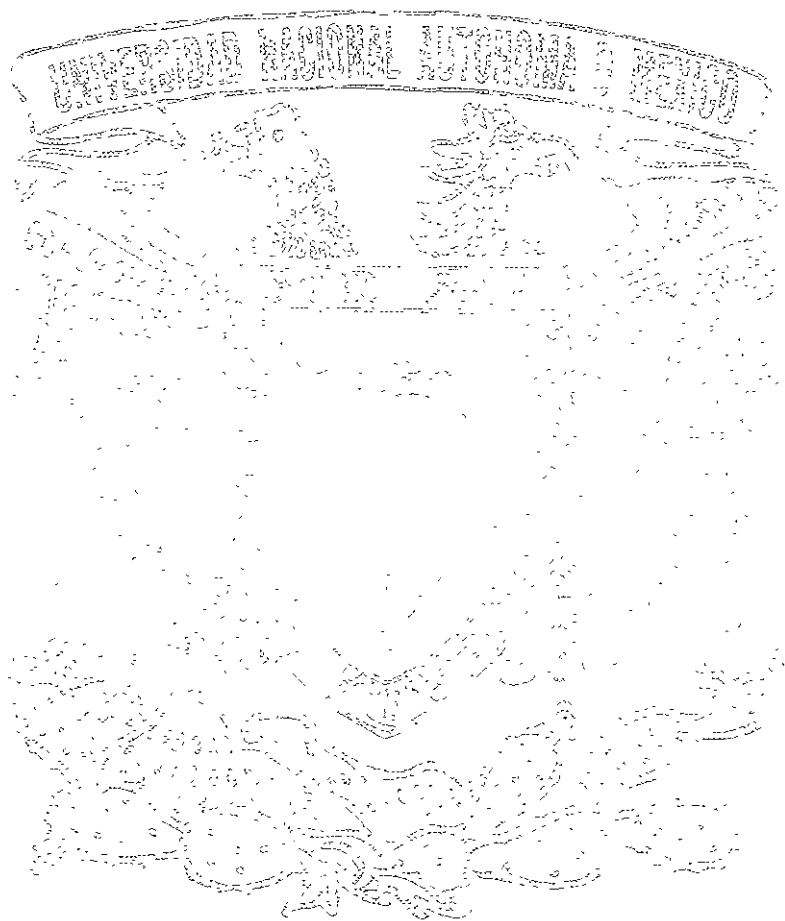
1 La familia reconoce el proceso terminal de la diabetes

2 La familia no reconoce el proceso terminal de la diabetes

3 La familia presenta ambivalencia ante el proceso terminal de la diabetes

4 No hay dato



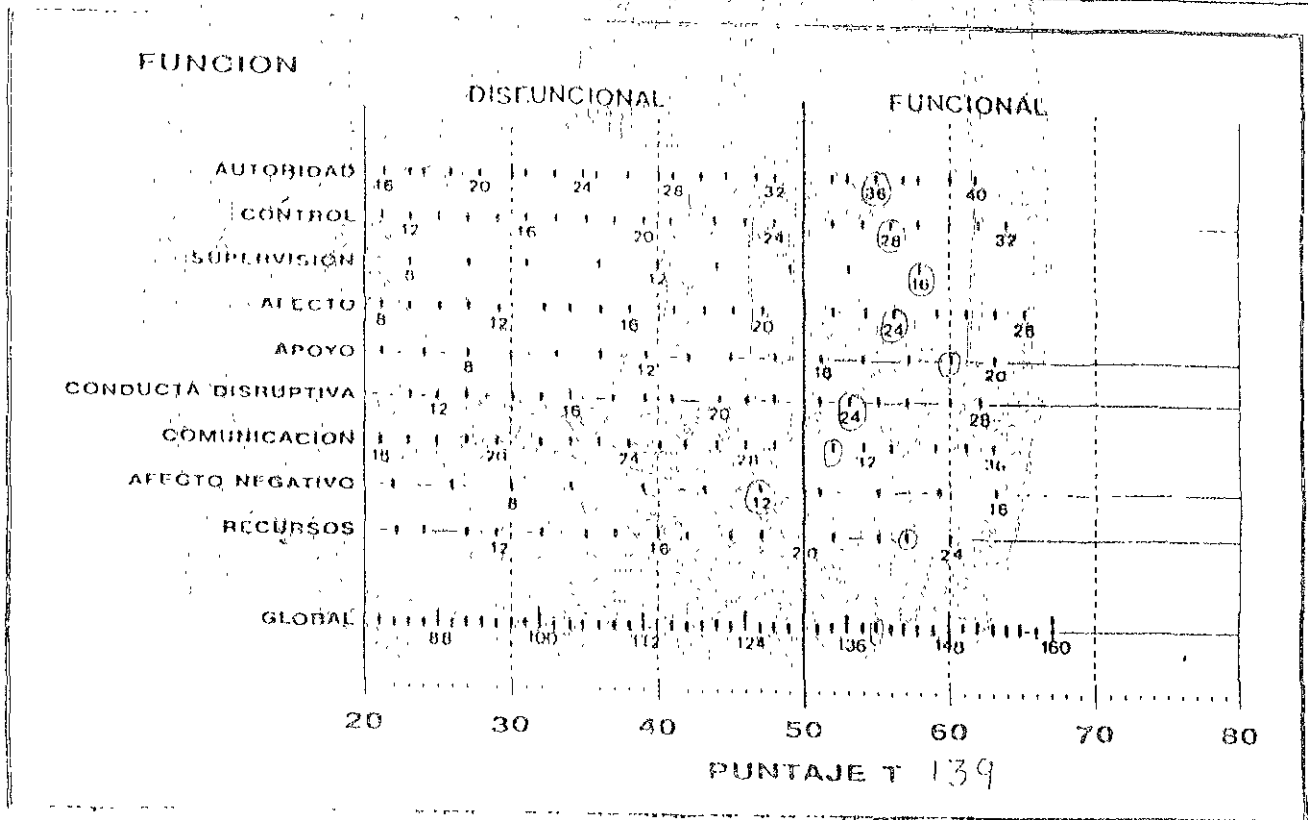


PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

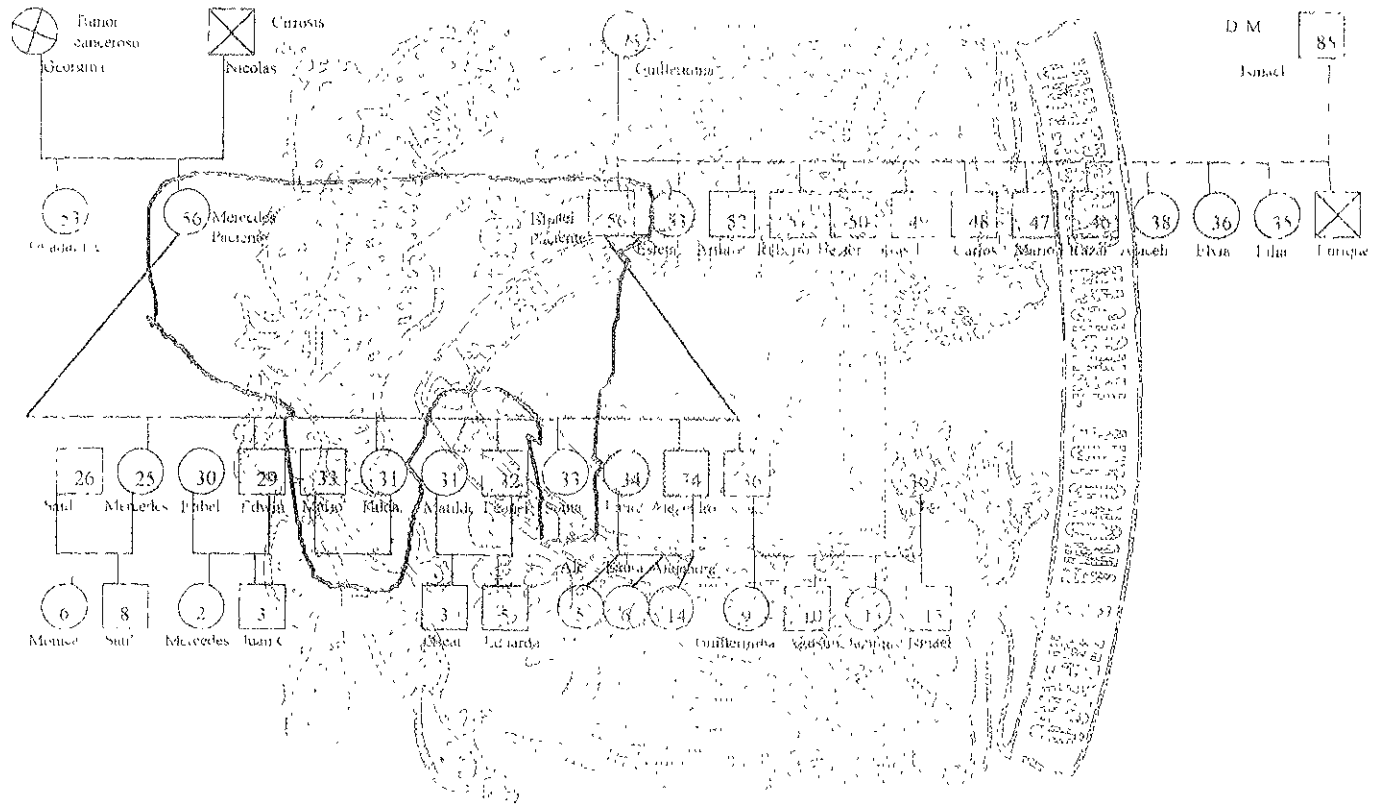
Familia Bonino Fecha de Aplicación 10 09 - 18

Tiempo de formada 37 años Etapa de ciclo vital Prevección de la vejez Nivel socioeconómico Miembro I

Número de miembros 15 adultos 3 adolescentes 17 niños Tipo de familia Unidad de familia



FAMILIOGRAMA



INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR. Las casillas oscuras nunca deben marcarse

En los problemas de los hijos, ¿quien o quienes intervienen?...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

Funcionalidad.. 1

¿Quien reprende a los hijos cuando cometen una falta?...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
/							

Funcionalidad.. 3

Si en esta casa existen horarios para comer o llegar ¿quienes respetan los horarios de llegada?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No existen horarios

Funcionalidad.. 7

Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quien interviene?...

Otro Padre	Otras Hijas	Otros Hues	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido

Funcionalidad.. 9

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

¿Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa...

A quien avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Nunca Invitan 9

Funcionalidad.. 7

2.- ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?...

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar
Trabaja y participa	✓			✓		
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa		✓				
No trabaja						

Funcionalidad..

3.- Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?...

Quien sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	█			✓			
Madre		█					
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad..

4.- En las decisiones familiares importantes, ¿Quiénes participan?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						✓	

Funcionalidad..

5.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quien?...

A quien se pide permiso:

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	█						
Madre		█					
Hijos							
Hijas	✓						
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

Quando alguien comete una falta ¿quien y como lo castigan?...

Como castiga:

Quien Castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre	/		
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se castiga Funcionalidad.. 4

Quando alguien hace algo bien ¿quien y como lo premian?...

Como premia:

Quien Premia	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre	/		
Madre	/		
Hijos	/		
Hijas	/		
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se premia Funcionalidad.. 9

Quando alguien se siente triste, decaido o preocupado, ¿a quien pide ayuda?...

A quien se pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	■						
Madre		■					
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

No se pide ayuda Funcionalidad.. 3

¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Madre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

En esta familia: ¿Quién protege a quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>						
Madre		<input checked="" type="checkbox"/>					
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

Si conversan ustedes unos con otros ¿Quien con quien lo hace?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Madre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Hijos							
Hijas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

2.- Si consideran ustedes que expresan prontamente sus opiniones. ¿Quiénes son los que lo hacen?..

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

No Funcionalidad.. 7

23.- ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

Funcionalidad.. 4

24.- Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿A quiénes se les hace saber con claridad?...

A quien se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos	/				
Otro Familiar					
Otro NO Familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad.. 4

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad.. 7

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
							/

Funcionalidad.. 4

Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿quien se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						

Funcionalidad.. 4

Cuando algo se descompone, ¿quien organiza su reparación?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						<input checked="" type="checkbox"/>	

Funcionalidad.. 4

¿Quien o quienes participan en la solución de un problema grave?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						<input checked="" type="checkbox"/>	

Funcionalidad.. 2

¿Quienes tomaron la decisión de vivir en este lugar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
	<input checked="" type="checkbox"/>						

Funcionalidad.. 7

En esta familia, ¿quienes son los más alegres o los que se divierten más?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
			<input checked="" type="checkbox"/>				

Funcionalidad.. 8

¿Quien en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
			<input checked="" type="checkbox"/>				

Funcionalidad.. 2

Funcionalidad..

¿Quien ha presentado algún problema emocional?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

¿Quien en la familia se aísla?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

EXOV

NGO DIABÉTIS. ¿QUÉ PUEDO COMER?

Listas de intercambio (Díaz Salazar Juan, tríptico de Lilly).

Lista 1 Equivalentes de la leche.

Alimento	Medida
Jocoque o requesón azulado	1 vaso
Leche acidificada	1 vaso
Leche en polvo entera	3 cucharadas
Leche estera	1 vaso
Leche evaporada	Medio vaso

Lista 2 Equivalentes de verduras.

Una ración equivale a 100 grs.

Verduras del grupo A (1 ración)		Verduras del grupo B (media ración)	
Aguacates	Coliflor	Perejil	Betabel
Alcachofa	Chayote	Pimiento verde	Ranolaicha
Alfalfa	Chalacayote	Chile morrón	Calabaza de Castilla
Apio	Chiles verdes	Rábanos	Cebolla dulce
Arvejas	Ejotes tiernos	Repollo	Nabo
Arvejas	Espárragos	Romeros	Zanahoria
Brócoli	Jitomate	Tomate verde	
Bréculas	Jicama	Jugo de verduras (1/2 taza)	
Centeno	Legüjita	Espinacas	
Champiñones	Nopales	Flor de calabaza	
Champiñones	Pepinos	Hongos	

Lista 3 Equivalentes de frutas.

Fruta	Medida casera
Alfalfa	1/3 taza
Alfalfa	1 taza
Alfalfa	1 taza
Alfalfa	1/2 taza
Alfalfa	1/3 taza
Alfalfa	1/2 taza
Alfalfa	1 taza
Alfalfa	1/2 taza

Piña	1/2 taza
------	----------

Una ración equivale a 100 gr

Fruta	Medida casera	Fruta	Medida casera
Apulines	3/4 taza	Manzana	1 de 5 cm
Arveola	2 de 5 cm	Melón	1 taza en cubos
Arveola pasa	2 piezas	Nanches	3/4 taza
Cerezas	12 piezas	Naranja	1 de 6 cm
Cocktail de frutas	1/2 taza	Papaya	1 taza
Chabacanos fresco	4 medianos	Pasas	2 cucharadas
Chabacanos secos	2 piezas	Perse	1 pequeña
Chirios	1 de 6 cm	Piña natural	3/4 taza
Chicazapote	1 pieza pequeña	Piña de lata	1/3 taza
Ciruelas	1 1/4 taza	Pitaya	2 medianas
Cambuesa	1 taza	Plátano	1/2 grande
Cuayaba	1 grande	Puré de manzana sin azúcar	1/2 taza
Cuajalisco fresco	2 de 5 cm	Sandía	1 1/4 taza en cubos
Cuajalisco seco	1 pieza	Tejocote	8 piezas
Cuajalisco	2 medianas	Toronja	1/2 mediana
Cuajalisco	1 rebanada mediana	Tunas	2 grandes
Cuajalisco	1 grande	Uvas	15 pequeñas
Cuajalisco	1/2 pequeño	Zapote negro	1 pieza mediana
Cuajalisco	3/4 taza		

Lista 4 1 equivalentes de pan

Tipo	Medida	Cereales	Medida
tortilla de maíz	1 pieza 15 cm	Comerciales sin azúcar	3/4 taza
tostadas	2 piezas	Cereal hinchado sin azúcar	1 taza
tortilla de harina	1 pequeña *	Germen de trigo	3 cucharadas
bolillo de 60 gr	1/2 pieza	Cereal casero	1/3 taza
pan de caja	1 pieza	Hot Cakes sin miel	1 mediano
pan para hamburguesas	1/2 pieza	Waffles sin miel *	1 mediano
pan para hot dogs	1/2 pieza	Palomitas de maíz	3 tazas
Sopa 1/2 taza	Galletas	Medida	
arroz	Saladitas de soda	4 galletas	
allarín	Galletas mafias	4 piezas	
acarrrón	Galletas de animalitos	8 piezas	
deos	Palitos de pan	10 piezas	
pagueti	Bisquet de 6 cm *	1 pieza	
alquier sopa de pasta	De mantequilla *	6 piezas	
Vegetales harinosos	Medida	Leguminosas 1/3 taza	
ote desgranado	1/2 taza	Frijoles	
ote en mazorca	1 pieza de 15 cm	Frijol de soya	
labacitas de Castilla	3/4 taza sin azúcar	Garbanzo	
apas al horno o cocidas	1 de 5 cm	Lentejas	

... yuca	1/4 taza	Chicharos
... a la francesa	10 piezas	
... de papa	1/2 taza	

Lista 5 Equivalentes de la carne

Una porción es igual a 30 gr

Porción 30 gr	Pescados	Medida gr	Carnes frías	Medida gr
Carnero	Bacalao	15	Embutidos	30
Cerdo	Salmon	30	Hígado	30
Carnero	Lingosa	30	Salchichas	45
Carnero	Atún	30	Quesos	Medida gr
Carnero	Jalisco	30	Amarillo	30
Carnero	Huachinango	30	Requesón	60
Carnero	Ahuaja	45	Leche general	30
Carnero	Camarón	45		
Carnero	Ostrón	45		
Carnero	Sardina	30		
Carnero	Huevo	30		

Lista 6 Equivalentes de grasa

Una porción es igual a 5-gr

Grasa insaturada	Medida	Grasa insaturada	Cucharadas
Grasa de oliva	1 cucharadita	Aceites líquidos comestibles	
Grasas	6 enteras	Margarina suave	
Grasas	1/8 mediano	Aceite de pescado	
Grasas	10 pequeñas		
Grasas	20 pequeños		
Grasas de la india	1 cucharada		
Grasas de cáscara	2 enteras		
Grasas de girasol	1 cucharada		
Grasas de calabaza	2 cucharadas		

Grasas saturadas de origen animal 2	Medida	Grasas saturadas de origen vegetal 2
Cucharadas (evitelas)		Cucharadas (evitelas)
Grasas no espesa	2 cucharadas	Aceite de coco
Grasas agria	2 cucharadas	Coco rayado
Grasas espesa	2 cucharadas	Mayonesa
Grasas de tocino	2 cucharadas	Manteca vegetal
Grasas de cerdo	2 cucharadas	Margarina en barra
Grasas de cerdo y res	15 gr	Aderezos líquidos
Grasas de leche	2 cucharadas	Comerciales

Queso crema	2 cucharadas
Locoito frito	1 tira pequeña

ANEXO VI

PROGRAMA DE EJERCICIOS

Tablas de ejercicios

Flexibilidad	Descripción	Repeticiones por semanas
	Flexión y extensión de codos y muñecas de arriba abajo	3-4-5-6-6-6
	Flexión y extensión de codos y muñecas en forma lateral	3-4-5-5-5-5
	Con las manos en la nuca, dirigir los codos atrás	2-2-2-3-3-3
	Con los brazos laterales, dirigir los codos atrás	2-2-2-3-3-3
	Parado, rotar el tronco, manos en la cintura	4-4-5-5-6-6
	Flexión lateral del tronco	4-4-5-5-6-6
	Con flexión del tronco, dirigir ambos brazos atrás	3-3-4-4-5-5
	Con flexión del tronco, dirigir los brazos atrás y adelante en forma interna	3-3-4-4-5-5
	Flexión del tronco al frente con pies juntos, manos en la cintura	3-3-4-4-5-5
	Flexiones del tronco al frente con pies separados, manos en la cintura	3-3-4-4-5-5
	Flexión al frente y extensión del tronco manos en la cintura y pies separados	2-2-2-3-3-3
	Flexión al frente y extensión del tronco brazos suspendidos y pies separados	2-2-2-3-3-3
	Flexión al frente y extensión de tronco con brazos adelante y pies unidos	2-2-3-3
	Flexión al frente y extensión de tronco con brazos adelante y pies separados	2-2-3-3
	Parado, flexión de rodilla hacia el abdomen	2-2-2-3-3-3
	Con el cuerpo erguido y una pierna al frente, proyectar la cadera hacia adelante	2-2-3-3-4-4
	Con un pie apoyado sobre algo, proyectar la cadera hacia adelante	2-2-3-3-4-4
	Flexión plantar (hacer puntas al frente al alceando de pie)	3-3-4-4-5-5
	Flexión dorsal	3-3-4-4-5-5
	Con una rodilla apoyada al piso y una pierna estirada al frente, flexionar el tronco	2-2-2-3-3-3
	Sentado sobre un banco, mover las piernas extendidas (hacia arriba y abajo)	2-2-2-3-3-3
	Sentado con pies juntos flexión de tronco	2-2-2-3-3-3
	Sentado con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies juntos, separar las rodillas auxiliado de las manos (mariposas)	2-2-3-3-4-4
	Acostado, tomar una rodilla y juntar el muslo al cuerpo	2-2-3-3-4-4
	Acostado con las piernas arriba, separar las piernas hacia los lados	1-2-3-4
	De la posición de cuatro puntos invertida elevar y descender la cadera	2-2-3-3

Coordinación motora

Descripción	Repeticiones por semanas
Levantarse sobre un pie, inclinar el tronco al frente	1 - 4
Apoyar una mano y el pie del mismo lado, disminuir la distancia entre el apoyo mano y pie	1 - 4
Generalmente, apoyar una mano y los dos pies	1 - 4
Generalmente, apoyar una mano y un solo pie (mismo lado)	1 - 4
Cúbito lateral, elevar los brazos y un solo pie	5 - 8
Levantarse en un solo pie, tocar el piso con un dedo, la pierna de apoyo puede inclinarse	5 - 8
Levantarse sobre la punta de un pie, cambiar el peso del cuerpo hacia un lado y hacia	5 - 8
Desde la punta del pie y cargando el peso del cuerpo hacia un lado flexionar una pierna	9 - 12
Levantarse después de cargar el peso del cuerpo hacia un lado, brazos arriba, laterales y los pies hacia un mismo lado	9 - 12
Levantarse en punta de pie y flexionar el tronco al frente con los brazos relajados	9 - 12
Levantarse en punta de pie, flexionar la espalda hasta que quede paralela al piso	9 - 12
Levantarse en punta con un pie, flexionar el tronco al frente hasta que quede paralela al piso	13 - 16
Levantarse sobre una rodilla, el otro pie en punta. El pie de la pierna arrodillada no tiene contacto con el suelo	13 - 16
Levantarse sobre una rodilla y apoyando la punta del mismo pie, extender el otro pie al frente.	13 - 16
Levantarse sobre una rodilla, apoyar una mano.	13 - 16
Levantarse sobre una rodilla, con las rodillas flexionadas, tomando las espinillas, extender las piernas.	16 - 20
Levantarse sobre un pie, bajar el tronco recto y levantar extendida la otra pierna.	16 - 20
Levantarse sobre los talones de los pies, rotación de brazos (sentidos opuestos).	5 - 8
Rotación del tronco y rotación del cuello hacia los lados opuestos	16 - 20

Programa de ejercicios particular

Gr. Ismael.

Programa para 3 veces por semana

Al menos 1 por semana	1,500 metros	14:00 a 12:00 minutos	Carrera / marcha
Al menos 1 por semana	1,500 metros	19:00 a 14:00 minutos	Marcha
Al menos 1 por semana	300 a 350 pasos	5:00 minutos	Carrera estacionaria
1 por semana	15	1:00 minuto	Abdominales
	15	1:00 minuto	Sentadillas
		5:00 minutos	Elasticidad
Aeróbicos	3 por semana	5:00 minutos	

Gr. Mercedes

Programa para 3 veces por semana

Al menos 1 por semana	1,500 metros	14:00 a 12:00 minutos	Carrera / marcha
Al menos 1 por semana	150 a 175 pasos	2:30 minutos	Carrera estacionaria
1 por semana	4	1:00 minuto	Abdominales
	20	1:00 minuto	Sentadillas
		2:00 minutos	Elasticidad
Aeróbicos	3 por semana	4:00 minutos	

EXO VII

ENCION DE ENFERMERÍA

la con los registros de Enfermería de dextrostix, peso y tensión arterial

NOMBRE	MERCEDES			ISMAEL		
	P e s o	Glicemia	T/A	Glicemia	T/A	P e s o
de junio de 1998	60.9	350 mg/dl	160/90	300 mg/dl	160/90	90.2
de junio 1998	60	200 mg/dl	130/70	600 mg/dl	170/100	88.5
de junio 1998	60	200 mg/dl	130/70	200 mg/dl	160/90	87.6
de junio de 1998	60.9	160 mg/dl	140/90	120 mg/dl	160/90	89
de julio de 1998	60.9	250 mg/dl	130/90	125 mg/dl	160/90	89.7
de julio de 1998	61.5	250 mg/dl	130/90	180 mg/dl	160/80	86.6
de septiembre de 1998	61	200 mg/dl	130/80	160 mg/dl	140/90	86.5
de septiembre de		200 mg/dl		120 mg/dl	140/85	
de octubre de 1998		200 mg/dl	130/80	120 mg/dl	140/80	
de octubre de 1998		200 mg/dl	130/80	120 mg/dl	150/80	
de octubre de 1998	62.2	180 mg/dl	120/80	120 mg/dl	140/80	88.4
de noviembre de 1998		200 mg/dl	120/90	120 mg/dl	140/90	
de diciembre de 1998		180 mg/dl	130/90	150 mg/dl	160/80	
de diciembre de 1998		250 mg/dl	160/90	180 mg/dl	160/90	
de enero de 1999	63	200 mg/dl	140/80	180 mg/dl	150/90	92
de enero de 1999		150 mg/dl	170/70	180 mg/dl	120/90	
de febrero de 1999		150 mg/dl		140 mg/dl		
de febrero de 1999		110 mg/dl		110 mg/dl		
de marzo de 1999		110 mg/dl		110 mg/dl		
de mayo de 1999		140 mg/dl		120 mg/dl		
de marzo del 2000	58	120 mg/dl		160 mg/dl		

NEXO VIII

SESIONES TERAPÉUTICAS

El trabajo terapéutico fue realizado sólo por un terapeuta, por lo que la redacción de las sesiones se limita a presentar lo más relevante de estas, dado que era complicado escribir todo, lo comentado en terapia.

SESIÓN 1, 25-10-98

Sesión:

- Verificar el impacto de la platica.
- Establecer contrato terapéutico
- Como controlar los pellizcos o escapadas de la señora Mercedes
- Checkar como enfrenta la familia los enojos del señor Ismael.

Sesión:

Terapeuta - ¿Qué opinan acerca de la platica que tuvimos la semana pasada?

Aura - Fue algo traumante

Mercedes - Nos puso a pensar para mejorar la calidad vida

Alejandro - Debemos evitar como hijos los problemas

Terapeuta - Como han buscado prevenir las complicaciones?

Alida - Evitando el pelear

Aura - Es que la tentada es una tentación

Terapeuta - ¿Cuál es el asunto que desean que tratemos?

Alejos - Nuestros padres caen en la tentacion

Terapeuta - ¿Cuál tentación?

Ismael - Lo que pasa es que compro camote, pero le quite el dulce. Y mi esposa al estar en la tienda come algunos dulces.

Terapeuta - ¿Por ejemplo?

Alida - En ocasiones encontramos las envolturas de gansitos.

Terapeuta - ¿Qué más?

Mercedes - Me hacen enojar mi hija y mi esposo. Pero el enojo lo demuestró muy poco

Terapeuta - ¿Por que se enojan?

recados - Los disgustos se suscitan por los animales, que son guajolotes y pajaritos. Los disgustos suelen ser casi diario, pues primero atiendo a mis animales y después a Sonia y don Ismael.

apeuta - ¿Nadie más se disgusta?

Ismael - Nos molesta el que mi papa siempre grite

apeuta - Interpreta el estado de los demás y grita diario. Le sube mucho a la tefe por el problema de la ordenera, y el ruido es molesto.

Ismael - Siempre he gritado, no sé por que se enojan.

apeuta - Es que es de carácter fuerte. Lo que pasa es que falta es organizarnos.

apeuta - ¿Que tendría que suceder para que ustedes consideraran que los problemas han dado resueltos?

Ismael - Que nos organicemos y estar controlados de nuestra diabetes

Fin de sesión

En esta familia se visualizan 2 problemas a trabajar

Uno es que hay antojitos que no resisten la señora Mercedes y el señor Ismael.

El otro es que hay algunos disgustos los cuales se suscitan por falta de organización.

Dar a la familia una tarea paradójica prescribiendo la continuidad de las dificultades familiares y su falta de organización

Fin de sesión

apeuta - La tarea para la familia es la continuidad de las dificultades familiares y la falta de organización familiar, esto con el objeto de obtener mas datos acerca del problema, pues es probable que no estén listos aún para el cambio

Fin de sesión

Buena disposición de la familia hacia la terapia.

En la sesión participaron la señora Mercedes, el señor Ismael, Hilda, Sonia, Alejandro y su esposa Laura.

Se vio inquietud en el mismo cierre de sesión por comenzar a realizar la tarea

Para llegar a abordar el control se debe comenzar por que la familia se organice

Asistieron el señor Ismael, señora Mercedes, Sonia, Hilda, Alejandro y su esposa Laura

SESIÓN 2, 08-11-98

Preseñón

- Verificar la tarea
- Cambios surgidos en la semana
- Organizar con la familia horarios de limpieza y atención de animales

Sesión

Terapeuta - ¿Cómo nos ha ido en estos días?

Hilda - Mis papas se fueron a León

Terapeuta - ¿Cómo les fue?

Mercedes e Ismael - Bien.

Terapeuta - ¿Sigueron igual?

Mercedes - No

Ismael - Nos organizamos

Terapeuta - ¿De qué forma?

Hilda - si ha habido un cambio, pues Sonia e Ismael se encargan de dar de comer y asear los guajolotes, mientras mi mamá se encarga de los pajaros

Terapeuta - ¿Que opina señora Mercedes?

Mercedes - Estaba bien, por que hemos dejado de pelear, aparte quedamos en que iríamos matando a los guajolotes o venderlos así como a los canarios

Terapeuta - ¿Usted como ha visto este cambio? (dirigiéndose a María Isabel)

María Isabel - Bueno, por que ahora todos se involucran, ya no pelean en el desayuno

Ismael - Los problemas surgidos entre sus hijos, los resuelven ellos

Terapeuta - ¿Cómo es?

Ismael - Antes mis nueras le decían a Mercedes problemas suscitados con sus esposos como el que comaban o llegaban tarde. Ahora Hilda y Sonia son las que se enteran y buscan resolver el problema

Terapeuta - Y usted don Ismael ¿cómo ha estado?

Ismael - Bien, nada más que aveces aconsejo a mis hijos y ellos se molestan.

Mercedes - Yo no intervengo por que me puede ir peor

Ismael - Yo hablo con mis hijos fuerte, por que mi padre me dio una educación dura

Terapeuta - Pero (a los hijos) ¿ustedes que opinan?

ma - Ha mejorado.

ilda - Lo que pasa con mi papa es que primero regaña y después investiga

erapeuta - Sonia y ¿como es Hilda?

ma - Tiene el carácter parecido al de mi papa, ella es muy ordenada. Se enoja mucho si las cosas no están ordenadas.

ercedes - Ella no se traga el coraje, pues cuando se enoja lo demuestra.

erapeuta - Don Ismael dígame a su hija como no enojarse mucho.

mael - Lo que pasa es que ella se enoja sin razón y yo cuando me enojo es con razón.

erapeuta - Dígame como no enojarse con razón

mael - No dándole importancia a cosas que no la merecen

erapeuta - ¿Cuales?

mael - Como el que si las cosas estan o no en su lugar

erapeuta - ¿Considera importante el que sus hijos sigan todos sus consejos?

mael - No

erapeuta - Entonces estaría de más estarse enojando con sus hijos. ¿no lo cree?

mael - Pues si.

erapeuta - ¿Pero doña Mercedes que hace cuando usted se enoja?

mael - En la casa se diría que ella y Sonia se guardan los corajes y a Hilda y a mi se nos nota más enojo.

ercedes - Me guardo los corajes por que don Ismael se enoja

erapeuta - (a las nietas) ¿Cómo se llevan sus suegros?

ma - No se entienden aveces.

ma Isabel - A veces chocan, ella como mujer debe hacer caso a mi suegro

ma - Es que mi mama no se desahoga

ilda - Platican pero se hace lo que dice mi papa.

Intersesión:

Respondieron muy bien a la prescripción paradójica.

Con el señor Ismael hay que trabajar sobre sus enojos.

Crear un mensaje (metáfora) donde el señor Ismael no considere importante el imponer sus consejos

ter de sesión:

terapeuta - Ahora les daré un mensaje, después del cual se dará por finalizada la terapia, sin algún otro comentario.

es voy a comentar acerca de una familia en la cual todos los hijos ya eran mayores de edad. En esta familia el padre aconsejaba mucho a sus hijos pero los consejos parecían ser obligatorios. Si los hijos no se querían llevar a cabo el padre se enojaba mucho. Esta situación a los hijos les creaba y frecuentemente había discusiones entre padre e hijos. Este ambiente creaba en la familia una atmósfera tensa, en la cual nadie estaba tranquilo. Un día el abuelo que andaba de visita se dio cuenta de las discusiones del padre con sus hijos y le dijo al padre a los hijos que son mayores de edad, el padre lo único que puede hacer es aconsejarlos sobre lo que deben hacer y es responsabilidad de los hijos si toman o no este consejo. Le dado que aconsejas, no debes enojarte si no siguen o no tus consejos, esto también es al revés, a parte cada persona debe hacerse su propia experiencia. Aparte recuerda que cuando eras joven no me hacías caso y menos lo hiciste cuando ya eras adulto.

sesión

Hay dificultades para comunicar consejos y para manejar los enojos.

Se debe buscar una mayor comunicación entre la señora Mercedes y el señor Ismael.

Preguntar a partir de la siguiente sesión los niveles de glucosa en sangre.

Asistieron el señor Ismael, señora Mercedes, Soe a Hilda, María Isabel (esposa de Edwin) y Laura (esposa de Alejandro).

SESION 3. 15-11-98

sesión

Cambios surgidos en la semana.

Verificar el efecto del mensaje de la sesión anterior.

Verificar como sigue la organización familiar en cuanto a horarios de limpieza y atención de animales.

Pedirle a la familia mencione el último registro de azúcar en sangre.

Checar como es la relación entre el señor Ismael y la señora Mercedes.

ón

peuta - ¿Cómo les fue la semana pasada?

a - ¡Hay menos gritos.

nel - Cada cual hace lo que le corresponde.

peuta - ¿Cómo va la organización de sus horarios y actividades?

cedes - Don Ismael y Soma va por el alimento para los animales y los asean, y yo hago los ros.

a - Ahora están más organizados y no hay gritos.

a - Hilda no grita tanto.

peuta - ¿Cómo se siente de ser apoyada la señora Mercedes?

cedes - Ye no hay tanta presión, ahora los tres nos paramos temprano. Y todo esta echo antes Soma se vaya que es a las 12.

peuta - Antes, ¿cómo era la organización?

a - Antes no cooperaba.

nel - Yo no me involucraba, por las mañanas veía la tele y esperaba a que me dieran de ayunar.

peuta - (a suera e hijas) ¿In que niveles de glucosa en sangre se encuentran la señora Mercedes y el señor Ismael?

a, Hilda y Laura - Mi suegra tuvo 200 mg/dl. M. papa tuvo 120 mg/dl

peuta - ¿Que opinan de estos resultados?

a - Mi mama tiene los niveles altos, por que se sobresalta y no saca sus ojos.

cedes - Antes me enteraba de los problemas de mis hijos, ahora ya no me dicen nada, para que me arte e

peuta - ¿Como es la relación que lleva la señora Mercedes y el señor Ismael?

a - Mi papa regaña y por manía aguanta, pero va se adaptando.

esión

Las relaciones familiares marchan mucho mejor.

Explorar más la relación de pareja de la señora Mercedes y el señor Ismael, pero es más conveniente al final de la intervención.

Explorar los hábitos alimenticios del resto de la familia

re de sesión

Terapeuta. ¿Veamos ahora como estan los habitos de dieta y ejercicio en la familia?

Hilda - Con mi esposo como azúcar y café. soy, muy nerviosa.

Ismael - Es muy apurona

Mercedes - Edwin como mucha azúcar

Laura - En la casa yo controlo que ingieren tomamos agua con poca azúcar

Terapeuta - (al señor Ismael) ¿Sus hijas siguen alguna dieta?

Ismael - Hilda y Sonia Exagera en comer pastelitos, como mucho fuera de sus horas

Hilda - Hace un gesto de contumacia.

Terapeuta - ¿Y que hay en cuanto al habito del ejercicio?

Hilda - Hace cuatro años hacia ejercicio, pero por una lesión deje de hacerlos, el médico me ha recomendado hacer ejercicio.

Terapeuta (a la señora Mercedes y el señor Ismael) ¿Ustedes la han invitado a que los acompañe a hacer ejercicios

Mercedes - Si la invitamos a hacer ejercicio

Terapeuta - (a Hilda) ¿Y por que no ha aceptado?

Hilda - Los veo haciendo ejercicio, pero me da verga acompañarlos, por que mis hermanos se burlan.

Terapeuta - ¿Sonia?

Sonia - A veces jugamos Basquet Bol

Terapeuta? - ¿Y usted Laura?

Laura - Antes hacía aeróbics, ahora, pues sé lo que camino al llevar y traer a mis hijos de la escuela cuando voy al mercado. En la casa nos controlamos más con la comida

Terapeuta - Bueno antes de dar por terminada la sesión deseo que realicen la siguiente tarea, la cual consiste en que Sonia e Hilda y cuando pueda Laura, se pongan de acuerdo para que un día acompañen a sus padres en los ejercicios que hacen en casa.

Postsesión

Hubo gran disposición de la familia

Es importante vincular a la familia en la dieta y el ejercicio de la señora Mercedes y el señor Ismael

Debido a que se avanza en un sentido positivo en el trabajo familiar, hay que centrarse más en una vinculación de la familia y el control de la diabetes

Asistieron: el señor Ismael, señora Mercedes, Sonia, Hilda, y Laura (esposa de Alejandro)

SESION 4 22-11-98

sesión:

Cambios surgidos en la semana

Analizar si hicieron o no la tarea.

Verificar como sigue la organización familiar en cuanto a horarios, limpieza y atención de animales.

Pedirle a la familia mencione el ultimo registro de azúcar en sangre.

sesión

Terapeuta - ¿Bueno, comencemos por conocer esos niveles de glucosa en sangre?

Maikel - Yo 130mg/dl. Y Mercedes 150mg/dl.

Terapeuta - ¿Realizaron la tarea?

Maikel - Hemos hecho ejercicio en las mañanas.

Mercedes - Hilda hizo ejercicio con nosotros el miércoles.

Terapeuta - ¿Como se sintió la Hilda?

Hilda - Adolorida.

Terapeuta - ¿Cuanto tiempo fue?

Hilda - 40 minutos por la mañana.

Terapeuta - ¿Y Soñia?

Maikel - No hice por que está ocupada.

Terapeuta - ¿Cómo sigue la organización familiar?

Mercedes - Ahora tenemos 6 pájaros.

Terapeuta - ¿Antes cuántos eran?

Mercedes - 30 pájaros.

Terapeuta - ¿Que más?

Maikel - Nos seguimos parando temprano, ya voy al mandado y la limpio a los guajolotes.

Maikel - Realizo el queacer de la casa.

Terapeuta - ¿Cual?

Maikel - Hago el patio, los cuartos y después voy a cuidar la tienda.

Terapeuta - ¿Y usted doña Mercedes?

Mercedes - Limpio los pájaros y hago el desayuno.

Terapeuta - ¿Esta familia ha seguido la dieta de sus padres?

Matilde - He disminuido el pellizcar entre comidas, la azúcar le echo menos y está comiendo menos pastelerías

Ismael - No tomo refrescos, me sirvo poca azúcar

Terapeuta - ¿Ejercicio?

Ismael - No hago ejercicio por que no tengo tiempo

Terapeuta - ¿Por que no tiene tiempo?

Ismael - Es que trabajo todo el día

Terapeuta - ¿Los demás?

Isabel - He disminuido el azúcar

Sonia - Yo sigo la dieta de mis padres, pues estamos por lo regular los tres juntos.

Terapeuta - ¿Y usted señora Laura?

Laura - En la casa llevamos una buena dieta, hacemos agua con poca azúcar y no tomamos café

Terapeuta - ¿Ejercicio?

Laura - El sábado y domingo hacemos ejercicios. Y en la semana camino mucho

Terapeuta - ¿Doña Mercedes?

Mercedes - Ya no he pellizcado y me enoja menos

Matilde - El ejercicio lo hago diario que voy ha dejar y traer a mis hijos a la escuela. Disculpe

Como le haria para que le dieran a mí padre una platica como a la de mis suegros

Terapeuta - Eso debe consultarlo en la clinica donde van la señora Mercedes y el señor Ismael

Intersección

► Tienen avances y sus cambios están bien dirigidos

► Tomar un posicion complementaria, hacer que ellos como expertos aconsejen al terapeuta en un problema similar

Cierre de sesión

Terapeuta - Lo primero que quiero hacer, es que por lo que he visto, han logrado apoyar la dieta y el ejercicio de sus padres y lo han aplicado a si mismos. Mi pregunta es, que me aconsejan antes a ver a un doctor, me comento que podría tener gastritis y que tenía que dejar de tomar refresco y de fumar.

Laura - Pues yo vi el otro día un programa donde se presentaba el estomago de una persona que fumaba y toma coca y estaba por dentro muy negra y sucia

Ismael - Debe de disminuir poco a poco el cigarro y la coca

Mercedes - Hay bebidas que son de frutas

Hilda - Alejarse de los lugares que provocan la tentación

Terapeuta - Bueno gracias lo voy a tomar en cuenta y ustedes me están enseñando el camino para dejar los malos hábitos

Ismael - Tráele al psicólogo un betellim (o Soma) ¿De qué sabor?

Terapeuta - De guayaba. Bueno para terminar dejen los comentarios que podría haber una recaída, esto es normal pues cuando el cambio se da muy pronto, es probable caer en un bache, es más déntelo. Nos vemos la siguiente sesión.

Próxima sesión

El ponerse el terapeuta en una posición complementaria, de algo que le agrada mucho a la familia, podría decirse que al aconsejar dan cuenta de los recursos con los que cuentan para enfrentar su problema.

Hay que seguir impulsando el cambio. Los niveles de glucosa en sangre han mejorado

Hay que ver cómo piensa la familia enfrentar el período navideño

Asistieron: el señor Ismael, señora Mercedes, Soma, Hilda, Leonel, Matilde, Isabel y Leticia

SESION 5 06-12-98

Próxima sesión

Cambios seguidos en la semana

Pedirle a la familia mencione el último registro de azúcar en sangre

Verificar cómo sigue la organización familiar en cuanto a horarios, limpieza y atención de animales

Hay que ver cómo piensa la familia enfrentar el período navideño

Próxima sesión

Terapeuta - ¿Qué ha sucedido desde la última vez que nos vimos?

Ismael - Bien

Terapeuta - ¿Qué resultados tuvieron en su toma de glucosa en sangre?

Mercedes - Don Ismael tuvo 110 y yo 140

Terapeuta - ¿Qué opinan de estos resultados?

Ismael - Hemos mejorado.

Mercedes - Sabemos como controlarnos. También el otro día practicamos con la señora María y nos comentó que con el tratamiento se controló muy bien y se mantiene controlada.

Ismael - Nosotros también nos estamos controlando gracias a ustedes.

Terapeuta - Si ustedes no lo hubieran querido no se estarían controlando. ¿Han seguido haciendo ejercicio?

Hilda - Sonia ya está haciendo ejercicio con nosotros.

Ismael - Hilda y Sonia apoyan a su madre a hacer ejercicio.

Sonia - También lo hacemos por bajar kilos.

Ismael - Con el ejercicio me ha bajado la presión.

Terapeuta - (a Hilda y Sonia) ¿Cómo se han sentido al hacer ejercicio?

Hilda - Ahora que he hecho ejercicio me ha dolido el cuerpo.

Terapeuta - ¿Y su pie?

No he tenido ningún problema.

Terapeuta - ¿Quién dice que ejercicios hacer?

Hilda - Mis papas.

Terapeuta - ¿Sonia?

Sonia - Me motive para acompañar a mis papas.

Terapeuta - ¿Cada cuando lo hacen?

Sonia - En la semana cada tercer día y sábados y domingos.

Hilda - Los fines de semana jugamos basquetbol.

Terapeuta - ¿Y usted señora Laura las acompaña a jugar basquetbol?

Laura - No hay tiempo.

Terapeuta - ¿Ahora que opinan de la diabetes?

Ismael - Hay que prepararnos mentalmente contra la diabetes.

Terapeuta - ¿Esto que quiere decir?

Ismael - Ahora sabemos como controlarnos y que no hay que enojarnos.

Terapeuta - Se acercan la época decembrina. ¿Cómo creen enfrentarlo?

Ismael - No creo que haya problemas.

Mercedes - Lo vamos a enfrentar con éxito.

Terapeuta - ¿Con quien van a pasar la Navidad y el año nuevo?

Mercedes - En la casa.

Terapeuta - ¿Con quien?

Ismael - Con Hilda, su esposo y Sonia. Los de más vier en el otro día.

rapapeuta - ¿No están en el tercio superior de los gastos de esta época?

Mercedes - Los dos nos curdemos. Por ejemplo a mí me gusta el mole y don Ismael me lo

stringe. En estos días he pellizcado menos.

ma - He leído la dieta y puedo ayudarlos en eso.

nael - Nos tenemos que controlar por el temor a subu

ersesión.

Han seguido mejorando.

Hay en la señora Mercedes y el señor Ismael mucha motivación.

Es conveniente mandar una tarea paradójica donde se haga referencia a una posible recaída, por lo que no hay que echar campanas al vuelo.

erre de sesión

rapapeuta - A continuación les voy a decir un mensaje después de esto se terminará la sesión y nos

mos hasta enero. Hasta ahora han mostrado mucha mejoría, pero hay que tener en cuenta que en

alquier momento puede haber una recaída, de haberla esta es normal y necesaria por que ustedes

conocen la forma en que hay que lograr el control de la diabetes.

stsesion

La familia está en condiciones para ser dada de alta, por lo que en las siguientes sesiones hay

que ver si hay recaídas y si la familia tiene recursos para reponerse.

Asistieron el señor Ismael, señora Mercedes, Sonia, Hilda, y Laura.

SION 6. 10-01-99

sesion.

Investigar que sucedió en la época de conabrima.

Si han seguido la rutina que tenían hasta la sesión pasada.

Niveles de glucosa en sangre.

sión.

rapapeuta - ¿Cómo les fue el mes pasado?

Mercedes - Creo que bien.

rapapeuta - ¿Ya se tomaron sus destoxis?

Ismael - No, apenas vamos a ir este martes.

Terapeuta - ¿Entonces comenten que comieron estos días?

Mercedes - En Navidad, ponche sin azúcar.

Sonia - Comieron lo normal pero más de lo que siempre comen.

Ismael - Comimos mole, arroz y 6 tortillas.

Terapeuta - ¿En año nuevo?

Ismael - Yo me tome 6 cervezas.

Hilda - Comimos tostadas con ensalada.

Terapeuta - ¿Hicieron rosca de reyes?

Ismael - No hicimos.

Terapeuta - ¿Qué sucedió con la familia?

Hilda - Como familia nos ajustamos a nuestros padres.

Ismael - Estos días hemos estado comiendo pan integral.

Mercedes - Tiene un sabor parecido al bolillo lo venden en las Águilas.

Terapeuta - ¿Qué diferencia hay con el que venden en la tienda?

Mercedes - Sabe un poco dulce, coma las hojaldras de la panadería.

Terapeuta - ¿Y la organización familiar como ha seguido?

Ismael - Muy bien no hemos tenido problemas.

Terapeuta - ¿El ejercicio?

Ismael - Hacemos ejercicio 2 veces por semana, durante 20 minutos.

Terapeuta - ¿Soles?

Ismael - En ocasiones nos acompañaban Sonia e Hilda.

Mercedes - Ya nos fuimos a apuntar al Seguro para ir a hacer ejercicios.

Intersección

- Se ve que en la época decembrina falta realizar dieta, pero hay conciencia de esto y la familia muestra que sabe el camino para controlar la diabetes de sus padres.
- La organización ha seguido bien, es necesario hacer un repaso a sus problemas planteados al inicio de el trabajo terapéutico, para ver si han cambiado.

Cierre de sesión:

Terapeuta - (a Mercedes e Ismael) ¿Han caído en la tentación de pelizcar?

Mercedes - Ya no he peлизcado.

Ismael - Antes lo hacía para evitar temeraciones, ahora aunque estén mis padres como, por que ellos se controlan.

Ismael - (a Hilda) Antes no comía frente de sus padres ¿ahora?

Hilda - Antes lo hacía para evitar temeraciones, ahora aunque estén mis padres como, por que ellos se controlan.

Ismael - ¿Si se controlan?

Ismael y Mercedes - Es que duele a nuestro cuerpo lo nos pide tanto como antes.

Ismael - ¿Como lo han logrado?

Mercedes - Por la idea de que algunas cosas que comíamos nos causan daño.

Ismael - Debido a los dientes.

Ismael - (a Ismael) ¿Se ha percatado de su cambio pues la primera vez que nos vimos no creía

en sus hábitos y es más se quejaba de que en la dieta le quitaban muchos alimentos?

Ismael - Me ha ayudado el querer estar bien.

Mercedes - El estar chequeando constantemente nuestros niveles, nos hace nos estemos controlando.

Ismael - ¿Y si la familia se han enojado?

Mercedes - Ya no hemos discutido por los animales.

Ismael - Ya no me he gritado tanto y a veces sólo lo hago por jugar.

Ismael - (a Isabel) ¿Usted que opina?

Isabel - La dinámica de la familia ha cambiado, ahora juegan, se ven más optimistas.

Ismael - ¿La organización como ha seguido?

Ismael - Sigue igual, aún voy al mandado y ayudo con los animales.

Ismael - ¿Como lo han logrado?

Ismael - Buscando ayudarnos.

Ismael y Mercedes - El recordar las imágenes no nos hace pensar en que hay que cuidarnos.

Ismael - Señora Mercedes usted antes se ponía tensa por que se enteraba de los problemas de los niños?

Mercedes - Ahora ya no me dicen y si me dicen ya no hago caso. Lo que si es que en ocasiones me alterando por ruidos que escucho.

Ismael - Se enoja por que dice que le gana cuando vamos al médico y tengo más baja que ella el crear.

Ismael - ¿Si señor Mercedes?

Mercedes - Es que come nos lo mismo no pelizco, y ya los dos estamos iguales y nos por que me gana

Posesión

- La familia ha apoyado a la señora Mercedes y el señor Ismael. Esto ha llevado a que se vea una mayor armonía familiar
- Hay que ahondar en el por que doña Mercedes varía mucho sus registros de glucosa en sangre. Si tomamos en cuenta el último registro su azúcar están controlados, pero el registro que se obtenga la siguiente sesión podrá determinar si ya se puede dar de alta a la familia y hay que trabajar otras sesiones más
- En la siguiente sesión el trabajar con la sólo con la pareja es lo más adecuado, pues en familia el apoyo ya esta, el enfrentar la diabetes en pareja es lo que ahora se tiene que buscar.
- Asistieron el señor Ismael, señora Mercedes, Sonia, Hilda, e Isabel

SESIÓN 7 20-01-1999

Presesión

- Niveles de glucosa en sangre
- Si hay control saber como lo logran y de no ser así que piensan hacer

Sesión

Terapeuta - ¿Como nos encontramos de glucosa?

Ismael - Mi esposa me gana

Mercedes - El martes pasado yo tuve 200 mg/dl y don Ismael 180 mg/dl, y este martes tuve 150 mg/dl y don Ismael 180 mg/dl

Terapeuta - Subieron sus niveles de glucosa ¿a que se debe?

Ismael - No he bajado por que tengo gana

Mercedes - Yo esta semana no comí nada de dulce, ni pelizque

Terapeuta - Bueno lo importante de que subieran sus niveles de azúcar es que esto nos ofrece la posibilidad de que se vea la fortaleza que tienen ustedes y su familia para superar estos problemas.

Por otro lado ¿Saben las consecuencias que pueden haber de no bajar sus niveles altos de glucosa en sangre?

Ismael - Si Nos enteramos que le amputaron a la señora Alejandra

Mercedes - Pobrecito

Mercedes - ¿Que son las complicaciones?

Ismael - Me acuerdo los casos de diabetes, se acuerda que le amputaron una pierna a un

rapa. ¿Antes de que venga, una amputación que síntomas hay?

Mercedes - Se pierde sensibilidad en las piernas

rapa. ¿Han visto a más personas con alguna complicación?

Mercedes - Cuando asistí al Seguro tenía una amiga, que perdió la vista. Y las fotos que vimos de ustedes fueron muy impactantes.

rapa. ¿Se han puesto a pensar que les diría esta amiga?

Mercedes - A cuidarse.

Ismael - Cuidarnos y molarnos a hacer ejercicio como forma de prevención y seguir la dieta, eso que así podremos dejar el medicamento

rapa. ¿Que ha cambiado en la relación entre ustedes y la diabetes?

Mercedes - Ha cambiado mucho.

Ismael - Mi esposa antes era negativa, ahora nos ayudamos más.

Mercedes - Nos han ayudado las pláticas con usted y la atención de la clínica, tenemos mayor información y nos ayudamos. Planeamos juntos lo que vamos a comer y Sonia nos apoya

rapa. ¿Por que se ayudan?

Ismael - Nos ayudamos por que quiero que mi esposa este bien, mi esposa antes era herrinchuca y ahora ya lo he controlado con mi hija. Mercedes se ha repuesto bien y la terapia la ha ayudado pues estaba a cada rato en el médico

Mercedes - De cualquier cosa que suceda hablo con don Ismael

rapa. ¿Que imaginan en un futuro con su diabetes?

Ismael - Estar controlados.

Mercedes - Controlada.

rapa. ¿Como controlarse ahora que tienen su glucosa alta?

Mercedes - Hay que controlar el que aveces pelizcamos.

Ismael - Tenemos que mejorar esto.

rapa. ¿Qué más hay que hacer?

Ismael - Seguir la dieta y evitar lo que nos prohíbe el médico. Yo ya no tomé en fiestas

Mercedes - Si sigo como ahora yo creo que voy a estar bien, además evito enojarme

Ismael - He hablado con mis hijos, para que no le provoquen corajes a su madre. Ellos me apoyado, alto a les hablo y me controlo para no enojarme

Intersesión.

- Falta controlarse más, aunque han mejorado respecto al perfil lipídico registro
- La pareja muestra motivación y sabe el camino para controlarse
- La idea de las complicaciones les llamo mucho la atención, esto debido a la asociación de las imágenes expuestas al inicio y la amputación de una pierna de la señora Alejandra, dar un mensaje que ellos pueden tener complicaciones pero que de ellos depende el retardar esto
- Plantear que pensarían de un posible alta

Cierre de sesión

Terapeuta - ¿Como ven una posible alta?

Ismael - Pues la familia ha cambiado con la terapia y ahora los problemas los solucionamos más rápido

Mercedes - Estamos muy bien para que nos de alta.

Terapeuta - En comentario mas, hemos hablado acerca de las complicaciones, estas las pueden tener ustedes, pero si siguen como hasta ahora es muy probable que las retrasen, así que deben tener en cuenta que para que no haya complicaciones de ustedes va a depender.

Postsesión

- Si los niveles de la pareja son de 150 o menos se les dará de alta, a menos que consideren trabajo u otro problema
- Asistiremos al señor Ismael, y señora Mercedes

SESIÓN 8, 03-02-99

Presección.

- Verificar si han bajado sus niveles de glucosa son de 150 o menos. De ser así plantear la alta
- Si hay alta, promover las evaluaciones finales para la próxima semana.

Sesión:

Terapeuta - ¿Como hemos estado?

Ismael - Bien.

Terapeuta - ¿Que resultados obtuvieron en sus destroxitis?

Ismael - Yo 120 mg/dl y mi esposa 150 mg/dl

meses en

Falta controlarse más, aunque han mejorado respecto al penúltimo registro

La pareja muestra motivación y sabe el camino para controlarse.

La idea de las complicaciones les llamo mucho la atención, esto debido a la asociación de las imágenes expuestas al inicio y la amputación de una pierna de la señora Alejandra, dar un mensaje que ellos pueden tener complicaciones pero que de ellos depende el retardar esto

Plantear que pensarían de un posible alta.

Terminación de sesión

Terapeuta - ¿Cómo ven una posible alta?

Ismael - Pues la familia ha cambiado con la terapia y ahora los problemas los solucionamos más rápido

Mercedes - Estamos muy bien para que nos de alta

Terapeuta - Un comentario más, hemos hablado acerca de las complicaciones, estas las pueden tener ustedes, pero si siguen como hasta ahora es muy probable que las retrasen, así que deben tener en cuenta que para que no haya complicaciones de ustedes va a depender

Terminación de sesión

Si los niveles de la pareja son de 150 o menos se les dara de alta, a menos que consideren trabajar otro problema

Asistieron el señor Ismael y señora Mercedes.

SESION 8 03-02-99

Terminación de sesión

Verificar si han bajado sus niveles de glucosa son de 150 o menos. De ser así plantear la alta

Si hay alta, proponer las evaluaciones finales para la próxima semana.

Terminación de sesión

Terapeuta - ¿Como hemos estado?

Ismael - Bien

Terapeuta - ¿Que resultados obtuvieron en sus destróxis?

Ismael - Yo 140 mg/dl x mi esposa 150 mg/dl

Terapeuta - Con estos resultados los podríamos considerar personas ya controladas, pero pueden mejorar. ¿Que tienen que hacer para mejorar o al menos mantenerse en estos niveles?

Ismael - Queremos comprar un glucometer

Mercedes - Seguir haciendo dieta y ejercicio

Terapeuta - ¿Los problemas que plantearon en un inicio como están ahora?

Ismael - Resueltos, ya sabemos controlarnos y nos ayudan aquí en la casa.

Mercedes - Si por que antes visitaba el hospital 3 o 4 veces al año, pero con ustedes ya no he estado en hospitales

Terapeuta - También considero que están controlados, hay relaciones familiares donde hay apoyo, hay una organización familiar, y por esto se les puede dar de alta, pues los problemas que plantearon para trabajar en un inicio ya están resueltos ¿pero ustedes se darían de alta?

Mercedes e Ismael - Sí

Terapeuta - ¿Por que?

Mercedes - Es que antes nos controlábamos por temor a tener las complicaciones, y ahora el control se ha vuelto un hábito.

Intersección

- Los niveles de glucosa están controlados
- Las relaciones familiares son de apoyo y hay organización para hacer frente la diabetes
- La pareja acepta que se resolvieron sus problemas planteados para la terapia
- Con lo antes expuesto se considera la alta que se les dará en el cierre de sesión.
- Posterior a la alta, se señala a la familia que la próxima sesión se realizarán las evaluaciones finales

Cierre de sesión.

Terapeuta - Bueno con esta sesión damos por concluido el trabajo terapéutico y se les da de alta, no sin antes comentarles que la próxima semana realizaremos unas evaluaciones finales, solo si continúan o mejoran sus niveles actuales. Posterior a esto tendré comunicación con ustedes a razón de tener un seguimiento que me permita ver como siguen sus niveles de glucosa en sangre.

Postsesión

- En la siguiente sesión se realizarán las escalas de funcionamiento familiar y del impacto familiar solo si continúan o mejoran los registros de esta sesión. Pero si noña Mercedes o don

Si no se bajaron niveles de glucosa en sangre se plantea el continuar la terapia, hasta conseguir niveles iguales o menores a 140

El próximo contacto con la familia será en 1 mes, por vía telefónica como parte del seguimiento

SESION 9, 13-02-99

revisión

Verificar si han bajado sus niveles de glucosa son de 150 o menos. De ser así realizar las evaluaciones finales.

revisión

terapeuta - ¿Como hemos estado?

mael - Bien

terapeuta - ¿Cuáles son sus niveles de glucosa?_

mael - Fave 110 mg/dl.

terceras - y yo también

terapeuta - Bueno como sus niveles de glucosa en sangre son menores a 140 mg/dl. Se confirma su

alta y esto nos da pie a realizar una preguntas finales (evaluaciones finales)

ANEXO 1

ESCALA DE PUNTAJE AL FINO MILLER

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMATO DE CALIFICACION.

- 1.-Anotar en cada cuadro la calificación dada al número de reactivos.
- 2.-Hacer la suma horizontal.
- 3 - Cotear el puntaje global, haciendo la suma en forma vertical.
- 4.-Vaciar los resultados en la hoja de representación gráfica.

4. ¿A quien recomendar?

1. Miembros de la familia nuclear: cónyuge y/o hijos solteros o divorciados que conviven en el mismo domicilio

2. Miembros de la familia extensa: padres, hermanos, hijos, nietos y familiares políticos.

3. Miembros de la religión: sacerdotes, monjas y testigos de Jehová

4. Amigos y o vecinos.

5. Otros: INSE, Conventos, asilo.

Aquí en la clínica y a nuestra familia:

5. ¿Ha habido enfermedades previas en la familia, en la actual generación o en anteriores?

1. Si hubo familiares del paciente que padecieron diabetes: padres, hermanos y/o hijos. A) apoyo, B) no apoyo, C) No hay dato

2. No hubo familiares del paciente que padecieron diabetes

El papa del señor Ismael, a quien la familia apoyo al enterarse de que tenía diabetes. La señora Mercedes no tuvo familiares con diabetes

6. ¿Que cambios han surgido en la familia a partir de la diabetes? (Económicos: roles, afectivos, etc.)

1. Económicos: hicieron alusión al decremento de la economía familiar

2. Roles: se detectó rigidez en los roles:

3. Psicológicos: a) mayor unión familiar, y b) acentuación de conflictos: mayor distanciamiento físico y/o emocional, conflictos familiares previos que se agudizaron, etc

4. Ninguno: lo familiares no detectaron cambios asociados a la aparición de la diabetes

Ahora En la familia se apoyan en las diferentes actividades que desarrollan y se organizan

¿Cómo los han manejado?

1 Manejo funcional de los problemas (dando soluciones concretas y funcionales a problemas específicos)

2 Distribución funcional de los roles

3 Polarización de los roles (idiosincrásicos, débil - fuerte, bueno - malo, etc.)

4 Evasión de la problemática:

A nivel individual, utilizando mecanismos defensivos en forma rígida

A nivel familiar, a través de triangulaciones, comunicación enmascarada, alianzas patológicas, lucha por el poder, etc.

Todos se comunican y se ponen de acuerdo en lo que se debe hacer

3. ¿Con qué recursos cuenta la familia interna y externamente? (Redes de apoyo).

1 Miembros de la familia nuclear: cónyuge v/o hijos solteros o divorciados que conviven en el mismo domicilio

2 Miembros de la familia extensa: padres, hermanos, hijos, nietos y familiares políticos

3 Miembros de la religión: sacerdotes, monjas y testigos de Jehová

4 Amigos y o vecinos

5 Otros: INSEN, Conventos, asilo

¿Cuenta con toda la familia?

¿Qué expectativas tienen ante la enfermedad?

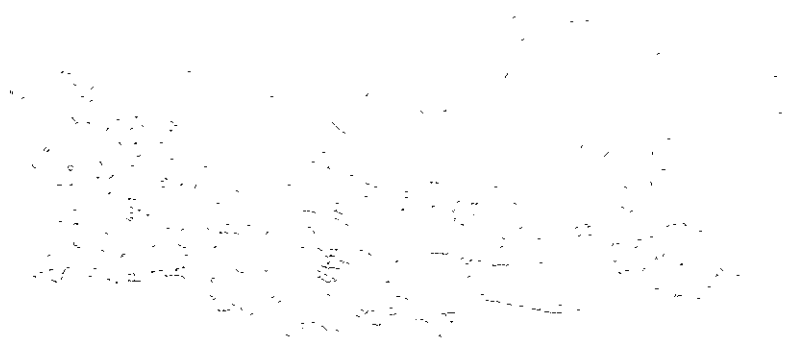
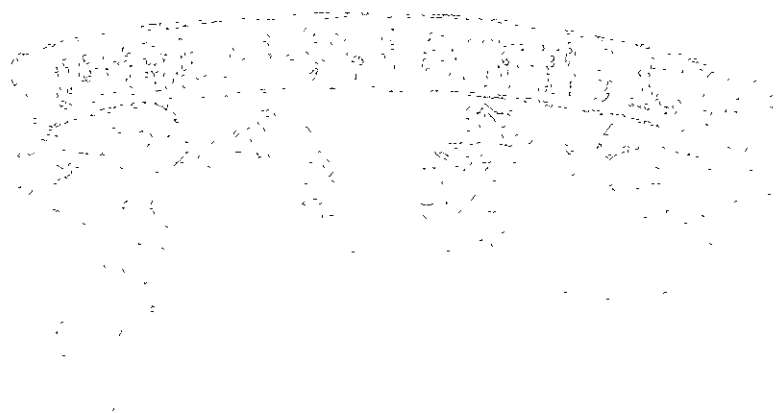
1 La familia reconoce el proceso terminal de la diabetes.

2 La familia no reconoce el proceso terminal de la diabetes.

3 La familia presenta ambivalencia ante el proceso terminal de la diabetes.

4 No hay dato.

pequeño de nosotros el que no tengamos complicaciones. Hay que hacer dieta, ejercicio, tomar medicamentos y no alterarnos.



ANEXO X

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

The image shows a table with a header row and several data rows. The text is extremely faint and difficult to read. The table appears to have at least 4 columns and 10 rows. The header row likely contains the names of the scale's subscales. The subsequent rows contain numerical scores for each subscale and a total score.

2.- Cuando alguien comete una falta ¿quien y como lo castigan?...

Como castiga:

Quien Castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre	/		
Madre	/		
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se castiga: Funcionalidad: 7

3.- Cuando alguien hace algo bien ¿quien y como lo premia?...

Como premia:

Quien Premia	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se premia: Funcionalidad: 4

8.- Cuando alguien se siente triste, decaido o preocupado, ¿a quien pide ayuda?...

A quien se pide ayuda:

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre	■						
Madre		■					
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad: 7

¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre		/		/			
Madre	/			/			
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad.. 7

En esta familia, ¿Quién protege a quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre		/					
Madre	/						
Hijos							
Hijas	/	/					
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

7

Funcionalidad.. 1

Si conversan ustedes unos con otros ¿Quién con quien lo hace? ..

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad.. 3

Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones. ¿Quiénes son los que lo hacen?..

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

No Funcionalidad.. 7

¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

Funcionalidad.. 4

Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿A quienes se les hace saber con claridad?..

A quien se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro NO Familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad.. 7

¿Quien supervisa el comportamiento escolar de los hijos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
						/	

Funcionalidad.. 4

¿Quien se responsabiliza de los hábitos higiénicos?..

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie
	/						

Funcionalidad.. 4

¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							/
Madre							/
Hijos							/
Hijas							/
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad.. 3

Quando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad.. 4

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta, explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quien con quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie	Frecuencia		
								Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro Familiar										
Otro NO Familiar										

Funcionalidad.. 5

¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad., 3

¿Quien tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad., 4

Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc)
¿Quien los ha tenido?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad.. 5

¿Quien ha presentado algún problema emocional?...

	Frecuencia		
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad.. 4

¿Quien en la familia, se aísla?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad.. 4