



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Título de la Tesis:

“Las repercusiones sociofamiliares en un paciente de la
Fundación Médica Fray Juan A.C. con pérdida visual a
consecuencia de la diabetes”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciado en Trabajo Social

P R E S E N T A:

Lucina Gissel López Sánchez

Asesora: Lic. Martha Violeta Gómez Zavala

URUAPAN, MICHOACÁN, SEPTIEMBRE 2008





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

La vida es un camino en el cual se presentan obstáculos que debemos vencer para llegar a la meta, pero para lograrlo es necesario tener a alguien que te respalde, alguien que te brinde su apoyo incondicional y su aliento para que no te des por vencido; y en mi vida ustedes han sido ese respaldo. GRACIAS PAPAS, Irma y Francisco.

A mis hermanos

José y Francisco gracias por su apoyo y ánimos para salir adelante, ya que sin ustedes no hubiera llegado a donde estoy.

A mi hija y mi esposo

Arely eres la luz en mi camino gracias por darle amor y ternura a mi vida.

Juve gracias por el amor y apoyo que me has brindado para terminar mi carrera.

A mis amigas

Isela, Geovis, Lucy, Laura, Carolina, Yuku, Rosita, Martita, Anabel y Belem gracias por su apoyo incondicional y por todos esos momentos de tristezas, alegrías, corajes y parrandas que hemos pasado juntas.

A mis maestras

Gracias por transmitirme su sabiduría y brindarme su atención durante el transcurso de la carrera, en especial agradezco a mi asesora Adriana por su apoyo y comprensión y a la maestra Norma que aparte de ser mi maestra es una gran amiga.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I DIABETES

1.1.- Definición de diabetes.....	8
1.2.- Tipos de Diabetes.....	9
1.3.-Sintomatología de la diabetes.....	10
1.4.- Causas de la diabetes.....	11
1.5.- Complicaciones Crónicas (retinopatía diabética, glaucoma, complicaciones en el riñón y pie diabético).....	15
1.6.-Epidemiología de la diabetes en México	20
1.7.- Cambios en el estilo de vida cotidiana.....	21
1.8.- Tratamiento para las personas diabéticas.....	23
1.9.-Manejo del duelo ante la perdida.....	24

CAPITULO II FAMILIA

2.1.- Definición de familia.....	29
2.2.- Origen y desarrollo de la familia	29
2.3.- Tipos de familia	30
2.4.- Concepción Sistémica de la familia.....	33
2.3.-Función Social de familia.....	35
2.4.-Ciclo vital de familia.....	37
2.5.- Jerarquización de roles sociales y familiares	39

CAPITULO III FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA FRAY JUAN A.C.

3.1.-Antecedentes Generales	41
3.2.- Características de la Fundación Oftalmológica.....	43
3.3.- Objetivo, Misión, Visión, Valores y Filosofía.....	43
3.4.- Estructura Organizativa.....	45
3.5.- Servicios que brinda la Fundación Oftalmológica.....	46
3.6.-Intervención del Trabajador Social.....	46

CAPITULO IV TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

4.1.-Antecedentes del Trabajo Social en el área de salud.....	48
4.2.-Definición del Trabajo social en el área de salud.....	50
4.3.- Objetivos del Trabajo Social en el área de salud	51
4.4.-Funciones y Actividades del Trabajo Social en el área de salud.....	52

4.5.- Niveles de intervención del trabajo social.....	56
---	----

CAPITULO V HISTORIA SOCIAL DE FAMILIA

5.1.- Identificación de la información	63
--	----

5.2.- Familia como sistema.....	65
---------------------------------	----

5.2.1 Estructura de la familia	67
--------------------------------------	----

5.2.2 Funciones de la familia.....	71
------------------------------------	----

5.2.3 Desarrollo de la Familia.....	75
-------------------------------------	----

5.3.- Asuntos, necesidades y problemas.....	92
---	----

5.4.- Educación y promoción social.....	95
---	----

ANÁLISIS

CONCLUSIONES

PROPUESTA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El propósito del investigador es describir situaciones y eventos; es decir cómo es; o como se manifiesta determinado fenómeno, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas, independientemente para así describir lo que se investiga.

La investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder.

Por tal motivo para la presente investigación se señalarán las consecuencias sociofamiliares del un paciente X de la Fundación Médica Fray Juan A.C. que perdió la vista a consecuencia de la diabetes considerando a esta como: un estado de hiperglucemia crónica producido por diversos factores: genéticos alimenticios; además de ser una enfermedad crónica que va aumentando cada vez más en nuestro país; de acuerdo a las estadísticas la tasa de mortalidad atribuible a diabetes creció de 5 a 31 casos por 100 mil habitantes, entre 1950 y 1990; es decir aumento 6 veces a lo largo de 4 décadas. La tasa de mortalidad por diabetes a continuado creciendo, de manera que 1996 esta fue de 37.4 casos por 100,000.

Los principales síntomas en las personas diabéticas son:

- ❖ Sed intensa
- ❖ Hambre
- ❖ Aumento en el número de ocasiones que va a orinar
- ❖ Fatiga
- ❖ Perdida de peso

Existen dos tipos de diabetes: tipo I: el cual en su mayoría se presenta en los niños y el tipo II que se presenta en los adultos.

La diabetes mellitus repercute social y familiarmente en la persona ya que el ritmo de vida cambia totalmente en todos los aspectos, como su alimentación, forma de vestir y de calzar, así como de llevar un tratamiento estricto para prevenir las complicaciones del diabetes y tener una vida larga y satisfactoria.

En la actualidad la diabetes es una de las principales causas de muerte en el país y en el mundo entero, por tal motivo para la presente investigación se retoma la vida sociofamiliar del paciente X de la Fundación Oftalmológica el cual perdió la vista a los 25 años de edad a consecuencia de la diabetes tipo II; al paciente X se le detecto dicha enfermedad a los 13 años, en ese tiempo el paciente X se encontraba viviendo con la señora "O" debido a que desde pequeño ella es la que se ha hecho cargo de él por tal motivo él prefiere estar con la Sra. "O" que con sus padres, desde que el paciente X decide vivir con la Sra."O" sus padres se deslindan de responsabilidades hacia él así es que ella toma la responsabilidad de cuidarlo, sin embargo el cuidado y tratamiento que debía tener el paciente X no se cumplía ya que por su corta edad no tomaba en cuenta las consecuencias que podría tener, además de no tener el apoyo afectivo, social y económico de sus padres ,la Sra. "O" cumplía el rol de madre, además de ser proveedora económica de la familia donde se desarrollaba el paciente X, dedicándose a ser maestra de educación tecnológica.

A los 25 años el paciente X pierde la vista lo que provoca un gran cambio en su vida, tanto moral como social y familiarmente, dejando de realizar algunas de sus actividades como la de trabajar y apoyar a su familia, lo que le trajo un bajo autoestima y depresión perdiendo las ganas de seguir adelante, para lo que necesitaba ahora más que nunca el apoyo de su familia en especial de sus padres, pero debido a que cada uno de sus padres tenía su vida aparte con diferente pareja y solo su mamá la Sra. "A" fue la que se responsabilizo de él llevándolo a vivir a su casa y haciéndose cargo de su cuidado y tratamiento, lo que provoco un cambio dentro de la vida cotidiana de la familia de la Sra. "A" , ya que debe tener mayores cuidados y atención hacia él, en cuanto a la relación con su abuela la Sra. "O" sea a deteriorado debido a que el padrastro del paciente X tiene un carácter fuerte y la relación de él con la Sra. "O" es negativa ya que ni siquiera se dirigen la palabra por tal motivo la Sra. "O" no visita al paciente X.

Para delimitar que es lo que se pretende investigar del problema sociofamiliar del paciente X se realizan los siguientes cuestionamientos: ¿Qué tanto influye la atención de la familia para el manejo adecuado de un paciente que ha perdido la vista?, ¿Cuáles roles familiares a perdido a causa de la pérdida de la vista?, ¿Qué pérdidas sociales o roles sociales ha tenido?

Con base a estos cuestionamientos se determinan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Realizar un estudio social de una familia con un miembro con pérdida visual a consecuencia de la diabetes, con la finalidad de identificar las repercusiones sociofamiliares que trae consigo esto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar como se ven afectados los roles sociales de la familia con un miembro con pérdida visual.
- ❖ Señalar la estructura de la familia así como la relación de cada uno de los miembros.
- ❖ Destacar la dinámica de la familia.

Para la presente investigación se desarrollaron cinco capítulos en los cuales cuatro son teóricos y uno es el estudio de caso del paciente X de la Fundación Médica Fray Juan; abarcando los teóricos la siguiente información:

Primer capítulo habla de lo que es la diabetes, se manejan sus tipos, causas, consecuencias, síntomas y tratamiento que se debe seguir según el tipo de diabetes; así como los cambios dentro de la vida de la persona.

Segundo capítulo se desarrolla lo que es la familia, los tipos de familia, objetivos, función de la familia dentro de la sociedad, etapas por las que pasa una familia llamándosele a este como el ciclo vital de la familia y por último se manejan los roles sociales y familiares.

En el capítulo tres se maneja todo lo relacionado a la institución en donde se identifico el caso del paciente X la cual es la Fundación Oftalmológica Fray Juan A.C. de la cual se retoman sus características generales , sus antecedentes históricos, objetivos, misión, visión así como los servicios y programas que se realizan dentro de ella.

El capítulo cuatro es en donde se maneja la intervención del Trabajador Social dentro del área de salud; en el cual se destacan sus objetivos, funciones y actividades de acuerdo al perfil ideal del trabajador social en el área de salud y los tres niveles en dónde se desenvuelve que son caso, grupo y comunidad.

Por último en el capítulo cinco se desarrolla la investigación de campo en donde se manejan las repercusiones sociofamiliares de un paciente X con pérdida visual a consecuencia de la diabetes; se basa en “Estudio Social de la Familia” modelo de la Universidad de Nuevo León en el cual maneja la siguiente información:

1.-Identificación de cada uno de los miembros, **2.-**La familia como sistema: a) estructura de la familia, b) Funcionamiento de la familia, c) Desarrollo de la familia y el tercer punto es **3.-**Asuntos, necesidades y problemas.

Pero de acuerdo a las necesidades de la familia se retomaron los últimos dos puntos de la metodología de Trabajo Social de caso de Etna Meave los cuales son: Educación y Promoción Social estos abarcan.- los resultados que espera la familia, la capacidad de la familia y el paciente para enfrentar el cambio utilizando sus propios recursos además de identificar sus fuerzas y limitaciones como familia para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas.

CAPITULO I

DIABETES

La diabetes es una enfermedad que se presenta actualmente en la sociedad con un gran porcentaje esto es debido a los malos hábitos alimenticios que se tienen como familia mexicana, anteriormente las personas que presentaban esta enfermedad eran personas mayores de 40 años pero actualmente se presenta en personas de menores de 40 años. Anteriormente se pensaba que la diabetes era una enfermedad hereditaria pero debido a la vida cotidiana que se lleva hoy en día, las personas presentan esta enfermedad más frecuentemente a pesar de que ningún familiar la haya padecido.

A parte de ser una de las principales causas de muerte en el país, es una de las enfermedades que mayores complicaciones presenta, a continuación en este capítulo se definirá lo que es diabetes, sus tipos, causas, síntomas, tratamiento y en especial los cambios que existen en la vida cotidiana del niño, adolescente y adulto con diabetes.

1.1.- DEFINICIÓN DE DIABETES

“El diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre es un estado de hiperglucemia crónica producido por diversos factores: genéticos alimenticios; además de ser una enfermedad crónica que va aumentando cada vez más en nuestro país”.(Gómez,2005:101).

“La hormona insulina secretada por las células betas del páncreas es el principal regulador de la concentración de la azúcar en la sangre. Cuando esta hormona no se produce eficientemente la concentración de azúcar en la sangre se incrementa ocasionando de esta manera un sin número de trastornos”. (Garza, 2000: 49).

La diabetes es una enfermedad la cual provoca grandes alteraciones en el organismo esto debido a que la insulina considerando a esta hormona como un intermediario en la concentración de la azúcar en la sangre no funciona como debe de ser lo que ocasiona complicaciones en el organismo, existen dos tipos de diabetes los cuales se presentan a continuación:

1.2.- TIPOS DE DIABETES

A) “Diabetes Mellitus tipo II.-es aquel que les da más frecuentemente a los adultos; esto es cuando la hormona insulina secretada por células Beta del páncreas es el principal regulador de la concentración de azúcar en la sangre. Con componente predominante de resistencia a la insulina y deficiencia relativa de insulina o con componente predominante de deficiencia de insulina”. (Garza, 2000: 49).

En la insulina se presentan una serie de anormalidades la cual se presenta a continuación;

Anormalidad en la secreción de la insulina

“La producción deficiente de insulina es una condición necesaria para que aparezca la hiperglucemia, antes postprandial que en ayunas en el horizonte clínico de la enfermedad, los defectos en la secreción de insulina son tanto cualitativos como cuantitativos, algunos defectos cualitativos pueden ser identificados desde las etapas más tempranas o preclínicas”.(Gómez,2005:101)

B) “Diabetes Mellitus tipo I; es aquel que se da más frecuentemente en niños, es una enfermedad que resulta de la destrucción progresiva de las células betas del páncreas con la consecuente pérdida de la secreción de insulina, aunque no se conocen del todo los agentes y la secuencia de eventos que llevan a la hiperglucemia”. (Gómez, 2005:101)

Factores genéticos que influyen en la diabetes tipo II

“La susceptibilidad de los genes caracterizados hasta ahora pueden ocurrir en genes normales comúnmente importantes encontrados en individuos no afectados lo cual sugiere que la susceptibilidad puede derivar esencialmente de polimorfismos que afectan la expresión y la función de ciertas proteínas codificadas y que pueden expresarse después del nacimiento.

La mayoría de los diabéticos tipo 1 no tiene antecedentes familiares del diabetes tipo 1 es evidente que existe agregación familiar significativa. La asociación familiar ha sido demostrada por el hecho de que el 6% de los pacientes diabéticos tiene un familiar en primer grado con la misma enfermedad”. (Gómez, 2005:101)

1.3.-SINTOMATOLOGÍA DE LA DIABETES

En el libro de salud y bienestar de Enrique Garza Gutiérrez nos dice que:

Algunos datos nos pueden hacer pensar en la posibilidad de ser diabéticos: como el que nuestros padres sean diabéticos, haber nacido con un peso de 4 kilos o mas, tener sobrepeso u obesidad, llevar una vida sin actividad física, fumar, consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, así como tener la presión alta.

Los principales síntomas en las personas diabéticas son:

- ❖ Sed intensa (polidipsia)
- ❖ Hambre (polifagia)
- ❖ Aumento en el número de ocasiones que va a orinar
- ❖ Fatiga
- ❖ Pérdida de peso

Otros síntomas que se pueden presentar son:

✓ **La glucosuria;** esta es cuando la concentración de la azúcar en la sangre es exagerada y no puede ser filtrada por los riñones ésta pasa a la orina teniendo un olor a miel de maple. El nivel de azúcar en la sangre en el cual aparece la glucosuria o azúcar en la sangre es de 180mg por 100ml.

✓ **La cetonuria;** es cuando se encuentra en la orina la presencia de acetona, teniendo en la orina y en el aliento de la boca un fuerte olor a acetona. La cetonuria junto con la glucosuria (acetona + azúcar =cetoacidosis diabética) puede ocasionar el coma diabético.

✓ **La formación de úlceras** en la piel o gangrenas en las extremidades de los enfermos crónicos se produce por la falta de circulación sanguínea debido a la presencia de arterosclerosis e hipertensión en estas partes del cuerpo. Cuando se vuelven crónicos estos síntomas pueden tenerse consecuencias graves ya que sin darse cuenta pueden gangrenarse los dedos de los pies y las piernas.

1.4.- CAUSAS DE LA DIABETES

El libro de Salud y Bienestar de Enrique Garza Gutiérrez (2000) se encontró que: Existe una alta predisposición a heredar la diabetes Mellitus, la cual es producida más fácilmente en las personas obesas, estas personas pueden controlar su azúcar con un régimen adecuado de alimentación.

En el diabético el páncreas no funciona adecuadamente y por lo tanto, no produce la insulina de la calidad y la cantidad que se requiere. Al no poder entrar la glucosa a las células de los tejidos lo que produce es una gran concentración de ella en la sangre y por lo tanto, estos tejidos (músculos etc.), no tienen la energía suficiente para funcionar bien produciéndose un debilitamiento de la persona, ya que aún tiene suficiente glucosa en la sangre pero ésta no es aprovechada.

Dentro del libro de medicina del Dr. Francisco Javier Gómez Pérez se pueden definir las siguientes causas las cuales se dividen en primarias y secundarias.

A).-CAUSAS PRIMARIAS:

Su presencia con frecuencia es diagnosticada años antes de la aparición de la hiperglucemia, su existencia debe ser sospechada en cualquier paciente con diabetes que tenga una concentración de colesterol o exista una historia familiar de cardiopatía isquemia prematura no explicada por diabetes.

- **Hiperlipidemia familiar combinada:** es la causa primaria más frecuente . En supervivientes de infartos del miocardio puede ser diagnosticada en alrededor del 10-15% de los casos, es un síndrome que para su diagnóstico de certeza se requiere la presencia de al menos un familiar con concentraciones altas de colesterol, otro con niveles anormales de triglicéridos y otro con ambos defectos.

Otras características de la enfermedad son concentraciones de la apoproteína B, la elevación de colesterol- LDL o triglicéridos es moderada (pocas veces de 300mg/dL).

- **Disbetalipoproteinemia:** se caracteriza por el acumulo de remanentes en el plasma debido a defectos en su unión a los receptores encargados de su catabolismo. Un alto porcentaje de su alimentación plasmática es mediada por la interacción de una de sus apoproteinas la apoproteina E con el receptor de remanentes o con el receptor LDL.

B).-CAUSAS SECUNDARIAS:

Las más frecuentes son la; hiperglucemia, la obesidad y el síndrome de resistencia a la insulina; otras causas frecuentes son el Hipotiroidismo, la insuficiencia renal, la micro albuminuria, el empleo de diuréticos, beta bloqueadores, corticoesteroides, hemodiálisis, consumo excesivo de alcohol o diálisis peritoneal. La magnitud de la causa se agrava en presencia de descontrol metabólico; sin embargo esta se puede presentar aún con concentraciones normales de glucosa o en sujetos con intolerancia a la glucosa.

Dentro de las causas secundarias se encuentra la obesidad siendo esta uno de los problemas número uno en el país, el cual se considera una causante de la diabetes; por tal motivo se considera importante retomar la siguiente información del libro “Como vivir con la diabetes del Dr. Henry Dolger y Bernad Seeman de 1995”

Diabetes y Obesidad

La obesidad es otra de las principales causas de la diabetes ya que se considera que las personas obesas son más propensas a la diabetes que aquellas de un peso normal, una persona que se encuentra en su peso normal es la que tiene un peso y una medida equivalente por ejemplo: (cuando una persona mide 1.70m debe pesar 70kg), y cuando una persona presenta obesidad es cuando sobrepasan de su peso normal esto de acuerdo a su estatura. Cuando el consumo de alimentos es mayor que los requisitos metabólicos se incrementa la posibilidad de la diabetes, esto es cierto cualquiera que sea la raza, nacionalidad, geografía o el hecho de vivir en la ciudad o en el campo.

Las investigaciones recientes han establecido que en las personas obesas se impide la entrada de la glucosa en las células; debido al funcionamiento receptor reducido en las células por este motivo los individuos obesos necesitan producir más insulina que los delgados con objeto de lograr el mismo efecto. En esta forma ya que la insulina se emplea con menor eficiencia, el mecanismo productor de insulina esta sujeto a una mayor esfuerzo, dando cuenta del hecho de que los adultos obesos a menudo tienen un nivel insulínico más alto del normal en su sangre antes del desarrollo de la diabetes.

Cuando los individuos obesos bajan de peso, mejora su función receptora y se eleva la eficiencia insulínica; aunque dichos cambios varían de un individuo a otro dan cuenta del mejoramiento que puede observarse en los diabéticos adultos que se someten a un tratamiento de dieta y reducción de peso únicamente, la cual constituye uno de los enfoques más antiguos de la terapia.

Por más que la obesidad es nociva para la persona que no es diabética, en el diabético es peligrosa hasta el grado de llegar a una posible catástrofe, como la diabetes resulta de la incapacidad de metabolizar los azúcares, existe una creencia popular de que las personas sanas que consumen dulces en exceso están propensas a contraer la diabetes. Sin embargo algunas de los países que tienen el consumo más elevado de azúcar aparentemente tienen los registros más bajos de la diabetes, por otro lado los indios de Natal que trabajan en las plantaciones de las cañas de azúcar y cuya alimentación incluye aproximadamente un 30% de caña de azúcar, tiene una tasa de diabetes excepcionalmente elevada, algunos investigadores demuestran que si existe una relación entre la cantidad de grasa que contiene la dieta y la tendencia hacia la diabetes; pero el factor dietético realmente importante consiste más bien en la cantidad de alimentos que se consumen que más bien en los que se come.

El tipo de alimento no es tan importante como la cantidad que se consume, los vegetarianos también llegan a ser diabéticos; las personas que tienen una dietas tan variadas como los japoneses, los árabes y los norte americanos de nueva Inglaterra también enferman de diabetes, cualquier dieta que reduzca el peso y en la obesidad inducirá a la diabetes. Cualquier dieta que reduzca el peso, los “ cuida kilos”, la “ dieta del bebedor” o cualquier otra tenderá a disminuir la probabilidad de la diabetes o la hará menos grave.

El Dr. Francisco Javier Gómez Pérez en su libro de Actualidades Terapéuticas nos dice que:

El vínculo entre la diabetes y la obesidad se conoce desde hace mucho tiempo, siendo difícil de precisar quien realizo la primera descripción de esta asociación. En los últimos 30 años que se ha venido conociendo el mecanismo a través del cual la obesidad precipita el desarrollo de la diabetes mellitus, se ha demostrado que la obesidad aumenta la resistencia a la acción de la insulina, particularmente

cuando la grasa se localiza de manera preferencial en el tórax y abdomen. En estos casos la falla de la tolerancia a la glucosa se asocia con dislipidemia e hipertensión arterial dando lugar al síndrome metabólico, las consecuencias de estas asociaciones es un elevado riesgo cardiovascular.

La diabetes tipo 2 debe considerarse como una de las más serias manifestaciones de la obesidad, aproximadamente el 70% de los individuos con diabetes tipo 2 tiene obesidad al momento del diagnóstico. El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta con el grado de obesidad, la duración de la obesidad, la distribución central del sobre peso y la ganancia de peso en la edad adulta. Esta relación entre obesidad y diabetes representa una grave amenaza a la salud pública porque en las últimas dos décadas se ha duplicado el número de obesos en la mayoría de los países occidentales.

A parte de ser una de las principales causas de muerte en México, la diabetes trae consigo una serie de complicaciones, y para efectos de la presente investigación se ahondará como primer punto el ojo: entendiéndose a este como un instrumento extraño y maravilloso esencialmente es una pelota hueca como de ping pong llena con líquido claro llamado vítreo, junto al vítreo se encuentra la retina que es una delicada membrana nerviosa que responde a los estímulos visuales. La retina se encuentra conectada con el nervio óptico por fibras nerviosas, el nervio óptico humano tiene alrededor de 1 200 000 fibras nerviosas separadas la mayoría de las cuales se encuentran agrupadas en el centro del nervio que conduce las imágenes desde el centro de la retina. La luz pasa a través de la córnea y el cristalino y es enfocada en la porción posterior del globo ocular en la capa de la retina, el nervio óptico conduce la imagen desde la retina al cerebro, donde es interpretada; existen tres áreas de problemas potenciales y son: opacidad del cristalino que se conoce como **catarata**, aumento en la presión del líquido del globo ocular que puede dañar el nervio óptico, padecimiento llamado **glaucoma**, ruptura o hemorragia en los vasos sanguíneos en la retina, padecimiento llamado **retinopatía diabética**". (Krall, 1995:177); además de lo anterior se conocerá otra de las complicaciones en el **pie del diabético** las cuales son provocadas por la disminución en la irrigación sanguínea.

La diabetes es una enfermedad la cual acarrea una serie de complicaciones como se menciona anteriormente; dicha enfermedad se encuentra en un gran número

de personas, pero la mayoría no le dan la importancia debida por lo que las consecuencias se agravan más y en algunas ocasiones llegan a los límites causando la pérdida de alguna parte del cuerpo o hasta la muerte.

1.5.-COMPLICACIONES CRÓNICAS (Retinopatía diabética, Glaucoma, Complicaciones en el riñón y Pie diabético)

❖ RETINOPATÍA DIABÉTICA

De acuerdo al libro actualidades terapéuticas del Dr. Francisco Javier Gómez Pérez presentamos la siguiente información:

Es la enfermedad de los ojos producida por la diabetes, y es la primera causa de ceguera en México. Es la complicación más incapacitante de la diabetes mellitus, que se presenta como resultado de los cambios de la micro circulación (vasos dentro del ojo).

La retina es una compleja capa de células compuesta principalmente de neuronas (95%), células gliales y vasos sanguíneos, cuyo máximo espesor llega a ser de medio milímetro, tiene una capacidad metabólica, muy grande que sobrepasa a cualquier otro tejido gramo por gramo.

Tradicionalmente se ha considerado que la retinopatía diabética tiene su origen en las alteraciones vasculares, sin embargo hay una amplia evidencia de que existen alteraciones anatómicas y funcionales antes de que aparezca la patología vascular.

Factores de riesgo para la retinopatía diabética:

Duración de la diabetes: es el factor que mejor se ha podido relacionar con la retinopatía diabética ya que durante los primeros 4 o 5 años del diagnóstico prácticamente no hay alteraciones clínicas, pero después de 5 o 10 años de evolución entre el 25 al 50% de los enfermos, tendrán algún signo de retinopatía. Esto puede ser documentado con certeza en los pacientes insulina dependiente pues se conoce con más precisión el inicio del padecimiento.

Género: la retinopatía proliferativa es más frecuentes en jóvenes del sexo masculino después de la pubertad cuando se les compara con las mujeres de la misma edad, por lo que se postula una probable relación con la testosterona.

Edad: los pacientes diagnosticados antes de la pubertad presentan la retinopatía diabética, en un promedio de 11 años, y los que son diagnosticados después de la pubertad la presentan a los 6 años.

Raza: la frecuencia de la retinopatía diabética es 2.4 veces mayor en la población mexicana americana, que en los no hispanos como se han ido mostrando en varios estudios epidemiológicos.

Control de la glucemia: en la actualidad ya no se tiene duda de que el control estricto de los niveles de azúcar en la sangre disminuyen el riesgo de la retinopatía diabética.

Hipertensión arterial sistémica: el control estricto de la presión arterial ha demostrado un menor grado de retinopatía diabética tal vez por la reducción en la arterosclerosis.

Clasificación de la retinopatía diabética

1.-No proliferativa	
1.-Leve:	-Dilatación venosa - microaneurismas - exudados duros - manchas algodinosas
2.-Moderada	- anormalidades venosas - anormalidades microvasculares intra-retianas (AMIR)
3.-Severa	AMIR en dos o más campos
II.-Proliferativa	
1.-Sin características de alto riesgo	
2.- Con características de alto riesgo	
3.- Avanzada	

Fuente: "Actualidades Terapéuticas del Dr. Francisco Gómez Pérez (2005)"

Las microaneurismas son las lesiones más frecuentes y precoces de la retinopatía diabética, se observan como unos puntos rojos, redondos de los bordos bien

definidos y de tamaño variable de 15 a 125 micras, las microaneurismas tienen una pared permeable de ahí que sean el origen de los exudados duros y contribuyen al edema macular; los exudados duros consisten en acumulaciones extracelulares de lípidos y proteínas y provienen del escape a través de las paredes de los vasos dañados o de microaneurismas; los exudados blandos o manchas algodonosas son como manchas blanquecinas con bordes mal definidos y con algunas estrías que siguen el trayecto de las fibras nerviosas.

Las anomalías microvasculares intra-retinianas consisten en capilares dilatados y telangiectásicos que actúan como puentes entre vénulas y arteriolas, en ocasiones es difícil definir si en estos vasos son nuevos o si se trata de dilataciones de los ya existentes por lo que este término incluye varias posibilidades.

❖ **GLAUCOMA**

“El glaucoma es el aumento en la presión del líquido del globo ocular que puede dañar el nervio óptico.

Muchas personas de 40 años son candidatas al glaucoma, y cada año o cada dos de las personas de ese grupo de edad deben someterse a una revisión en busca de esta enfermedad. La prueba es simple, rápida e indolora; se hace con un instrumento llamado tonómetro, que mide la presión del globo ocular, la presión aumentada se debe a exceso de líquido en el ojo, al principio la situación no produce síntomas, al aumentar la presión, los síntomas pueden incluir pérdida de la visión y destellos brillantes o anillos de luces alrededor de los ojos, más adelante puede haber dolor ocular, si se deja demasiado tiempo sin tratamiento, el daño causado por la presión es irreversible. En su inicio la enfermedad se trata de colirios que permiten continuar el intercambio del líquido, algunas veces es útil la cirugía.

Las formas comunes del glaucoma (presión aumentada sin hemorragia) pueden ocurrir en diabéticos y no diabéticos. Afortunadamente el glaucoma resultante de hemorragia es raro”. (Krall, 1995:178)

“Los glaucomas más frecuentes en los pacientes diabéticos son los de ángulo abierto y el neovascular, con respecto al primero se ha encontrado una mayor incidencia de glaucoma cuando se les compara con los que no son diabéticos, por

lo que se les debe vigilar estrechamente, con respecto al glaucoma neovascular, es una hipertensión ocular que se presenta por la neovascularización del iris y el trabéculo, situación que impide el drenaje del humor acuoso y provoca una alza severa en la presión intraocular, esto es doloroso e incapacitante y puede provocar ceguera en pocos días". (Gómez ,2005:278)

❖ **COMPLICACIÓN EN EL RIÑÓN**

Retomando el manual de diabetes de Leo P. Krall 1995 se rescata la siguiente información:

Los riñones son de los órganos menos apreciados y más maltratados del cuerpo, el tracto urinario se compone de dos riñones localizados a cada lado de la columna vertebral largos tubo delgados llamados uréteres conducen la orina desde los riñones hasta la vejiga que actúa como un deposito de almacenamiento hasta que la orina se elimina.

PATOLOGIA DEL RIÑÓN.- la nefropatía es el padecimiento renal más serio de la diabetes; la palabra Nefropatía se refiere de una combinación de tres cambios que se encuentran juntos en los riñones de mucha gente con diabetes de larga duración, estos cambios son infección, esclerosis y daño a los glomérulos (aparato de filtración del riñón), estos progresan a menudo con la evolución de la diabetes de modo que la función del riñón se deteriora gradualmente. Al principio la proteína que por lo común es conservada por los riñones empieza a aparecer en la orina en cantidades crecientes.

Los primeros cambios que se encuentran son engrosamiento de las membranas basales del riñón; algunos investigadores consideran que este engrosamiento aparece antes de los cambios de tolerancia a la glucosa.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN.- En casos avanzados es posible librar al cuerpo de los desechos que normalmente excretan los riñones por medio de la diálisis peritoneal o con la máquina del riñón artificial.

Otra forma de tratar la insuficiencia renal crónica es el trasplante renal, este comprende la extirpación de un riñón sano preferentemente de un pariente cercano del diabético, o si no se dispone de algún otro donador aceptable y

colocarlo en el diabético cuyos riñones han dejado de funcionar. El transplante renal es un procedimiento difícil y ampliamente disponible. Los pacientes diabéticos con transplante renal no han estado bajo observación por largo tiempo, suficiente para determinar el éxito eventual de tal procedimiento, aunque un número creciente de personas están viviendo más con esta forma de tratamiento.

De acuerdo al Manual de Diabetes de Leo P. Krall de 1995 se rescata la siguiente información:

❖ **PIE DIABÉTICO**

El pie del diabético puede ser su “talón de Aquiles”. Los pies de los diabéticos son particularmente vulnerables por varias razones, la circulación se encuentra disminuida en personas de más edad, en especial en donde los vasos sanguíneos se estrechan en la extremidad inferior del pie; en personas con diabetes el grado de estrechamiento puede ser mayor aún.

Cualquier infección precipitante o impedimento mecánico, como una uña encarnada o callo infectado, un traumatismo, pie de atleta no tratado o un zapato apretado, pueden dañar el tejido y servir como guía para la infección. Al extenderse la infección se presenta inflamación e hinchazón, que requiere de un mayor aporte sanguíneo que no esta disponible

EPIDEMIOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO

Se ha estimado que alrededor del 15% de los pacientes desarrollan úlceras en pies o tobillos durante el curso de su enfermedad, las úlceras en pies son un factor pronóstico mayor para la realización de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes, las cuales tienen una considerable morbilidad, mortalidad y costos en salud, no disponemos de estudios que hayan evaluado adecuadamente la frecuencia de las úlceras y la mayoría de los estudios epidémicos hacen referencia a la frecuencia de amputación.

En México no contamos con datos estadísticos que evalúen, en poblaciones abiertas, la frecuencia del problema, las lesiones en pies son la causa más frecuente de hospitalizaciones entre pacientes diabéticos, en diversas series se ha informado que un 23 a 50% de las hospitalizaciones de los diabéticos se deben a las lesiones en los pies, además; por la naturaleza del problema se

observa una mayor estancia hospitalaria en pacientes con pie diabético, que en pacientes con diabetes que son hospitalizados por otras causas.

ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO

Las úlceras ocurren debido a una presión o traumatismo repetido en los puntos de mayor apoyo de un pie sensible, cuando la presión es continua, el pie desarrolla zonas de callos que a su vez incrementan la presión local en los tejidos subyacentes hasta en un 30%. La localización de las úlceras ocurren en sitios de mayor presión y callosidad excesiva especialmente el primer dedo, las úlceras en áreas dorsales, medial o lateral suelen ocurrir por presión del calzado. El talón es vulnerable en pacientes que se encuentran confinados a la cama y que presentan neuropatía y enfermedad vascular.

1.6 .-EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES EN MÉXICO

“En los últimos 40 años en México se ha observado una disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas y un aumento en la prevalencia y mortalidad por las enfermedades crónicas o degenerativas como parte del proceso de transición epidemiológica. El aumento de prevalencia del diabetes ha sido paralelo a cambios en el patrón migratorio, en el estilo de vida y en la distribución por edades en la población mexicana. La proporción de habitantes en el medio rural y en el urbano se ha invertido en México en los últimos 40 años.

En la década de 1990- 2000, la población urbana fue el 70% del total de la población, mientras que en la década de 1950-1960 era solamente el 30% de la población el crecimiento anual de la población de entre 20 y 30 años de edad a sido el 2% en los últimos 50 años, mientras que la tasa de crecimiento de la población menor de un año de edad a disminuido desde 1994.

Puesto que el 51% de la población tiene menos de 20 años de edad y la prevalencia del diabetes aumenta con la edad, se puede prever un aumento en la cantidad total de individuos con diabetes en México”. (Gómez, 2005:104)

MORTALIDAD

“La diabetes como causa de mortalidad en México, ha escalado posiciones desde el lugar numero 28 en 1928, al cuarto lugar en la década de los 90º en México de

hay al primer lugar como causa de muerte en mujeres y el segundo lugar como causa de muerte en hombres en el 2002. Si además tomamos en cuenta que la diabetes es la causa subyacente de una enorme proporción de muertes registradas en las actas de defunción como debidas directamente a enfermedad isquémica miocárdica, es evidente que la diabetes es la principal causa de muerte en México. De acuerdo a las estadísticas la tasa de mortalidad atribuible a diabetes creció de 5 a 31 casos por 100 mil habitantes, entre 1950 y 1990; es decir aumento 6 veces a lo largo de 4 décadas. La tasa de mortalidad por diabetes a continuado creciendo, de manera que 1996 esta fue de 37.4 casos por 100,000". (Gómez ,2005:105)

1.7.- CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA COTIDIANA DE UNA PERSONA CON DIABETES

“En el manejo cotidiano de la diabetes mellitus intervienen varios factores, entre ellos; el plan de alimentación, el ejercicio, los medicamentos orales, la insulina, la actitud del equipo de salud para enseñar las herramientas de autocontrol y finalmente la educación y motivación del paciente”. (Gómez ,2005:117)

El Dr. Henry Dolger y Bernad Seeman en su libro de cómo vivir con la diabetes nos dice que: existen cambios en el estilo de vida cotidiana de la persona diabética de acuerdo a su edad como son en el niño, en el adolescente y en el adulto como se presenta a continuación:

A) CAMBIOS EN EL NIÑO DIABÉTICO

Se ha dicho que cuando un niño es diabético el médico inmediatamente tiene dos pacientes el niño y la madre. La diabetes en un niño esta cargada de emotividad para los padres y es difícil que acepten la situación con ecuanimidad. Algunos asumen la actitud de que están recibiendo un castigo del cielo; además las rutina diaria de las pruebas de orina, las inyecciones y los horarios especiales para las comidas; son tareas que necesita realizar la madre al principio no es nada fácil hacer frente a ellas.

La madre puede rechazar al niño y tratándolo con brusca rigidez o tal vez sea lo contrario y sea excesivamente cariñosa, lo sobreproteja y le permita demasiadas

libertades; en cualquier caso sufrirá la adaptación del niño a la enfermedad, los parientes, especialmente los abuelos pueden hacer mucho daño al estado de ánimo del niño si sus acciones se matizan con un exceso de angustia o histeria.

Los maestros pueden preocuparse demasiado con la diabetes del niño tratándolo con diferencia marcada respecto a los demás niños. Esto forzosamente será un impedimento para el niño. Ante este diluvio de problemas ¿Cómo podrá el niño diabético adaptarse a su enfermedad con lo que tendrá que vivir el resto de sus días; no existe un respuesta fácil ni una definición precisa.

No obstante si hay una respuesta, la que puede encontrarse únicamente en el amor y la comprensión intuitiva de los padres; esto significa que deben aceptar al niño como un ser humano.

B)CAMBIOS EN EL ADOLESCENTE DIABÉTICO

La adolescencia es una época de grandes cambios y trastornos, la diabetes que se contrae durante este periodo es la de forma juvenil.

Es muy importante que los padres entiendan que la responsabilidad de las fases del control de la diabetes necesitan recaer en el paciente adolescente esto es igualmente cierto ya sea que la diabetes se origine en la niñez o si se ha contraído recientemente, los padres deben ceder completamente todas las tareas diarias relacionadas con la enfermedad. Cuando el padre desconfía de la capacidad del niño para manejar la enfermedad e intenta controlarlo indirecta o secretamente este lo percibirá y se enfurecerá.

Los padres necesitan darse cuenta que el secreto es importante para muchos diabéticos adolescentes durante la etapa de su crecimiento la forma más inteligente en la que puede actuar , con la ayuda del médico es enseñarle al adolescente el que alguna persona dentro de su circulo de amigos sepa de la diabetes.

C)CAMBIOS EN EL ADULTO DIABÉTICO

Independientemente de los problemas físicos que pueda presentar el adulto, la diabetes no presenta gran amenaza; los problemas sociales y emocionales que parecen tan enormes al adolescente casi no existen para el adulto joven

solamente en tres aspectos se enfrentan los jóvenes adultos a los que aparentemente son problemas serios; su capacidad para obtener un seguro, un empleo y la paternidad.

En los tres tipos de población debe haber cierto tratamiento de dieta balanceada, medicamentos y sobre todo realizar ejercicio esto es una parte que cambia la vida de una persona diabética el tener que llevar su vida estrictamente regulada.

1.8.- TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS DIABÉTICAS

El manual de diabetes de Leo P. Krall se rescata lo siguiente:

El tratamiento de la diabetes dura por lo general toda la vida, la meta del tratamiento deberá ser el restaurar la fisiología y al paciente a un estado lo más cercano posible a la normalidad.

MEDIDAS ESENCIALES DE TRATAMIENTO

- Papel de la dieta.-el control de la cantidad y la calidad de la comida ingerida sigue siendo la base de todo el tratamiento de la diabetes.
- Uso de insulina.- si la insulina de que dispone el organismo no es la adecuada y si necesita aún más a pesar de seguir una dieta cuidadosa puede ser necesario el uso de insulina exógena administrada por vía inyectable.
- Agentes orales.- durante los últimos 20 años en los diabéticos se han usado algunas tabletas estos agentes capacitan al páncreas para producir mayor cantidad de insulina , cuando menos temporalmente. Estos agentes solo dan buen resultado si el páncreas es capaz de ser estimulado
- El ejercicio.- es importante en los diabético a además de mejorar el tono y la fuerza muscular, puede reducir los requerimientos de insulina

TRATAMIENTO BALANCEADO

El tratamiento de la diabetes debe ser balanceado, mucha comida puede incrementar los requerimientos de insulina; menos cantidad de comida o más ejercicio puede reducir el nivel de glucosa; el control del diabetes tiene 3

componentes: (1) el paciente que con mucha frecuencia es inconstante,(2) la inyección diaria de insulina o la administración de agentes orales la cual es una influencia regularmente constante (3) la dieta, si la dieta se sigue regularmente constante dos de las tres influencias en el control son constantes y hay una oportunidad razonable buena de regular la diabetes.

1.9.- MANEJO DEL DUELO ANTE LA PÉRDIDA

Una persona diabética como primer punto pierde su salud lo que provoca cambios en su vida cotidiana principalmente en sus hábitos alimenticios y sus condiciones de vida como el de realizar ejercicio y llevar su tratamiento de la manera adecuada; de no ser así pueden presentarse una serie de complicaciones como la pérdida de un pie, del riñón y la vista, al presentarse alguno de estos casos las personas pasan por diferentes etapas para superar el duelo de su pérdida y estar consientes de su problema, ya que esto no solo puede traer problemas morales y físicos, sino también laborales, sociales y familiares, por tal motivo se retoma la siguiente información:

Según Kubler-Ross en el libro *Déjalos ir con Amor* (2003) nos muestra lo siguiente:

Los sentimientos del dolor ante alguna pérdida perduran por un lapso mayor del que permite la vida en sociedad en general, incluso los amigos más cercanos a veces esperan que volvamos a la “normalidad” en una cuantas semanas después de un deceso, pero el vivir con una pérdida no es tan fácil.

La capacidad para orientar el dolor es importante tanto para el individuo que experimenta una pérdida como para la sociedad de que forma parte él o ella; la conducción del duelo significa el saber manejarlo; significa comprender tus sentimientos, aprender a vivir con la pérdida y el cambio.

La doctora Elizabeth Kubler Ross psiquiatra determina el duelo en cinco etapas:

- **NEGACIÓN.-** es un estado de entumecimiento e incredulidad, éste es una estado protector que aísla al afligido de la angustia que se presentará en los siguientes meses para alcanzar la aceptación de la pérdida que a sufrido a consecuencia de la diabetes, la etapa de

negación generalmente dura de a 4 a seis semanas, si al cabo de seis semanas la persona sigue combatiendo estoicamente su dolor y sentimientos profundos o aún se siente entumecida, ésta negando sus sentimientos y es susceptible de sufrir después, problemas emocionales.

- ENOJO.- El enojo se puede expresar externamente como rabia, o internalizarse y experimentarse en forma de depresión, pero en el fondo el enojo es temor, temor a satisfacer tus propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia financiera, emocional y física.

Empieza a observar cuando te sientes irritado, lastimado o decepcionado; si tratas de manejar estas emociones en el momento en que aparecen, te darás cuenta de que puedes controlar mejor tu enojo, tu desesperación.

La persona diabética tiene que enseñarse a vivir con su enfermedad y ser responsable en su tratamiento para que no se presenten complicaciones, deben cambiar totalmente su vida cotidiana, por lo que la etapa del enojo es muy común en su enfermedad y más aún cuando pasan por esta etapa y están sufrido alguna pérdida a consecuencia de la diabetes.

- NEGOCIACIÓN.-La negociación antes de que ocurra la pérdida puede consistir en desear que se descubra una nueva cura milagrosa o querer que se prolongue la vida a otra celebración, hacer tratos con dios para que el diagnóstico de la enfermedad este equivocado. La negociación prosigue en nuestras mentes como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación.
- DEPRESIÓN.- La depresión se define, como frecuencia como el enojo dirigido hacia dentro incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia es una perturbación del ánimo; también intervienen en ella sentimientos de tristeza, decepción y/o soledad. Cuando una persona diabética esta deprimida suele alejarse de la gente y las actividades pierde la capacidad para sentir placer o gozo

y evita las situaciones agradables que antes experimentaba en la vida.

Ahora bien algunas personas se instalan en la depresión, es importante que no pongas resistencia a tus sentimientos pero tampoco te hundas en ellos práctica alguna actividad física que te ayude a dormir mejor, mientras caminas, corres, nadas, o juegas tenis concentrándose en tu cuerpo no en tu tristeza.

- **CULPA.-** La culpa proviene de la idea de algo que hicimos o dijimos y que deseamos no haber hecho, o de algo que pensamos no haber dicho o hecho y no lo hicimos; cada vez que te encuentras a ti mismo diciendo debí o hubiera, te colocas en posición para sentirte culpable, debes asumir la responsabilidad por tu conducta y hacer la reflexiones necesarias que te permitan actuar con mayor madurez.

El sentimiento de culpa para una persona que presenta alguna perdida a consecuencia de la diabetes retrasa su recuperación, incluso si esta convencido de que sus actos fueron equivocados o insensibles se debe perdonar a si mismo y proseguir con su vida, el sentirse culpable durante un lapso prolongado es una elección que se hace; pero también puede elegir el no sentirse culpable sino aceptar la realidad de lo que ha pasado.

- **INTERRELACIÓN DE CUERPO, MENTE Y EMOCIONES.-** Los seres humanos funcionan en la vida a diferentes niveles; la mente o intelecto, el nivel emocional o de sentimientos y el nivel físico; la parte intelectual analítica y de razonamiento es una función del hemisferio izquierdo del cerebro. La parte emocional, creativa y de sentimientos la gobierna normalmente el lado derecho del cerebro. Nuestra respuesta emocional, primitiva, emocional al peligro y experiencias atemorizantes esta regulada por el cerebro marginal, una parte del sistema nervioso.
- **ACEPTACIÓN.-** cuando puedas pensar en lo que perdiste sin intensos sentimientos emocionales de anhelo y tristeza, cuando lo recuerdes con realismo, vivirás en el presente sin adherirte al

pasado y harás planes para el futuro, podrás vivir con la ambigüedad de aquellas preguntas que nunca obtendrás respuesta.

Cuando la persona diabética acepta su enfermedad, también debe darse cuenta que debe ser cuidadoso con su tratamiento y poder tener un vida sin complicaciones y enfocarse a su realidad.

- **DESARROLLO Y RENOVACIÓN.-** En esta etapa la persona diabética deja atrás los sentimientos de pérdida y busca las mejores alternativas para olvidar el pasado aceptando su realidad y no retroceder, sino tratar siempre de buscar un cambio o renovación a su vida.

En este primer capítulo se desarrollo todo lo relacionado a la diabetes es una alteración en el nivel de azúcar de la persona lo que es provocado por diferentes factores como los malos hábitos alimenticios o la herencia familiar siendo estas unas de las principales causas, la diabetes también se presenta en los niños siendo esta la diabetes tipo I en donde la producción de insulina es insuficiente para el buen manejo del páncreas y la que se presenta en los jóvenes y adultos es la diabetes tipo II en donde se presenta la deficiencia de insulina. A una persona diabética se le pueden presentar una serie de síntomas como son: sed excesiva, hambre, pérdida de peso y aumento en el número de ocasiones que se va a orinar.

La persona diabética debe llevar una calidad de vida estable y respetar su tratamiento ya que esta enfermedad puede presentar una serie de complicaciones en los ojos como: glaucoma, retinopatía diabética lo que les puede generar la pérdida visual, complicaciones en el riñón y lo malos cuidados de los pies que le pueden causar el pie diabético.

Dentro del tratamiento de un diabético es de vital importancia la participación de la familia ya que es uno de los ejes principales para toda persona y que sin su ayuda o apoyo todo le puede ser más difícil.

Debido a que la diabetes es una de las principales causas de muerte en la actualidad esto puede ser debido a los malos hábitos alimenticios que tenemos como sociedad y que esto nos lleva a ser el segundo lugar como país obeso, siendo la obesidad una de las causas principales de la diabetes, por tal motivo se

considera importante retomar este tema ya que la diabetes es una de las enfermedades que mayores complicaciones puede presentar causándonos complicaciones graves que cambian nuestra vida cotidiana.

CAPITULO II

LA FAMILIA

La familia juega un papel muy importante para el individuo dentro de la sociedad ya que es una de las instituciones sociales más importantes, dentro de ella se obtienen los valores y la fuerza de la persona para enfrentar algún problema ya sea físico, moral o psicológico. En la actualidad la desintegración familiar es uno de los problemas más comunes lo que ocasiona cambios en la vida de los miembros de la familia tanto físicos como morales.

2.1.-DEFINICIÓN DE FAMILIA

La familia considerada como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para procrear y criar a los hijos es concebida como: “el grupo familiar que gira en torno de la legitimación de la vida sexual, entre los padres y de la formación de los hijos”.(Bottomore,1968:161).

“La familia es la unidad afectiva de padres e hijos que resulta de la reunión de elementos distintivos naturales con la resolución autónoma de la voluntad” (Cohn,1984:254).

De acuerdo al enfoque sistémico “ la familia es el sistema que está más apto para influir en el funcionamiento del individuo; es el sistema principal para satisfacer las necesidades de los individuos siempre surgen por el funcionamiento de la familia, en el enfoque sistémico la familia siempre es comprendida como un sistema social para poder obtener un cambio después de estudiarla ”.

De acuerdo a las definiciones anteriores se llega a la conclusión de que la familia es uno de los sistemas más importantes para el ser humano debido a que en ella se encuentra afecto, respeto, cuidados, protección y amor entre los miembros de la misma.

2.2.- ORIGEN Y DESARROLLO DE LA FAMILIA

Luis Leñero Otero en su libro “La Familia” (1976) considera que la familia sufre una serie de cambios que favorecen el origen y desarrollo de la familia los cuales se pueden explicar de la siguiente forma:

1).- Búsqueda de protección y seguridad frente a búsqueda de autonomía y de actitud protectora. La búsqueda de protección y seguridad se refiere a la inseguridad del ser humano después de abandonar el claustro materno y a su necesidad vital de ser protegido ante un medio extraño y hostil, en cuanto a la búsqueda de autonomía y actitud protectora se refiere a la necesidad de valerse por sí mismo y a la de actuar en un sentido protector.

2).- Impulso imitativo y asimilativo ; por un lado y el creativo e innovador por el otro: el desarrollo social responde a esas dos tendencias de herencia e inercia frente a la modificación y cambio.

3).- Impulso de confianza y sentimiento de seguridad afectiva, necesario en la vida cotidiana, frente al impulso, también afectivo, en el que aparece lo erótico como uno de sus principales motores.

De acuerdo al libro de Francisco A. GomezJara “Sociología” (2000) encontramos que el origen y desarrollo de la familia es:

En la sociedad primitiva la familia es el eje de la vida social, con ella se identifica la horda y dentro de ella las funciones económicas, religiosas y políticas; las causas son múltiples y nos explican de que tipo de familia se trata. **Primero** el hombre salvaje vive en condiciones de inferioridad frente a la naturaleza y los animales, depende de ellos sin poderlos dominar todavía. **Segundo** esta horda vive relativamente aislada de otras hordas, a las que conoce solamente a través de enfrentamientos bélicos lo que exige un fortalecimiento constante del grupo materno. **Tercero** la rudimentaria tecnología existente es compensada con el trabajo común intenso y permanente de ahí resulta la organización familiar colectiva, democrática, elemental e igualitaria. Los hijos no son propiedad de los padres sino responsabilidad del grupo entero, el individuo no existe en cuanto a tal sino como miembro del grupo, lo que hace o deja de hacer es responsabilidad del grupo.

2.3.- TIPOS DE FAMILIA

Como se menciona anteriormente la familia es uno de los sistemas más importantes para el ser humano. Pero se debe tomar en cuenta que existen diferentes tipos de familia en los cuales cada uno de los miembros de la familia juega un rol diferente en cada tipo de familia. Por tal motivo a continuación se

presentan una serie de clasificaciones de tipos de familia de acuerdo a diferentes autores:

Francisco A. GomezJara en su libro "Sociología" (2000) clasifica a la familia de la siguiente manera:

- **Familia Monoparental.-** esta familia esta compuesta por un padre o una madre que son cabeza de familia y sus hijos. En la variable matricéntrica (madre soltera) la figura de la madre es central y la del padre se desconoce.
- **Familia recompuesta.-** constituyen estas familias las personas que se unen por segunda o tercera ocasión, llevando a vivir a los hijos de uno o de ambos al mismo hogar, llamada también horizontales ya que surge no solo con dos sino con más miembros, o bien recasadas, reconstruidas o familiastras. Esta última denominación lleva una carga estigmatizante queriendo descalificar al divorcio y a las nuevas uniones.
- **Familia multigrupal.-** formada alrededor de dos o más familias nucleares de una o varias generaciones; las componen tres círculos; la nuclear, la extensa y los nuevos miembros aceptados, conocidos como "arrimados" enlazados por el compadrazgo o paisanaje.
- **Familia poligámica.-** sustentada en un matrimonio plural, en donde un hombre vive con dos o tres esposas, una bajo las normas legales y las otras en unión libre. Aparece como "casa grande" y "casa chica". Con cada una procrea hijos que antes se consideraban ilegítimos y hoy son todos ante la ley legítimos. Cuando es el hombre quien tiene varias esposas se denomina poliginia, y cuando es la mujer se denomina poliandria.
- **Familia colateral.-** estructura familiar organizada en las grandes ciudades en función de compartir una vivienda o mitigar el aislamiento y la soledad. Se forma con; a) hermanos solteros, viudos o monoparentales; b) individuos unidos a parientes de segundo o tercer grado; c) individuo con uno o dos amigo (as) sin mantener relaciones sexuales entre ellos.
- **Familia homosexual.-** aceptada por la ley en algunos países de Europa occidental y en culturas del subpacífico, se organizan bajo el modelo nuclear. Pueden ser lésbicas o gay.

- **Familia grupal.-** las familias basadas en matrimonio en grupo bajo el acuerdo de que cada persona acepta ser el cónyuge de cada una de las personas del sexo opuesto y compartir igualmente las responsabilidades matrimoniales y familiares de cada persona de su propio sexo.
- **Familia unipersonal.-** familia constituida por un solo miembro que vive con una forma definitiva y autónoma, se acompaña de una rica actividad creativa, lectura, música, pintura, trabajo científico, viajes, intensa vida de relación con grupos secundarios; acompañada de mascotas, plantas, colecciones, correspondencia, etc.

Pero en cuanto a la tipología de la familia Luis leñero Otero (1976) clasifica los siguientes:

- **Familia rural.-** familia constituida por varias personas de diferentes generaciones, abuelos, padres, hijos, nueras, yernos o algún otro miembro externo a la familia, los hombres son el sustento económico de la familia dedicándose a las labores del campo y las mujeres a las labores del hogar.
- **Familia subproletaria.-** familia constituida por padres e hijos solteros y casados, familias en donde todos tratan de aportar a los gastos del hogar ya que los hijos desde muy pequeños comienzan a trabajar y ayudar a sus padres en los gastos, su situación económica es muy baja.
- **Familia proletaria.-** familia en donde viven solo padres e hijos, el padre es el sustento económico y el que toma decisiones en la casa, el recibe el salario mínimo, laborando en una empresa como obrero y la mujer se dedica a los quehaceres del hogar y cuidar de sus hijos.
- **Familia de clase media.-** familia nuclear en donde se encuentran padres e hijos los cuales tienen negocio propio de donde obtienen recursos económicos para mantener a la familia, brindándoles educación y una calidad de vida estable a sus hijos.
- **Familia de clase acomodada.-** es una familia en donde no carecen de ningún servicio, solo el padre trabaja pero tiene diversidad de propiedades de donde obtienen recursos económicos, sus hijos acuden a las mejores escuelas y a clubs de servicio.

Carlos Eroles en su libro de Familia y Trabajo Social (2001) distingue los siguientes tipos de familia de acuerdo a la clasificación de las familias mexicanas actuales:

- ❖ **Familia con vinculo religioso y/o religioso.-** familia unida por razones formales o por fines convicciones religiosas, la pareja solemniza su unión matrimonial.
- ❖ **Familia consensual o de hecho.-** familia en donde la pareja solemniza su propia unión.
- ❖ **Familia nuclear.-** familia en donde solo conviven padres e hijos.
- ❖ **Familia ampliada o extensa.-** familia donde hay convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.
- ❖ **Familia ampliada modificada.-** familia en donde los miembros tienden a un comportamiento clánico.
- ❖ **Familia monoparental.-** familia que esta conformada por los hijos y solo una cabeza de familia ya sea el padre o la madre.
- ❖ **Familia reconstituida o ensamblada.-** .es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido una o varias experiencias matrimoniales.
- ❖ **Familia separada.-** familia en donde los padres están separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.
- ❖ **Grupos familiares de crianza.-** familia en donde hay situaciones de adopción, protección de huérfanos, nietos o hacerse cargo de los padres o abuelos.
- ❖ **Familiarización de amigos.-** relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos.
- ❖ **Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad.-** familias que son inestables en sus relaciones y no hay formalidad como familia.

2.4.- CONCEPCIÓN SISTÉMICA DE LA FAMILIA

A la luz de la concepción sistémica, la familia es considerada el principal de los sistemas humano, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones o sistemas.

El sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales, por lo tanto la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema.

Lo que diferencia a la familia de los otros sistemas sociales son sus funciones esenciales, la calidad e intensidad de las relaciones y la naturaleza de sus relaciones.

Suprasistema, subsistemas, límites y estructura familiar

Atendiendo a su característica básica de ser un sistema abierto, la familia debe funcionar en razón de los subsistemas que la conforman y del sistema mayor del que forma parte.

A) Suprasistema

Hace referencia al medio ambiente que lo rodea siendo el más cercano, el límite de la familia con su espacio vital es crucial, cada uno tiene sus necesidades y en este sentido las funciones de la familia deben llenar tanto las necesidades del sistema familiar y de cada uno de los miembros, como también algunas necesidades de la sociedad.

B) Subsistemas

Cada miembro pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder en los que aprende habilidades diferenciadas, la organización en subsistemas de una familia asegura el cumplimiento de variadas funciones del sistema total.

Los subsistemas pueden ser: transitorios aquellas agrupaciones que se establecen internamente según sexo, edad, intereses, y ocupaciones y el otro tipo de subsistema es básico o constante que son:

1.- Subsistema conyugal o marital: formado por la pareja que decide unirse en un sistema. Cada uno aporta su historia familiar y antecedentes personales, asimilados y desarrollados en su familia de origen.

2.- Subsistema parental o filial: hace referencia a los padres e hijos y en tal sentido, se espera que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y expliquen las reglas que imponen.

3.- Subsistema fraternal: constituido por el grupo de pares o hermanos, donde los niños adquieren y desarrollan sus primeras relaciones con iguales, aprendiendo de esta manera a negociar, cooperar y competir.

C) Límites

Todo sistema y subsistema familiar posee funciones específicas, los límites entre ellos deben ser claros y permeables, a nivel de:

Límites el ego: hace referencia a las diferencias individuales que posibilitan el desarrollo de la autonomía.

Límites generacionales: escinden a la familia en dos subsistemas, de acuerdo con las dos edades: parento – filial y fraternal.

Límites entre la familia y la comunidad: son las demarcaciones necesarias entre el grupo familiar y sus entorno .

D) Estructura familiar

Organización de las relaciones, los patrones y las reglas que rigen la vida grupal lo que se evidencia en los diversos subsistemas que componen la familia.

Dicha estructura de relaciones es mantenida y manifestada a través de los procesos del sistema familiar:

- ❖ Comunicación: cada familia tiene un modelo único de comunicarse lo que determina la interacción de cada uno de sus miembros.
- ❖ Roles: usados continuamente como proceso para ordenar la estructura de relaciones dentro de la familia.
- ❖ Normas o reglas: impuestas para garantizar que se viva a la altura de los roles.

La familia es la unión básica y afectiva entre sus miembros los cuales interactúan entre sí compartiendo objetivos y metas, pero de acuerdo al tipo de familia al que pertenezca será la función que desarrolle dentro de la sociedad.

2.5- FUNCIÓN SOCIAL DE LA FAMILIA

“Las tareas que la sociedad le asigna a la familia varían en el tiempo, la geografía y las clases sociales; por eso es que la familia cambia y trata de amoldarse a esos requerimientos, cuando no los cumple se dice que la familia es disfuncional y se intenta adecuarla o bien, se cambian las tareas preescritas”. (Gomezjara,2000:135).

En la sociedad contemporánea Francisco A. Gomezjara distingue 5 funciones básicas de la familia en su libro de Sociología (2000):

- a) Las reglas de la procreación.-número de hijos y esparcimiento de embarazos.
- b) La socialización de los individuos que corresponde al proceso educativo-imitativo- participativo desarrollado por la familia con el objeto de que las nuevas generaciones lleguen a integrarse a la sociedad. En la familia a partir de la infancia se desarrolla el tipo de personalidad de acuerdo con los valores culturales prevalecientes y aprende a cumplir sus diferentes roles de hermano, hijo, amigo, estudiante, trabajador, jugador, novio, etc.
- c) Identificación personal.- que a cada sujeto le otorga la familia a través de un proceso de vinculación afectiva, consciente e inconsciente. Es un nivel de actuación simbólica en donde la familia actúa como marco de referencia en la vida y crecimiento de individuo, cuando se tejen lazos emocionales de cariño, comprensión, tolerancia y libertad, se propicia el surgimiento de sujetos seguros, emprendedores y libres tal como lo requiere la sociedad moderna, en cambio cuando existe un sobreprotección y se educa a través de miedos y castigos como lo requería la sociedad premoderna o feudal entonces los individuos serán tradicionalistas dependientes, conservadores e inseguros de si mismos.
- d) La solidaridad económica entre los miembros de la familia, constituye una micro o macro empresa: sustenta y/o explota a sus miembros, intercambia y consume valores económicos, hereda bienes, nos referimos a la naturaleza del trabajo intra y extra familiar por edades y sexo la división de roles en el trabajo domestico tendiente a reproducir cotidianamente las condiciones de existencia del grupo familiar y de la sociedad la naturaleza y magnitud de la propiedad como patrimonio domestico y como medios de producción.
- e) La reglamentación de la sexualidad destinado a organizar y manejar la energía sexual de los miembros del grupo familiar en función de las necesidades sociales más que la de los propios individuos, su manejo ocurre mediante la sublimación, transferencia, represión y/o canalización de la energía sexual hacia objetos diferentes a los de su satisfacción individual plena y libre.

De acuerdo a Luis Leñero Otero en su libro "Familia (1976)" encontramos lo siguiente:

- ✓ Regulación de la relaciones sexuales.- tiene efecto en muchos casos fuera del contexto familiar y frecuentemente de manera supletoria a la limitación de la función sexual que establece la misma familia, tanto para los solteros como los casados.
- ✓ Función económica de la familia.- la familia es una unidad que busca asegurar el mantenimiento básico de sus miembros; su función de consumo de necesidades materiales es variable, queda muchas veces desplazada a otras unidades de servicio para el consumo básico.
- ✓ La función de la reproducción.- la función reproductiva de la familia también admite variaciones aunque estas dentro de un margen menor.
- ✓ Función afectiva.- la función de equilibrio emocional, es también natural de la familia por el hecho de ser un grupo primario de personas con relaciones muy próximas.

Como se menciona anteriormente la familia cumple diferentes funciones dentro de la sociedad pero a pesar de que ambos autores comparten algunas funciones de la familia cada uno tiene su punto de vista.

Toda familia cumple una función en la sociedad y pasa por diferentes etapas dentro del ciclo familiar, el cual abarca una serie de etapas que se mencionaran a continuación:

2.6.-CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El ciclo vital de la familia son las etapas por las que pasan los miembros de la familia conforme a su edad y circunstancias cronológicas esto a partir del noviazgo, el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, hasta la separación de los cónyuges por la muerte de alguno de ellos, más adelante se desarrollaran ampliamente.

"La vida de un individuo recorre diversas etapas: nacimiento, infancia, adolescencia, adultez, vejez y muerte. La mayor parte de esos periodos los vive dentro de la familia". (Gomezjara,2000:139)

Las etapas del ciclo vital de la familia de acuerdo a la clasificación de Francisco A. Gomezjara (2000) son:

1. ETAPA CONSTITUTIVA DE LA FAMILIA

- De formación.- dividido en el periodo de galanteo y noviazgo y el de la concertación del matrimonio o vida en común.

2. ETAPA PROCREATIVA

- De expansión.-con el nacimiento de los hijos o actividades productivas en común de la pareja sin hijos o llegada de parientes.

3. ETAPA DE DISPERSIÓN

- De contracción.- con la salida de los hijos del hogar paterno, con frecuencia traslapándose en tiempo con la fase anterior, y comienza con el matrimonio del primer hijo y continua hasta que todos los hijos se han casado. Ocurre también por separación de los matrimonios de los hijos que por algún tiempo viven con los padres constituyendo el fin de la co-residencia.

4. ETAPA FAMILIAR FINAL

- De disolución.- con la muerte o separación de alguno de los esposos y formación de la familia recompuesta o uniparental.

En realidad cada individuo vive dos ciclos:

- ❖ Dentro de la familia de orientación donde se nace, crece y socializa, su rol es el de hijo y vive a expensas de los padres junto con los hermanos.
- ❖ Al formar la familia de procreación.- por primera, segunda o tercera vez, el individuo se responsabiliza de su conducta.

Luis Leñero Otero en su libro "Familia" (1976) distingue las siguientes etapas del ciclo familiar.

➤ ETAPA CONSTITUTIVA DE LA FAMILIA

A. Periodo preliminar-es cuando hay una relación de noviazgo.

B. Periodo familiar de recién casados.-es cuando la pareja reúne sus mundos tratando de fusionarlos y hacerlos uno solo.

➤ ETAPA PROCREATIVA

A. Período inicial de procreación.- esta surge durante el nacimiento del primer hijo.

B. Período familiar de procreación avanzada y final.- viene después cambios en una nueva fase cuando los hijos mayores entran a la adolescencia, pero puede haber hijos pequeños y nuevos nacimientos.

➤ ETAPA FAMILIAR FINAL.- Es el período último de la familia, donde los hijos dejan el hogar para formar su propia familia, en esta etapa puede haber la muerte de alguno de los cónyuges.

La familia pasa por una serie de etapas y cumplir una función dentro de la sociedad y para desarrollar dicha función deben tener clasificados los roles que van a desarrollar los cuales pueden ser como se mencionan en seguida:

2.7.- JERARQUIZACIÓN DE ROLES SOCIALES Y FAMILIARES

Está referido a las formas como el grupo familiar se distribuye tareas, acepta pautas de interrelación extra e intra familiar y define valores y objetivos a lograr tanto para grupo como para cada miembro.

Se jerarquizan de acuerdo a los roles de los miembros y al ejercicio de la autoridad y toma de decisiones sobre el lugar de residencia , definición del presupuesto, formación y número de hijos.

El rol es el papel asignado a cada miembro: de padre, madre, hijo, hija, nieto, tío, abuelo, primo; viene a ser la pauta estructurada alrededor de deberes y derechos específicos, asociada a una posición de estatus particular dentro de un grupo. A menudo los roles se sustentan en estereotipos y prejuicios.

Existen además, los roles indiosincráticos que cumplen con un propósito dinámico especial para mantener el equilibrio familiar: el "enfermo" , la "víctima", el "malo" , el "provocador", el "pacificador", el "chivo expiatorio" .

Gomezjara en su libro de Sociología (2000) distingue la siguiente jerarquización de los roles familiares y sociales :

- 1) Jerárquico vertical.-equivale a la forma patriarcal en donde el padre manda la esposa y ella transmite las ordenes a los hijos y estos según las edades cumplen y traspasan los mandatos.
- 2) Jerárquico triangular.- expresa una organización más moderna en donde el esposo y la esposa comparten decisiones pero las imponen a los hijos quienes solo obedecen.
- 3) Jerárquico matricéntrica.- la figura de la madre es central no solo como un símbolo sino dentro de la estructura del poder y toma de decisiones.
- 4) Jerárquico bipolar.- se manifiesta en el tipo de familia extensa o multigrupal en donde la autoridad escindida entre diferentes “ grupos de poder” en la familia.
- 5) Atomística.- ocurre en el tipo de familia colateral en donde cada uno de los miembros actúa con independencia de los demás, manteniendo proyectos particulares.
- 6) El circular participativo.-basado en la comunicación constante entre los miembros a los cuales siempre se les consulta en la toma de decisiones.

En este capítulo se trató el origen y desarrollo de la familia, considerando a la familia como la unión básica y fundamental en la cual sus miembros interactúan entre sí, tiene una serie de objetivos como el de lograr la participación de sus miembros entre sí, organizar y planificar las tareas para lograr los objetivos así como generar una ayuda mutua entre ellos, destacando también su función social así como los roles de cada uno de los miembros considerando el tipo de familia que sea.

Tomando en cuenta que el 49% de los pacientes que asisten a la Fundación son personas diabéticas y en su mayoría desconocen las consecuencias oftalmológicas que esto les puede traer, como es el caso del paciente X que se retoma en la presente investigación, el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes, pero en este aspecto la familia juega un papel muy importante para el desarrollo de esta enfermedad ya que requiere de su apoyo tanto social, como económico pero en especial el moral.

CAPITULO III

FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA FRAY JUAN A.C.

La información en cuanto a lo relacionado con la institución fue retomada de la tesis "Factores culturales que impiden la donación de córneas en pacientes que acuden al área de consulta externa 1 del Hospital Fray Juan de San Miguel" elaborada por la Lic. Kenia Karina Álvarez Galindo. Dicha información es retomada de la tesis debido a que la Fundación es una institución muy joven y aún no cuenta con ningún manual donde quede asentada esta información únicamente en la tesis de la Lic. Kenia debido a que ella y el Dr. Ricardo Moreno son los fundadores de dicha institución.

La Fundación Medica Fray Juan A.C. es una institución privada, sin fines de lucro la cual tiene como finalidad el atender a personas de escasos recursos, por tal motivo se explica a continuación lo relacionado a la Fundación, como sus antecedentes generales, misión, visión, valores y filosofía , así como características y objetivos.

Razón Social: Fundación Médica Fray Juan A.C.

Domicilio: Calle Mazatlán # 75 Col. La Magdalena C.P. 60080

Teléfono: (52) 4 44 47 Extensión 190

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES

En marzo del año 2003 se formalizó la Fundación Oftalmológica después denominada Fundación Médica Fray Juan e inicia sus labores operativas con la finalidad de ayudar a la población civil con problemas de salud visual en donde la mayoría de los casos de las personas no han tenido acceso a tratamientos visuales por carácter de recursos económicos o no contar con un servicio médico todo esto encaminado a aminorar un grave problema médico social latente en la ciudad de Uruapan.

Para el mes de diciembre del 2004 se protocolizó la institución recibiendo la denominación de " Fundación Médica Fray Juan A.C. " La Fundación Médica

Fray Juan A.C. a nivel nacional nace en el periodo gubernamental de Vicente Fox a nivel estatal de Lázaro Cárdenas Batel y a nivel local del Sr. Antonio Lagunas.

La Fundación Médica Fray Juan nace en la ciudad de Uruapan a partir de la inquietud de su fundador el Dr. Ricardo Moreno López, médico oftalmólogo que al atender a pacientes privados que no contaban con los recursos económicos para realizarse todos los estudios y cirugías necesarias incluso no poder comprar los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad y como consecuencias observaba el deterioro en la salud visual de los pacientes; fue de esta manera en la que el doctor se coordinó con la egresada de la Licenciatura de Trabajo Social Kenia Karina Álvarez Galindo para elaborar un proyecto con la finalidad de brindar atención médica oftalmológica (consultas, estudios y cirugías) a costos adecuados a una previa aplicación de un estudio socioeconómico.

De esta manera se empieza a trabajar en conjunto con el Hospital fray Juan de San Miguel el cual facilitó un consultorio médico sin cobrar renta para dar marcha al proyecto, también otorgando descuentos especiales en gastos de hospitalización y estudios de laboratorio; a la par se comienza un proyecto de difusión de los servicios prestados por la fundación, con instituciones que operan con personas de escasos recursos como Dif municipal y dispensarios médicos.

Para este proyecto se ha logrado conjuntar un equipo médico de trabajo formado por doctores oftalmólogos entre los que se encuentra el Dr. Ricardo Moreno López, EL Dr. Héctor Ayala Sánchez, La Dra. Nora A. Jiménez García, el Dr. Nicolás León González y el Dr. Nicolás León Pérez; un médico Retinilogo que es la Dra. Virginia Rivera, el Dr. internista Roberto Lugo Arriaga y los médicos anesthesiologos la Dra. Sonia Tinoco Pérez y el Dr. Daniel Ángel Rentería los cuales dan atención médica a los pacientes de la fundación quienes motivados con la misión de la institución donan su labor altruistamente.

A su vez se busco el apoyo de personas para la formación de un patronato que buscará apoyos económicos para el funcionamiento de la fundación quedando conformado por:

- ✓ Sra. Erendira Tafolla Hernández
- ✓ Sra. Maria de la Luz Arana de la Garza

- ✓ Sra. Doria Elena Vega López
- ✓ Sra. Graciela López Atunes de Moreno.
- ✓ Sra. Luz Angélica Ávila Nieto
- ✓ Sra. Luz del Carmen Martínez García
- ✓ Sra. Nice Gallardo Moreno
- ✓ Sra. Sonia Judith Mendoza Guerrero.

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FUNDACIÓN

1.- La fundación Médica Fray Juan A.C. es una institución privada e independiente; es decir es una Asociación Civil ya que la conforma un patronato de 8 personas que se encargan de buscar apoyo económico para el funcionamiento de la fundación todo esto sin fines de lucro con el objetivo claro de garantizar la permanencia y continuidad de proyectos relativos a problemas de visión, donación y transplante de corneas en la región.

3.3.-OBJETIVOS, MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y FILOSOFÍA

OBJETIVO GENERAL: Dar servicio médico en la especialidad de oftalmología a personas de escasos recursos económicos tales como consultas médicas, estudios y cirugías a precios accesibles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Informar a los pacientes acerca de las instituciones que pueden apoyarle para cubrir los gastos de los servicios que requieran.
- b) Mantener informada a la población acerca de los servicios que presta la Fundación Médica Fray Juan a través de campañas de difusión.
- c) Desarrollar proyectos dentro del área que nos permitan dar los apoyos económicos a las personas que así lo requieran.
- d) Coordinación con " Banco de ojos Hospital Fray Juan " para proveer a los pacientes de escasos recursos económicos para su cirugía.

- e) Gestionar recursos económicos para pacientes que requieran cirugía.
- f) Proveer y apoyar a la realización de actividades encaminadas a prevenir, curar o rehabilitar enfermedades que contribuyan a mejorar la vida o defectos de tipo estéticos del paciente.
- g) Difundir los conocimientos, habilidades médico – quirúrgicos que generados por la investigación y la práctica profesional, puedan contribuir a mejorar la atención a los pacientes.
- h) Realizar transplantes de órganos o de algún tejido dentro del campo quirúrgico de la medicina.
- i) Producir, adquirir y distribuir materiales o implementos que ayuden a una mejor calidad de vida a mejor rehabilitación de los pacientes.
- j) Colaborar o en su caso establecer convenios con otras instituciones que persigan fines semejantes a los nuestros, buscando la mejoría de los pacientes.
- k) Otorgar y recibir donaciones con fines educativos a la realización de trabajos de investigación médico- quirúrgico.

Para cumplir con los objetivos de la Fundación se planteo un misión, visión, valores y filosofía siendo estos los siguientes:

MISIÓN

Ser una organización civil que trabaje por beneficio de los pacientes invidentes o débiles visuales, a través de la atención médica y promoción de la cultura de donación de córneas. Brindar atención Oftalmológica en todos sus aspectos de calidad a personas carentes de recursos económicos.

VISIÓN

Ser una institución con prestigio, reputación y crédito amplio a nivel regional que a través de la coordinación de acciones que contribuyan a la satisfacción de las necesidades de la población, encaminada a la atención médica, donación y transplante de córneas.

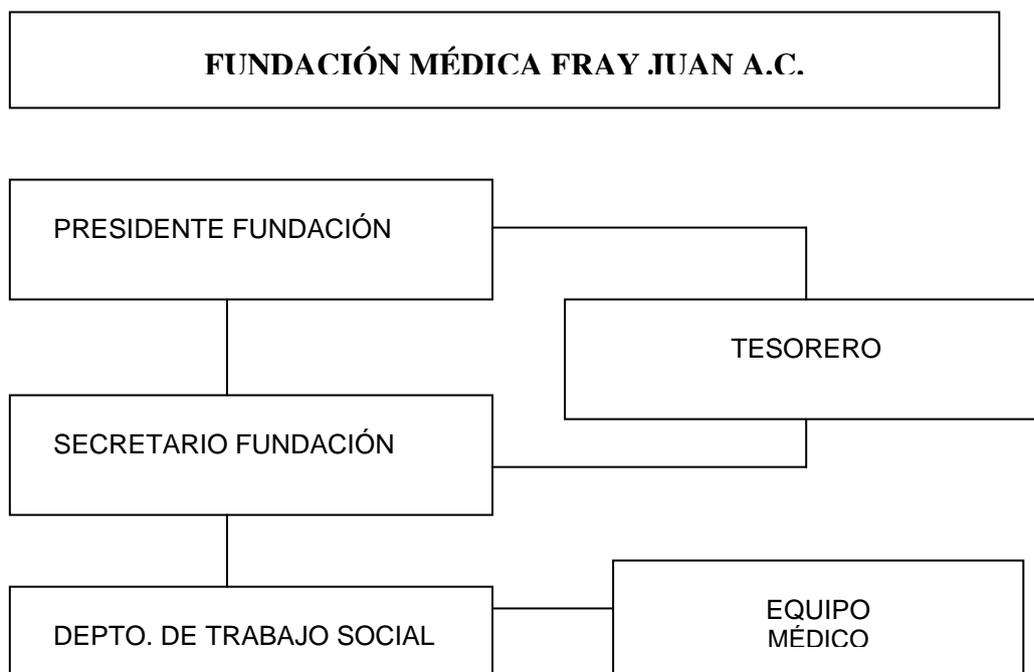
VALORES

- 1.-Altruismo
- 2.-Derecho a la salud
- 3.- Derecho a la calidad de vida
- 4.- Respeto a la vida
- 5.-Respeto a la libre decisión
- 6.-Honestidad
- 7.- Responsabilidad
- 8.-Derecho a la dignidad integral de la persona
- 9.-Compromiso profesional

FILOSOFIA

Obtener recursos sin ánimos de lucros aprovechándolos honesta y eficientemente bajo un ambiente cordial y profesional para otorgar servicios médicos a apacientes invidentes o débiles visuales que carecen de recursos económicos.

3.4.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



Fuente: Tesis “Factores culturales que impiden la donación de córneas en pacientes que acuden al área de consulta externa 1 del hospital Fray Juan de San Miguel de la Lic. Kenia Álvarez Galindo (2005)”.

3.5.- SERVICIOS QUE BRINDA LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA

La Fundación es una Institución privada la cual tiene como objetivo brindar el servicio a las personas de escasos recursos los principales servicios que brinda la Fundación son:

- ❖ Brinda atención médica oftalmológica a las personas de escasos recursos con problemas visuales
- ❖ Gestiona recursos económicos para los pacientes que requirieran de alguna cirugía o tratamiento .
- ❖ Coordinación con otras instituciones para que se les brinde atención medica gratuita a más bajo costo.
- ❖ Brinda medicamento gratuito.
- ❖ Provee y difunde la donación de corneas para que el número de trasplantes aumente.
- ❖ Realiza programas y proyectos encaminados a favorecer la calidad de servicio a los pacientes.

3.6.- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

La intervención del trabajador social dentro de la Fundación es de suma importancia ya que ejecuta las funciones y actividades más importantes de la Fundación las cuales son:

Gestión: gestiona los recursos económicos o materiales a las personas que lo requieran como el caso de alguna cirugía o a los que requieren de algún tratamiento.

Coordinación: coordinarse con otros médicos o instituciones para brindar una atención de calidad a los pacientes.

Investigación: en esta etapa se registran los pacientes, se elaboran expedientes y se aplican estudios socioeconómicos.

Orientación: brindar información a los pacientes sobre lo que es su enfermedad y las consecuencias que pueden presentar.

Administración: trabajo social administra los recursos económicos que ingresan a la Fundación.

Los **niveles de intervención** que atiende la trabajadora social de la Fundación es de caso y de grupo. Es de caso cuando llegan pacientes que solicitan su apoyo para que los escuche y los oriente sobre algún problema o situación que tengan, y de grupo cuando realiza platicas con los pacientes sobre los cuidados de su enfermedad y a la vez de organizarlos para que pasen a la consulta o de igual manera cuando se realizan jornadas que atiende a cada una de las personas o al igual en todo un grupo de hasta 30 pacientes.

Una de las principales limitantes para que el trabajador social no cumpla con su objetivo son los recursos Humanos ya que muchas veces por estar cumpliendo con funciones que no le corresponden como la de secretaria no puede cumplir con las de Trabajo Social; otro son los recursos técnicos ya que no cuentan con computadora, edificio propio y una infraestructura adecuada para ubicar bien los departamentos de la Fundación principalmente el de Trabajo Social ya que esta junto con el consultorio y al momento de dar las consultas a la trabajadora social le toca salirse y ubicarse en una oficina que no cuenta con los recursos suficientes para continuar con su labor.

CAPITULO IV

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

El trabajador social tiene un papel muy importante en la sociedad actual, principalmente con los problemas sociales, tomando en cuenta que dentro del área de salud desempeña otras funciones y actividades en diferentes niveles los cuales se explicaran a continuación:

4.1.-ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

De acuerdo al libro Salud Pública y Trabajo Social de Natalio Kisnerman (1983) se encuentra que:

En Blookline, Massachussets, nació el creador del Trabajo Social hospitalario el doctor Richard C. Cabot, se graduó en Harvard en 1892, fue autor de la función de la inspectora a domicilio. Para el 1903 era médico del dispensario en donde se intereso principalmente por el mejoramiento de la metodología que seguían para diagnosticar tratando así de asegurar que este fuese lo más correcto y científico posible tanto como si fuera un paciente particular.

Pasando el tiempo se encontró con una dificultad para el conocimiento del paciente se necesitaba conocer datos acerca de su hogar, su habitación, la alimentación, la familia entre otros los cuales no se podían observar cuando el paciente recorría el dispensario, fue así como se dio la necesidad de una inspectora a domicilio o social que completara el diagnóstico médico y que estudiara a fondo la enfermedad y la situación económica a fin de dar el mejor y más adecuado tratamiento para organizar los recursos de las instituciones benéficas y hacer así un llamado a la caridad voluntaria, utilizando las fuerzas de las distintas asociaciones de caridad.

En 1905, solicito a la primera inspectora social retribuida en el Hospital General de Massachussets, la cual la cual trabajaría todo el día en cooperación con los diferentes médicos con el objeto de profundizar y extender el conocimiento del enfermo a fin de establecer un mejor diagnóstico y por otra parte atender las

necesidades económicas, mentales y morales primero a través de la misma inspectora y si ésta era suficiente a partir de la ayuda de organizaciones de beneficencia de la comunidad.

Esa primera inspectora fue Miss Garnet Pelton (1869-192), que era enfermera de profesión, para su tarea contaba con un escritorio y una silla en el corredor de consulta externa, ejerció su cargo por ocho meses en colaboración de 13 voluntarias.

“Cabot entiende que la función principal de la inspectora social es ocuparse atentamente de todas las necesidades del individuo su actividad consiste en un dar y recibir, sin caer nunca en la dádiva que comprara con la enfermedad y el dolor” (Kisnerman,1983;117)

Según Sánchez Rosado en el Manual de trabajadores sociales(1997) refiere que:

En México durante 1943 se llevo a cabo la fusión del departamento de salubridad que tenia a su cargo la atención de la salud de la población en especial los sectores populares, dando paso a crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Partiendo de esta fecha paso a paso se ampliaron los servicios médico-asistenciales; tales con dormitorios, comedores, hogares sustitutos, hospitales especialmente la dirección de asistencia materno-infantil en donde por más de 30 años significo mucho la intervención de los trabajadores sociales, pero muchas de estas eran empíricas por esta razón se fue dando paso a la intervención.

Por otra parte el Hospital General de México en donde también se dieron algunos orígenes del trabajo se sabe que desde los primeros inicios se contaba con trabajadores sociales empíricas las cuales se encargaban de fijar las cuotas y algunas veces se hacían cargo de problemas de tipo social, el trabajo se desarrollaba en la oficina de admisión de los enfermos. No fue hasta los años de 1948 y 1949 que se incorporaron dos trabajadoras sociales; a fin de atender los servicios de admisión, consulta externa, urgencias médicas, medicina preventiva, oncología y relaciones públicas. De acuerdo al aumento de los servicios dentro del hospital se fue incrementando el número de trabajadoras sociales hasta llegar a 32 para el año de 1951 las cuales tomaban un curso de capacitación de dos meses en el Hospital Juárez. En 1954 se estableció en forma más organizada el departamento de trabajo social, gracias al esfuerzo de la trabajadora social Marta

Miuler , quien planteó al entonces director del Hospital una serie de necesidades en diversos pabellones y servicios en los turnos matutino y vespertino recibiendo entonces el apoyo necesario para desarrollar sus funciones.

La principal función de trabajo social en ese momento era realizar un estudio de caso en el hogar del menor, ayudando después a la adaptación del niño al hospital, ambientándolo y manteniendo al vinculo con su familia, aunado a esto fijaba cuotas de acuerdo a los ingresos percibidos por las familias.

Por otra parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social inicialmente se incorporo a trabajadoras sociales a la oficina de estudios económicos y sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de tramites para la atención médica, extemporaneidad de los servicios, dilatación en el pago de subsidios. Después dicha oficina paso a depender del departamento jurídico, nombrando a la primera jefa de trabajo social, después el departamento dependía de la subdirección general médica y se dedicaba a la conquista de derechohabientes para usar los servicios médicos y las prestaciones sociales. Al surgir dicho departamento se considero beneficioso crear ahora sí el departamento de trabajo social en donde sus funciones serian visitas domiciliarias, estudios y tratamientos sociales de pacientes ambulatorios, orientación de derechohabientes y el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las clínicas.

4.2.-DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

“El trabajador social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios, para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos” (Terán,1989:42)

“El trabajador social especializado en el área es el profesional del equipo de salud que a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales para la promoción y atención de la salud tomando como marco los tres niveles de servicios”. (Terán, 1989:42).

De acuerdo a las definiciones antes mencionadas se retoma una parte de cada una formando una propia definición; “el trabajador social es el profesionista que estudia las relaciones sociales, que generan problemas y necesidades; identifica los recursos para establecer alternativas de acción, tomando en cuenta los tres niveles en los que se desarrolla: que son caso, grupo y comunidad”.

4.3.- OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

Margarita Terán (1989) destaca los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad en razón a un contexto social determinado.
- ❖ Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- ❖ Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
- ❖ Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud.
- ❖ Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre, sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales generando modelos de intervención para la acción social.

El trabajador social es el profesionista que interviene en diferentes problemáticas, ya sea a nivel caso, grupo o comunidad, realizando diferentes funciones y actividades las cuales se encuentran dentro del perfil del trabajador social, dichas funciones y actividades se explican a continuación:

4.4.- FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

De acuerdo a la Lic. Margarita Terán Trillo (1989) en su revista de Trabajo Social maneja las siguientes funciones y actividades del Trabajador Social dentro del área de salud:

FUNCIONES	ACTIVIDADES
Investigación	<ul style="list-style-type: none">• Diseñar protocolos específicos• Identificar factores sociales, económicos y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.• Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.• Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.• Establecer el perfil de los usuarios de servicio.
Administración	<ul style="list-style-type: none">• Participar en los planes, programas o proyectos acordes con las necesidades nacionales acordes con el sector salud.• Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.• Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.• Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios• Buscar la optimización de la eficiencia, recursos intrainstitucionales.• Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social.• Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y la cantidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer acopio de material didáctico y de difusión.
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad. • Impulsar para la salud física y mental • Promover la paternidad responsable; así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva. • Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud. • Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etc. • Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares. • Diseñar material de apoyo didáctico.
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares. • Realizar estudios y seguimientos de caso • Promover servicios de apoyo • Canalizar enfermos a otras unidades operativas.
Enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar estudiantes y pasantes en trabajo social • Orientar a pasantes de otras profesiones del sector. • Efectuar supervisiones a estudiantes • Coordinar actividades o proyectos especiales
Promoción social o comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en campañas comunitarias de salud. • Integrar un grupo de educación para la salud dentro de las comunidades. • Participar en acciones de atención en casos de desastre
Orientación legal	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal. • Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva

De acuerdo a la revista de Trabajo Social de Margarita Terán Trillo (1989) destaca los siguientes conocimientos capacidades, habilidades, destrezas y actitudes del perfil profesional del trabajador social dentro del área de salud:

Conocimientos en:

- Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud.
- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México
- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- Evolución del trabajo social en esta área
- Psicología evolutiva y social para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad.

Capacidades para:

- Desarrollar diseños de investigación
- Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Establecer diagnósticos sociales
- Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud- enfermedad.
- Optimizar recursos
- Sensibilizar y movilizar a la población
- Formar grupos
- Participar en procesos educativos
- Atender problemáticas individuales
- Aplicar técnicas de dinámica grupal
- participar interdisciplinariamente
- utilizar adecuadamente las relaciones humanas

Habilidades y destrezas en:

- Mantener el apego a las políticas institucionales
- Ser responsable de la información de la institución
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones
- Ser solidario con el equipo de trabajo
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional
- Tener conocimiento y control de si mismo
- Mantener interés en la superación personal y profesional
- Tener espíritu de servicio
- Ser critico, objetivo y justo
- Respetar la dignidad humana
- Crear compromiso profesional con la población
- Adecuar los términos de su comunicación a nivel de la población atendida
- Respetar la decisión de la personas en la solución de sus problemas.

4.5.- NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

El trabajador social interviene en tres niveles caso, grupo y comunidad; para la presente investigación se retoma el Trabajo Social de caso el cual “Comprende los problemas de cada individuo en la forma más completa posible, investigación escrupulosa, cuidadosa de un individuo y los problemas que presenta”. (Hamilton,1960;)

“Es el método de trabajo social que estudia individualmente la conducta humana, a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad”.(Brayy,1965;).

Dentro del estudio de caso existen una gran diversidad de autores los cuales manejan diferentes metodologías para seguir un estudio de caso, por mencionar algunos autores se encuentran: Mary Castellanos, Mary Richmon, Gordon Hamilton, Ricardo Hill y Etna Meave de los cuales cada uno maneja su propia metodología como:

MARY CASTELLANOS

- INVESTIGACIÓN: por medio de esta etapa se identifican las actitudes de la persona, elaborando su perfil físico, mental y social.
- DIAGNÓSTICO: se realizan dos tipos de diagnóstico el inicial y el posterior, en el diagnóstico inicial se maneja el problema principal de la persona y los factores causales de él mismo y en el diagnóstico posterior se realizan historiales después de haber elaborado el diagnóstico inicial.
- PRONÓSTICO-PLAN: en este punto se planean alternativas de solución para la persona, tratando de utilizar sus propios recursos.
- TRATAMIENTO: se busca la manera de solucionar las problemáticas de la persona ya sea de manera económica, mental o social.

MARY RICHMON

- INVESTIGACIÓN: en este punto se describe la persona tanto físico, mental y socialmente además de identificar la problemática de la persona.
- DIAGNÓSTICO: se realizan dos tipos de diagnóstico el inicial y el posterior en donde se maneja en sí el problema de la persona y sus causas.
- PRONÓSTICO: a partir del diagnóstico realizado se planean una serie de alternativas de solución encaminadas al beneficio de la persona.
- TRATAMIENTO: en este punto se manejan tanto un tratamiento inicial el cual se maneja con la persona y un tratamiento indirecto el cual se maneja con su entorno como son las personas con las que se desenvuelve.

GORDON HAMILTON

- INVESTIGACIÓN: en este punto se identifica la historia de la persona desde sus datos personales, los de su familia, su conducta y actitudes para con las personas así como la problemática que presenta.
- DIAGNÓSTICO: en este punto se identifican las causas de la problemática de la persona ya sean mentales, físicas o sociales, analizando la forma en la que la persona enfrenta sus problemas.
- TRATAMIENTO: se realiza la atención hacia el individuo, hacia cada uno de los miembros de su familia, así como una terapia familiar en donde participen todos los miembros de la familia juntos.

RICARDO HILL

- **INVESTIGACIÓN:** se identifican las características de la persona así como sus problemas y necesidades.
- **DIAGNÓSTICO:** se determinan las necesidades y problemas de la persona así como los recursos con los que cuenta para satisfacerlas.
- **TRATAMIENTO:** se buscan los recursos para satisfacer las necesidades de la persona.

La metodología de Ricardo Hill va dirigida principalmente a personas pobres, personas de cualquier grupo social, desorganizaciones familiares, personas pasivas, apáticas y desesperadas.

Para la presente investigación se retoma una parte de la metodología de **ETNA MEAVE** la cual presenta lo siguiente en la Antología de la teoría de Trabajo social(1998):

- **Investigación:** se realizan tres etapas que son: exploratoria, descriptiva y explicativa.
- **Diagnóstico:** es un proceso analítico y sintético en donde se clasifica los diferentes aspectos sociales en categorías determinadas por el investigador.
- **Plan social:** es un enlace entre el diagnóstico social o análisis situacional y el tratamiento, debe incluir los puntos de vista del sujeto y sus sugerencias.
- **Tratamiento social:** el trabajador social debe tener claro el problema del sujeto.
- **Educación y promoción social:** en este punto realizan la capacidad, los recursos y las limitaciones con las que cuenta el individuo.

Para la elaboración del Estudio Social de familia para la presente investigación se retomo una parte de la metodología de Etna Meave y en su totalidad la de la Universidad de Nuevo León abarcando las siguiente etapas:

VISITA EXPLORATORIA

- a).- Primer contacto con el paciente y su familia (presentación)
- b).- Entrevista informal con los miembros de la familia, principalmente con los más cercanos al paciente.

I.-IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A.-Nombres y fechas de nacimiento de los miembros de la familia

B.-Fechas de matrimonio

C.-Religión, raza, antecedentes culturales

D.-Idioma que se habla en el hogar

E.-Fecha del primer contacto

II.-LA FAMILIA COMO SISTEMA

A.-ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

1.-Identifique a todas las personas dentro del funcionamiento del sistema familiar. Incluya a los miembros de la familia mayor y a los que no son familiares siempre y cuando forman parte del sistema familiar.

2.-Subsistemas: describa las relaciones y el funcionamiento de los subsistemas marital, de los padres, hermanos, padres-hijos y otros subsistemas.

3.-Cohesión familiar: describa la manera en la que la familia mantiene su sistema, límites y conexiones.

4.-Ambiente de la familia. Describa:

a.-situación de vida

b.- estatus socioeconómico

c.-condiciones del hogar

d.- naturaleza de la comunidad o vecindario y relación de la familia con estos.

e.-familia mayor; con que se relacionan

f.-situación laboral del paciente.

B.- FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

1.-Patrones de comunicación

2.- Patrones de toma de decisiones

3.-Rol de ejecución

4.- Costumbres de la familia

5.- Ecomapa de la familia

C.- DESARROLLO DE LA FAMILIA

1.- Raíces influencia de grupos culturales

2.-Sucesos importantes en la vida de la familia

3.- Etapa de desarrollo en la vida de la familia

4.-Construcción del genograma o familiograma.

III.-ASUNTOS, NECESIDADES Y PROBLEMAS

- A.- ¿Porqué vino la familia a la agencia?
- B.- Necesidades de los miembros de la familia
- C.- Necesidades de los subsistemas dentro de la familia
- D.- Necesidades y problemas dentro del sistema familiar

Debido a las necesidades de la familia se requería retomar la siguiente etapa de la metodología de Etna Meave :

IV.- EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN SOCIAL

- A.- Resultados que espera la familia
- B.- Capacidad de la familia y el paciente para enfrentar el cambio
- C.- Recursos de la familia para ese cambio
- D.- Fuerzas y limitaciones de la familia y el paciente para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas.

El trabajador social es un intermediario ante alguna problemática el cual trata de buscar alternativas de solución ya sea con un individuo como se menciona anteriormente, con un grupo o una comunidad.

A parte del trabajo social de caso se interviene en otros dos niveles que son:

Trabajo social de grupo

En el diccionario de Trabajo Social de Ezequiel Ander Egg (1974) encontramos que grupo se define como un número determinado de personas que interactúan entre sí, teniendo un símbolo de pertenencia tratando de protegerse unos a otros.

A fin de que estas características sean cumplidas por un grupo y además de eso rebasen sus expectativas el trabajador social desarrolla sus funciones dentro del mismo, realizando una investigación a fin e identificar sus necesidades y en base a eso realizar una serie de alternativas para llegar a una solución (Sánchez,1997:347).

“El trabajador social de grupo se ocupa primordialmente de la relación entre los miembros del grupo y entre estos, tiene que ejercer control sobre sus impulsos, valores y preferencias personales y concentrarse en hacer posible para los miembros del grupo obtener la satisfacción tanto cultural como personal” (Sánchez,1997:347).

Trabajo social comunitario

Comunidad se determina como un “conjunto de grupos de personas que se perciben como un solo grupo, como una unidad social la cual tratan de modificar buscando los medios para apoyarse unos a los otros y buscando la manera de solucionar los problemas”(Ander-Egg,1990:44)

El trabajador social en el ámbito comunitario potencializa las fuerzas de los grupos existentes para poder realizar actividades organizadas. (Ander-Egg,1990:44)

El trabajador social ayuda a los grupos que se encuentran dentro de la comunidad a definir su problemática y en base a eso realizar una serie de alternativas que beneficien no solo a un grupo sino a la comunidad completa. (Ander-Egg,1990:44)

En el trabajo social de caso estudia individualmente la conducta humana, a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad, en cuanto al trabajo social dentro de un grupo busca más que nada una buena relación entre los miembros así como una integración entre ellos, buscando un objetivo entre ellos que sea un bien común para todos, el trabajador social dentro de una comunidad busca el bien no solo para una persona , ni para un grupo sino para la comunidad entera identificando su problemática y orientarlos para que busquen ellos mismos alternativas de solución a sus problemas utilizando sus propios recursos.

Por tal motivo es que en dicha investigación se retoman las características del trabajador social, considerando que el trabajador social juega un papel muy importante dentro de las diferentes áreas: salud, educación, asistencia y educación especial, realizando en cada una de ellas una serie de actividades y funciones antes mencionadas.

CAPITULO V

HISTORIA SOCIAL DE UNA FAMILIA

Para la presente investigación se utilizo la Historia Social de Familia de acuerdo al modelo de la escuela de Nuevo León en el cual se considera a la familia como el eje principal para cada persona.

La Historia Social de la Familia es de gran importancia debido a que por medio de ella se comprende a cada uno de los miembros de la familia de acuerdo a las siguientes etapas: la primera es la identificación de cada uno de los miembros de la familia(nombre, edades, estado civil, religión e idioma), el segundo punto es manejar a la familia como un sistema en donde se identifica: a) estructura de la familia: en la cual se detectan las relaciones de los miembros y el ambiente familiar así como el estatus socioeconómico de la familia, b) funcionamiento de la familia en este se identifican los patrones de comunicación y toma de decisiones y los roles que ejecutan cada uno de los miembros y c) desarrollo de la familia en el cual se manejan las etapas de desarrollo de cada uno de los miembros así como sus sucesos importantes, el tercer punto es asuntos necesidades y problemas en este punto se identifican las necesidades y problemáticas que se presentan en la familia.

De acuerdo a las problemáticas y necesidades de la familia se retomo una de las etapas del modelo de Etna Meave el cual es educación y promoción social en donde se toman en cuenta los resultados que espera la familia, así como la capacidad y los recursos con los que cuenta para resolver su problemática, identificando las fuerzas y limitaciones.

Para obtener la información se elaboró un estudio social aplicando una cédula de entrevista en cada visita domiciliaria realizando 7 visitas en total, los días miércoles y jueves, las cédulas de entrevista se le aplicaron a la abuela materna del paciente X, a la hermana y al paciente X.

Para realizar la investigación se aplicó la cédula de entrevista solo con las personas antes mencionadas debido a que los demás miembros de la familia (mamá, papá, padrastro y hermanos) no tuvieron disposición e interés en apoyar con la investigación, la abuela fue la que se mostró más accesible al momento de realizar la investigación tomado en cuenta que la abuela a jugado un papel muy importante en la vida del paciente X, ya que se hizo cargo de él desde que nació.

La cédula de entrevista se aplicó en la casa de la hermana del paciente X y en la Fundación Oftalmológica. Las cuales permitieron conocer un poco más la vida del paciente X y la problemática que existe en ella.

A continuación se presenta el estudio de caso del **paciente X** de 25 años de edad de la Fundación Oftalmológica, el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes, en esta investigación se pretende identificar las repercusiones sociofamiliares del paciente X a consecuencia de su pérdida visual.

5.1.-IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo a la investigación realizada se obtiene la siguiente información; debido al ética profesional del trabajador social se cambiarán los nombres de los miembros de la familia por letras.

❖ Nombres y fechas de nacimiento de los miembros de la familia .

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
“ A “	Mamá	1 de febrero del 1965	41 años	Unión libre	Prefecta
“B”	Papá	19 de mayo de 1964	42 años	Unión libre	Velador
“ D”	Padrastro	Se desconoce		Unión libre	Maestro
“ H”	Hermano	22 de diciembre de 1983	23 años	soltero	Ayudante de cocinero
“ I “	Hermana	1 de febrero del 1983	23 años	Casada	Ama de casa

“J “	Hermano	Mayo de 1993	13 años	soltero	Estudiante
“ k “	Medio hermano	27 de diciembre de 1999	7 años	soltero	Estudiante
“O “	Abuela materna	11 de febrero de 1942	64 años	viuda	Maestra
“X”	Paciente	29 de enero de 1981	25 años	soltero	_____

NIETOS: La Sra. “A” actualmente tiene 3 nietos de su hija “I” es una niña de 8 años, una de 6 años y un niño de 5 años.

❖ **Fechas de matrimonio.**

La Sra. “ A” contrajo matrimonio con el señor “B” únicamente al civil en 1980, ella tenía 15 años y el 16 años.

Hermana “I” contrajo matrimonio a los 15 años en 1998, únicamente al civil con el Sr. “M” de 18 años.

❖ **Religión, raza y antecedentes culturales.**

En ambos matrimonios se habla el español y son de religión católica a pesar de que no visitan muy frecuentemente el templo y acuden a misa solo en ocasiones especiales, son originarios de Uruapan Michoacán con sus propias costumbres y tradiciones, unas de ellas son: adornar un altar el día de muertos, festejar el día de la virgen de Guadalupe el 12 de diciembre y algo que viene de la familia mayor de la Sra. “A” es el ofrecerle una misa a su padre cada año por motivo de aniversario luctuoso pero se turnan entre toda la familia.

❖ **Fecha del primer contacto**

El primer contacto del paciente X con la Fundación Oftalmológica fue en octubre del 2005, con la Trabajadora social del lugar con el fin de recibir atención oftalmológica; ya que estaba perdiendo visión de ambos ojos, a consecuencia de

la diabetes, una vez atendido por el médico oftalmólogo se le diagnóstico Retinopatía Diabética.

Al iniciar la práctica Institucional el 31 de enero del 2006 se identifica el caso del paciente X el cual se encuentra dentro de uno de los casos importantes de la Fundación, en febrero de ese mismo año en una de las consultas del paciente X y la abuela la Sra. "O" a la Fundación se da el primer contacto del investigador con el paciente; así es que se le comenta lo relacionado a la investigación así como los objetivos que tiene, y el tiempo en el que iniciaría y terminaría.

5.2 .- LA FAMILIA COMO SISTEMA

Paciente X de 25 años de edad nacido en Uruapan Michoacán el 29 de enero de 1981; con problemas de pérdida visual a consecuencia de la diabetes.

El matrimonio de su madre la Sra. "A" y su padre el Sr. "B" fue en 1980 ella tenía 15 años y él 16 pero solo se casaron al civil ya que aún eran muy jóvenes y no querían casarse a la iglesia, después ya no les intereso casarse, se quedaron a vivir en uno de los cuartos de la casa de la Sra. "O"; la casa era un edificio el cual tenía dos recamaras, sala-comedor, cocina y baño contaba con los servicios básicos dentro de la casa vivían los abuelos maternos, hijos solteros y los hijos casados formando una familia tradicional que en este caso era la Sra. "A", enseguida la Sra. "A" se embaraza y tiene al paciente X, pero como ella era muy joven su madre la Sra. "O" decide hacerse cargo de el bebé mientras la Sra. "A" estudiaba la secundaria abierta y el Sr. "B" trabajaba de velador en una escuela, cuando tenían 7 años de casados a él le entregaron por parte de su trabajo una casa con crédito de infonavit la cual cuenta con todos los servicios básicos y deciden irse a vivir ahí, la Sra. "A", y el Sr. "B" , para entonces tenían otros dos hijos "H" de 5 años y su hija "I" de 4 años y medio; formando en su nueva casa una familia nuclear donde están solo padres e hijos pero como el paciente X ya estaba acostumbrado a estar con la Sra. "O" no quiso ir a vivir con ellos y sus papas la Sra. "A" y el Sr. "B" decidieron que viviera con la Sra. "O", y el paciente X solo se iba a visitarlos los fines de semana.

La relación de la familia era positiva, pero fallaba la comunicación debido a que la mayoría del tiempo lo dedicaban a trabajar y estudiar contando con poco tiempo

para atender a sus hijos; cuando el paciente X tenía trece años le detectan diabetes mellitus tipo 1 la cual se presenta frecuentemente en los niños, el cuidado y la atención de la familia en especial de los padres hacia el paciente X no cambia, la abuela es la que toma la responsabilidad de cuidarlo, sin embargo el cuidado y tratamiento que debía tener el paciente X no se cumplía ya que por su corta edad no tomaba en cuenta las consecuencias que podría tener, además de no tenerle apoyo afectivo, social y económico de sus padres, ya que la Sra. "O" cumplía el rol de madre, además de ser proveedora económica de la familia donde se desarrollaba el paciente X, dedicándose a ser maestra de educación tecnológica ya que sus padres no apoyaban ni afectiva ni económicamente al paciente X.

Durante el transcurso del matrimonio, de acuerdo a la jerarquización de roles cumplían con los roles verticales en donde el padre es el que ordena; la madre retoma las ordenes y las transmite a los hijos y de acuerdo a las edades se traspasan mandatos, en el caso de la familia del paciente X como solo había una hija en la familia era la que se hacía responsable de los quehaceres del hogar y cuidar a sus hermanos mientras sus padres trabajaban; la Sra. "A" de prefecta de una escuela y su padre de velador siendo los dos proveedores económicos de la familia; sin embargo solo en algunas ocasiones apoyaban económicamente al paciente X. En la casa de la abuela la Sra. "O" ella es la que tomaba las decisiones ya que es la proveedora económica, de la familia en donde viven la Sra. "O", dos hijos solteros, un casado, un nieto y el paciente X lo que se considera dentro de la jerarquización de roles el matricéntrico, en donde la mujer es la cabeza de la familia y la que toma decisiones.

El matrimonio de sus padres duró 18 años ya que se separaron por infidelidad por parte de ambos, esto fue algo que afectó en la relación y comunicación de la familia debido a que todo esto cambia el ritmo de vida de la familia.

Actualmente tienen 8 años de separados y aún no se han divorciado, a un mes de separados la Sra. "A" y el Sr. "B", deciden hacer su vida al lado de otras personas, con las cuales tienen 8 años en unión libre, la Sra. "A" con el Sr. "D" y de esta relación han procreado un hijo el cual tiene 8 años, en esta familia esta también "J" de 13 años hijo de la Sra. "A" y el Sr. "B" y desde hace un año esta el

paciente X con ellos así es que forman una familia recompuesta, el Sr. "B" tiene 8 años con su pareja en unión libre pero ellos aún no ha procreado hijos.

La relación madre e hijos es positiva pero falta comunicación entre ellos, ya que la Sra. "A" dedica la mayoría de tiempo a su trabajo dejando solo algún tiempo libre para platicar con sus hijos.

5.2.1.- Estructura de la familia

La familia del paciente X es recompuesta ya que esta integrada por la Sra. "A" , el Sr. "D" , dos hijos de la Sra. "A" y el Sr. "B"; el menor "J" de 13 años y el paciente X que desde hace un año esta viviendo con ellos debido a que perdió la vista a consecuencia de la diabetes y su mamá la Sra. " A" se haría cargo del él, además actualmente la pareja tiene un hijo que es "I" de 8 años.

Sra. "A" de 41 años de edad nacida el 1 de febrero de 1965; la cual labora como prefecta en una escuela secundaria.

Sr. "B" de 42 años de edad, nacido el 19 de mayo de 1964; el cual labora en una escuela como velador.

En cuanto al Sr. "D" se desconocen sus datos ya que la información sobre él no fue otorgada.

"J" de 13 años de edad nacido en mayo de 1993, cursa segundo año de secundaria, es un adolescente introvertido pasa la mayoría de tiempo en su casa estudiando, la mañana la dedica a ayudar a su mamá a los quehaceres del hogar y por la tarde asiste a la escuela secundaria .

"H" de 23 años de edad nacido el 22 de diciembre de 1983, labora como ayudante de cocinero, estudio solo hasta la secundaria.

"I" de 23 años de edad nacida el 1 de febrero de 1983, se dedica a ser ama de casa, "I" se caso a los 15 años, con el Sr. "M" procrearon 3 hijos; una niña de 8 años, otra de 6 y un niño de 5 años.

"K" de 7 años cursa segundo año de primaria, es un niño introvertido, el es hijo del Sr. "D " y la Sra. "A".

Paciente X de 25 años de edad, estudió hasta segundo año de preparatoria y estudio computación en el CECATI, además de cubrir un interinato de un año de

conserje en la EPCA, a los 20 años fue voluntario de protección civil donde laboraba como socorrista durando tres años; pero a los 24 años el paciente X fue perdiendo la vista enseguida su abuela la Sra. "O" lo llevo a la fundación oftalmológica en donde fue atendido por uno de los médicos, pero lo mandaron directamente con la retinologa para ver si se podía hacer algo por el ojo derecho ya que en el izquierdo había perdido la vista totalmente, todo esto traía como antecedente de que el no se había cuidado como era, debido a que era muy pequeño cuando le detectaron dicha enfermedad y no la aceptaba y hasta la fecha no la acepta por lo tanto el tratamiento no lo llevaba correctamente lo operaron con LASSER y logro recuperar un poco la vista en el ojo derecho, pero al mes presento de nuevo problemas con ese mismo ojo por lo que lo llevaron de nuevo con la retinologa, ella les comunico que se necesitaba un implante de válvula debido a que la presión del ojo era muy alta y se comenzaba a presentar el Glaucoma y tenia que ser atendido inmediatamente, enseguida la Sra."O" acude a la Fundación oftalmológica a hablar con la trabajadora social para gestionar un apoyo para el implante de válvula, ya que ella no contaba con el recurso económico para lo que el paciente X requería y sus padres no lo apoyaban económica, ni moralmente por lo que se le brinda el apoyo , la Sra. "O" y el paciente X acuden de nuevo con el oftalmólogo de la fundación y aún veía poca luz, sombras y bultos, a la semana le ponen el implante de válvula pero no se pudo hacer nada perdió la vista total de ambos ojos, sucediendo esto en octubre del 2005; lo que hizo que el autoestima del paciente X se deteriorara, sin embargo su abuela hacia hasta lo imposible para que recuperara su vista nuevamente debido a la perdida física en la que se encontraba paso por las etapas de negación y no aceptar la realidad que había perdido la vista lo que lo llevo a la depresión; durante todo su proceso únicamente contaba con el apoyo de su abuela, ya que sus padres no se preocupaban por él, ni moral ni económicamente; actualmente su mamá la Sra. "A" es la que le ha brindado su mayor apoyo tanto económico como moral; debido a las mismas complicaciones de la diabetes se le presentaron problemas en el riñón generándole insuficiencia renal, por lo tanto lo llevan a Morelia para dializarlo los lunes y miércoles de cada semana en el ISSSTE, diagnosticándole que requería de un transplante de riñón debido a que uno de sus riñones solo funciona en un 20%.

Algo que contribuyo a que la salud del paciente X a los 17 años se deteriorara más, es que cuando sus padres tenían 18 años de casados se separaron por infidelidad por parte de ambos y cada uno decide formar su propia familia, parejas con las cuales tienen 8 años en unión libre actualmente por lo que la enfermedad de el paciente X se complica más por esa separación, ya que la relación entre la familia se fue perdiendo y el cuidado de padres a hijos no se tomaba en cuenta; la relación y comunicación entre la Sra. "A" y el Sr." B" se termina debido a que no cerraron su ciclo de matrimonio con acuerdos para con sus hijos y su situación termina negativamente; además de que se desintegra la familia, "H" decide irse a vivir con su papá, teniendo muy poca comunicación con su madre, "I" decide casarse a los 15 años, "J" vive con su mamá y el paciente X con su abuela la Sra. "O".

La Sra. "A" tiene una relación positiva con el paciente X ya que por las mañanas mientras desayuna platican un poco de sus necesidades o sobre la situación de salud del paciente X , la relación con su hija "I" es estable y positiva ya que a pesar de que no se encuentra en el mismo domicilio mantienen relación por las tardes debido a que "I" se hace cargo del paciente X , a partir de la 1:00 hasta las 7:00pm.

En cuanto a la relación de la Sra. "A" con el Sr. "D" es negativa y sobre todo tensa ya que el carácter del Sr. "D" es voluble y cambiante.

El paciente X tiene una relación positiva, con la mayoría de los miembros de la familia, mantiene una relación muy fuerte con su hermano "J" ya que a pesar de las diferencias de edades se llevan muy bien y sobre todo se respetan, con la Sra. "A" mantienen una relación positiva y sobre de todo de comunicación entre ellos, la relación del paciente X con el Sr. "D" es negativa hasta el extremo de que no se dirigen la palabra debido a la diferencia de opiniones, con su medio hermano "k" establecen una relación muy distante debido a la diferencia de edades además de que la conducta de su padre influye en la conducta del niño.

Con la que mantiene una relación positiva es con su hermana "I" debido a que la tarde la pasa en casa de su hermana.

El Sr. "D" todo el día lo dedica a trabajar solo dedica una hora a veces a su hijo "K" para jugar con él o en algunas ocasiones a platicar con la Sra. "A" sobre las situaciones de la casa.

Con el resto de la familia mantiene una relación negativa ya que con el paciente X no se dirigen la palabra al igual que con la Sra. "O".

"I" de 23 años mantiene una relación positiva con la Sra. "A" , con el paciente X , con su hermano "J" y "H"

El paciente X mantiene una relación muy lejana con su padre, ya que lo visita esporádicamente pero cuando se ven es con gusto y acostumbran a salir a comer de una manera armónica.

En lo que respecta al aspecto económico la familia tiene dos entradas económicas ya que la Sra. "A" que gana \$2, 000 quincenales y el Sr. "D" \$ 5, 000 quincenales lo cual lo juntan haciendo un solo ingreso utilizándolo para los gastos en servicios como: agua potable, luz eléctrica, teléfono, alimentación y educación de sus hijos, sin embargo comentó la Sra. " O " que el Sr. "D" es avaro y limita a la Sra. "A" económicamente, quitándole su dinero y solo darle lo que necesita.

La casa que habita la familia del paciente X es propiedad de un hijo del Sr. "D" además de que es una casa que fue adquirida mediante crédito de Infonavit y actualmente se esta pagando.; es de tabique, piso de cemento con vitropiso y techo de concreto, cuentan con los servicios de agua potable, luz eléctrica, drenaje, alumbrado público y teléfono, en cuanto al inmobiliario no se permitió la entrada la casa ya las entrevistas fueron en la cochera, se encuentra ubicada en uno de los fraccionamientos ubicados en la zona poniente de la Ciudad de Uruapan Michoacán en donde las calles de los alrededores tiene asfalto, además de contar con una capilla , instituciones educativas como una primaria y un jardín de niños, cuentan con un dispensario médico, con una cancha de fútbol y dos ciber-café.

La familia tiene muy buena relación con los vecinos, una de las vecinas cuida al niño menor de la familia en la tarde en lo que la Sra. " A" sale a trabajar, pero al paciente X lo identifican muy poco los vecinos ya que su incapacidad no le permite salir frecuentemente a la calle

El paciente X actualmente cuenta con 4 amigos con los cuales sale de paseo a las huertas en donde les ayuda a trabajar, en algunas ocasiones salen a la disco a bailar y divertirse, desde que el paciente X perdió la vista sus amigos no lo han dejado solo, otras de las distracciones para el paciente X es salir al ciber- café con uno de sus amigos, en cuanto a la relación sentimental ha tenido algunas novias y la última fue hace 3 meses aproximadamente con la cual estaba muy ilusionado pero termino su relación negándonos el motivo de su rompimiento.

5.2.2.- Funcionamiento de la familia

Entre la familia existe muy poca comunicación ya que la Sra. "A" y el Sr. "D" tienen una relación seria y restringida y solo se dedican a trabajar; así lo argumenta la Sra. "O".

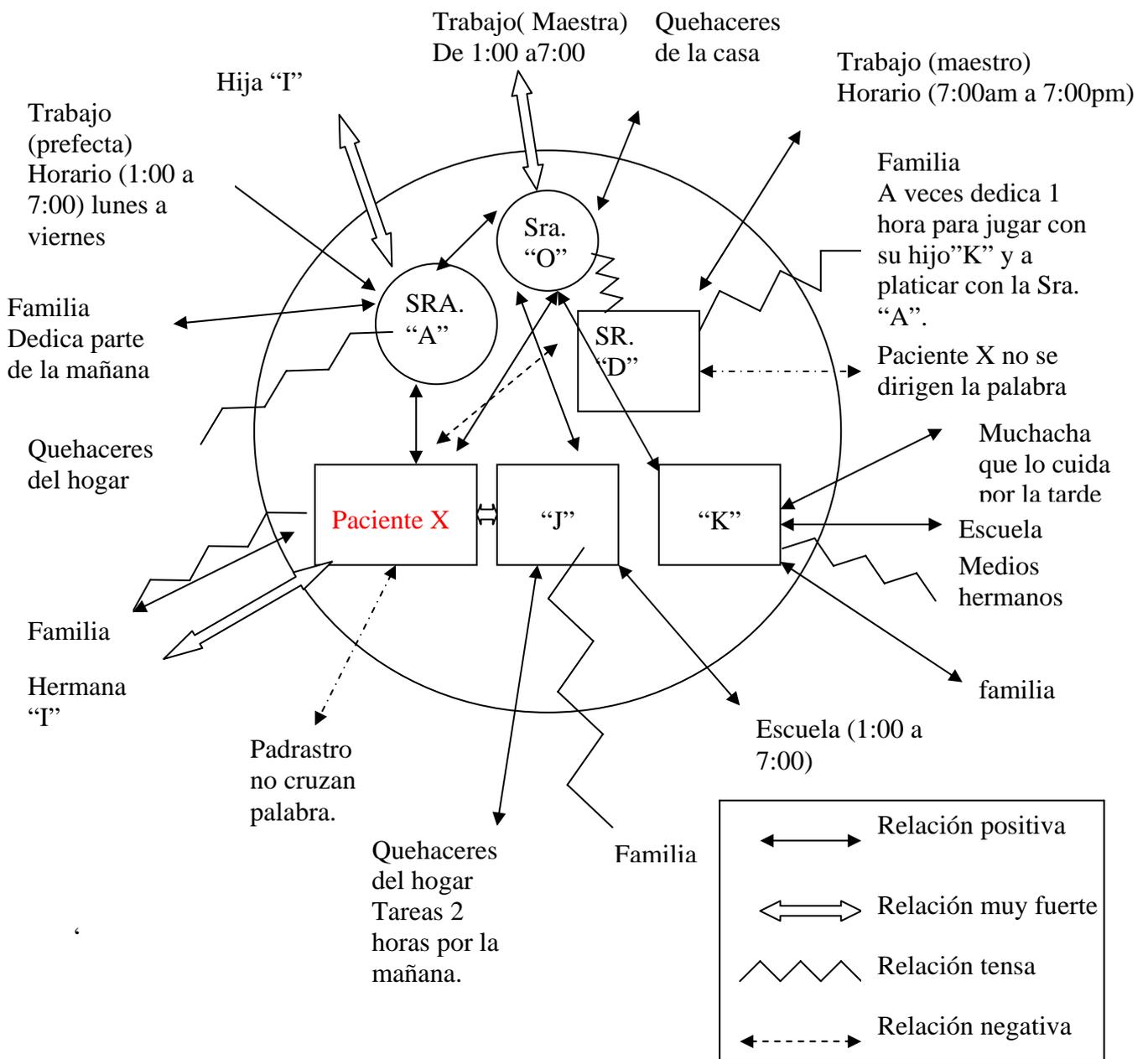
El paciente X tiene una relación negativa con su padrastro ya que no existe comunicación entre ambos, cuando pueden cruzar palabra es cuando el paciente X tiene que asistir a Morelia para lo que el Sr. "D" lo lleva en su carro (DERBI, rojo modelo 2006), del cual se desconoce la cantidad que se paga mensualmente en la agencia pero la pagan entre la Sra. "A" y el Sr. "D", la relación entre madre-hijos es positiva pero en ocasiones distante ya a veces se dedica nada más a trabajar, hasta desde hace un año que se hizo cargo del paciente X, con la que tiene más comunicación la Sra. "A" es con "I" a pesar de que ya esta casada y vive en otro domicilio establecen buena comunicación ya que es la que cuida al paciente X cuando ella sale a trabajar, además de que le brinda una cierta cantidad a la semana a su hija "I" para que le haga la comida al paciente X, la Sra. "O" ya casi no visita a al paciente debido a que la relación de ella con el Sr. "D" es inestable y conflictiva ya que ni siquiera se saludan cuando se ven.

La Sra. "A" tiene muy poca comunicación con su hijo "H" ya que fue el quien decidió irse a vivir con su padre, "H" se dedica a ser ayudante de cocinero en la misma escuela secundaria en donde labora la Sra. "A" de prefecta.

En ambos matrimonios de la Sra. "A" la última palabra la tiene el hombre, pero solo que existe una diferencia que con la primer pareja se le tomaba en cuenta a la Sra. "A" para la toma de decisiones y ahora no.

La familia dentro de la sociedad debe cumplir una de las funciones más importantes, que quizás en la familia del paciente X dejaron de lado esta función consiste en que a cada sujeto le otorga a la familia a través de un proceso de vinculación afectiva, consciente e inconsciente; la familia actúa como marco de referencia en la vida y crecimiento de individuo, cuando se tejen lazos emocionales de cariño, comprensión, tolerancia y libertad, se propicia el surgimiento de sujetos seguros, emprendedores y libres.

❖ **Ecomapa**



❖ Descripción del ecomapa

A través del ecomapa se puede identificar la relación del paciente X con su familia así como las actividades que realizan cada uno de ellos dentro de su vida cotidiana.

Cabe mencionar que el papá del Sr. "B" no se incluyó en el ecomapa ya que el no tiene gran influencia dentro del grupo familiar debido a que la relación es esporádica y distante pero cuando se ven es con gusto y acostumbran a salir a comer y disfrutar armoniosamente.

Sra."A" a las 8:00am lleva a su hijo "K" a la escuela al regresar parte de la mañana la dedica a los quehaceres del hogar y atender al paciente X y a su hijo "J" el cual acude a la escuela por la tarde; recoge a su hijo "K" a las 12:30 y se lo lleva a una persona que lo cuida en la tarde enseguida lleva al paciente X con su hija "I" la cual lo atiende todo el resto de la tarde dándole de comer.

La relación con sus hijos es positiva, ya que cuando ellos necesitan algo enseguida les ayuda y trata de brindarles el mejor apoyo posible. En lo que respecta a la relación con su pareja se considera un poco estricta y rígida ya que ella se limita a lo que él dice y su actitud para con ella es limitada es decir le dice lo que tiene que hacer, cuando, cómo y a que hora.

La Sra. "A" acude a trabajar de 1:00 pm a 7:00pm en una escuela donde labora como prefecta, a las 7:30pm pasa por el paciente X a la casa de su hija la Sra. "I". Además acompaña al paciente X a sus citas a Morelia con el Nefrólogo por su enfermedad en el riñón, las cuales anteriormente eran lunes y miércoles pero ahora es cada mes.

Paciente X dedica la mañana con su familia en especial a platicar un poco con su hermano "J" ya que mantienen una relación positiva y estable; cabe mencionar que el paciente X comenta que desde que su hermano estaba pequeño ha sido con el que mejor se ha llevado y al que más ha consentido, comenta que la mañana algunas veces las ocupa para ir al ciber-café, pero la mayoría de veces se queda en casa a escuchar música o a dormir.

A las 12:30 lo lleva su mamá con su hermana "I" dedicando la tarde para convivir con sus amigos, ya que comenta que el nunca está solo porque siempre está rodeado de amigos o de gente que lo aprecia, en especial con un amigo de 17 años con el cual se lleva muy bien y se identifica demasiado; en ocasiones sale

los fines de semana a pasear con unos amigos a una huerta o a bailar a alguna disco, la mayoría del tiempo la pasa en la calle con sus amigos.

La relación que tiene con su mamá es estable y positiva ya que cuando él necesita de un apoyo ella se lo brinda, pero en cuanto a la relación con su padrastro es negativa ya que a pesar de que viven juntos no cruzan palabra alguna, debido a que en el carácter son muy distintos.

La relación con su padre es muy escasa, pero cuando se ven lo hacen con gusto y platican de una manera agradable pero el paciente X comenta que a pesar de que no están juntos su papá le brinda su apoyo cuando lo necesita, la relación con su hermano "H" es estable, pero con su hermano "K" es un poco conflictiva ya que comenta el paciente X que es un niño muy consentido y en algunas ocasiones voluble con él.

Al paciente X le gustaría aprender algo para aprovechar su tiempo de la mejor forma posible y obteniendo beneficios.

Sr. "D" es profesor de educación secundaria de 7:00am a 7:00pm de lunes a viernes, en ocasiones dedica solo una hora por la noche a platicar y jugar con su hijo "K" de 7 años y con la Sra. "A", la cual le dedica tiempo a su hijo por la mañana y por la noche ya que en la mañana lo lleva a la escuela y le da de desayunar.

La relación de la Sra. "O" abuela y el paciente X con el Sr. "D" es negativa ambos comentan que no comparten las mismas ideas, respecto a la forma de relacionarse entre la familia.

El Sr."D" de vez en cuando sale a pasear con la Sra. "A" y con su hijo "K" o se van de compras a Morelia.

Cada mes tiene reunión con los demás maestros en la escuela donde labora con los cuales establece una relación estable pero a la vez muy seria y estricta.

En cuanto a "J" estudia secundaria tiene trece años la mañana la dedica a los quehaceres del hogar y dos horas las dedica para hacer sus tareas . algunas veces platica con su hermano el paciente X con el cual tiene una relación muy fuerte, comenta que él se preocupa porque el paciente X se inyecte la insulina a la hora que le toca. A las 12:00 la señora "A" se lo lleva a la escuela ya que es el mismo lugar en donde ella trabaja, él asiste a la escuela de 1:00 a 7:00 y de ahí se regresa con la Sra."A" y el Sr. "D" .

No cuenta con ningún amigo solo con compañeros de clase ya que el Sr."D" y la Sra."A" son muy estrictos y no lo dejan salir con otros adolescentes, cuando sale de paseo es con ellos.

"K" es un niño de 7 años el cual acude a la escuela en las mañanas de 8:00 a 12:30, enseguida su mamá lo lleva a la casa de la persona que lo cuida por las tardes, solo esta poco tiempo con sus papas.

Solo cuenta con un amiguito con el cual juegan en la tarde ya que es el hermanito de la muchacha que lo cuida.

La relación con sus papas es positiva, pero solo que en ocasiones no obedece a lo que le ordenan y su papá lo regaña, pero algo que pasa con el es que lo consiente de más dándole lo que él quiere haciendo que él sea caprichoso y en ocasiones voluble.

En cuanto a la relación con sus medios hermanos es negativa ya que solo en ocasiones platican o juegan, porque tienen formas de ser muy distintas, además de que la diferencia de edad influye en cuanto a la relación o comunicación entre ellos debido a que él es a veces un poco voluble.

En cuanto a la relación de la familia con los vecinos es un poco superficial, no tienen ningún problema con nadie pero no conviven con ellos solo los saludan cuando los ven, la Sra. "A" no establece comunicación con el Sr. "B" ya que el Sr. "D" no se lo permite solo algunas veces que el Sr. "B" envía dinero con su hijo "H" para las consultas o medicamento del paciente X .

El paciente X, la Sra. "A" , su hija "I" y su hijo "H" establecen una relación positiva ya que se ven diario y se llevan muy bien.

5.2.3.- Desarrollo de la familia-Historia

❖ Raíces, influencia de grupos culturales y generaciones previas al sistema familiar.

Dentro de la familia del paciente X solo vive la mamá-abuela que es la Sra. " O " de 64 años de edad y es viuda desde hace 3 años , su esposo murió a los 61 años de problemas en el corazón, la Sra." O" es maestra de taquigrafía, la pareja se encontraba casada al civil y a la iglesia; procrearon 8 hijos, de ellos 3 mujeres y

cinco hombres, de los cuales todos sobreviven, pero la mayoría se encuentran en E.U. se desconocen los datos de los hijos que se encuentran fuera ya que la Sra. "O" no los recuerda , solo están con ella su hijo de 29 años de edad el cual padece de alcoholismo y al cual ha internado en 2 centros de rehabilitación pero vuelve a recaer y actualmente se encuentra internado en un centro, y la Sra. "A" mamá del paciente X de 41 años la cual esta casada al civil con el Sr. "B" pero están separados desde hace 8 años y aún no se han divorciado y actualmente vive en unión libre con el Sr."D" con el cual tiene un hijo; pero en total tiene 5 hijos.

En lo que respecta a la cultura de la familia, acostumbran a festejar el día de muertos, así como adornarle un altar a la virgen de Guadalupe el 12 de diciembre, también en fechas como navidad y año nuevo, acostumbran a hacer una cena y tratar de que se reúna toda la familia pero regularmente solo se reúnen 5 de sus hijos.

Otra de las tradiciones muy propias de la familia es el ofrecerle una misa a su papá todo el año pero cada uno de los hijos se turnan para brindarle cada año la misa a su padre.

Cabe mencionar que la Sra. "A" mamá del paciente X estudió hasta la preparatoria y ahora labora como prefecta en una escuela secundaria ; con ayuda de su madre la cual también le ayudo a conseguir ese trabajo, su papá el Sr. "B" que solo estudio la secundaria se dedica a ser velador de una escuela, su hermano "H" estudió hasta la secundaria es ayudante de cocinero y su hermana "I" solo estudió también hasta la secundaria es ama de casa, su padrastro el Sr. "D" es maestro de una secundaria, sus hermanos "J" cursa segundo de secundaria y su medio hermano "K" cursa segundo de primaria.

Por último el paciente X estudio hasta segundo de preparatoria pero no pudo continuar por problemas familiares y de salud, pero estudio un curso intensivo de computación en el CECATI, se capacito en primeros auxilios para participar en un grupo de rescate en el cual permaneció 3 años como socorrista, pero a consecuencia de la perdida visual no pudo cumplir con su objetivo de continuar estudiando.

En la entrevista el paciente X comento que a partir de la pérdida de visión se interesó en participar en grupos de autoayuda para pacientes diabéticos

fungiendo como coordinador dando a conocer su historia de vida como un medio de impulso para que los demás sobrelleven la enfermedad y tomen los cuidados necesarios.

❖ **Sucesos importantes en la vida de la familia.**

En la historia de vida de la familia y del paciente X han pasado acontecimientos importantes que han marcado la vida de las personas que integran la familia; una de ellas son las pérdidas, tanto de muerte como de salud: de muerte por el fallecimiento del abuelo paterno y por pérdida de salud es por parte del paciente X ya que perdió la vista a consecuencia de la diabetes; por motivo de esta el paciente X a pasado por una serie de etapas de duelo ante la perdida de la vista las cuales a tenido que pasar poco a poco como se comenta en el capitulo de diabetes en donde se maneja las etapas del duelo ante una perdida.

El paciente X comenta que tres de los sucesos que más han marcado su vida son: el que le hayan diagnosticado diabetes tipo I a los 13 años de edad , la perdida de la vista y la más importante es la separación de sus padres.

A partir de que le diagnostican la diabetes la situación en su familia no cambia, sus padres continúan con la misma actitud hacia él; así es que su abuela la Sra. "O" es la que se hace cargo de él durante todo su proceso de enfermedad pero a pesar de que la Sra. "O" se mantenía al pendiente de él, el paciente X no cumplía con el tratamiento como debería de ser, hacia lo contrario de lo que le instruían pero influyo mucho la edad en la que le detectaron dicha enfermedad ya que fue en la adolescencia, cuando el cuerpo sufre una serie de cambios bruscos a los cuales no estas acostumbrado y menos cuando padeces alguna enfermedad crónica, como en este caso la diabetes.

Comenta que cuando le diagnosticaron la diabetes el pensó que no le pasaría nada ya que no entendía muy bien la enfermedad que a pesar de que había asistido a varios cursos de capacitación para diabéticos no la entendía o más bien se negaba a entenderla.

Durante el transcurso de su enfermedad la única que se preocupaba por él era su abuela la Sra. " O", otra de las consecuencia de los malos cuidados de la diabetes fue la pérdida visual la cual fue a los 24 años lo que también fue una etapa muy

difícil para él. la pérdida de la vista del paciente X implicó un gran cambio dentro de la estructura familiar ya que la mamá tomó la responsabilidad que le tocaba dentro del rol de madre así es que decidió hacerse cargo de él, sus hermanos trataron de acercarse más a él y mantener una relación mejor que nunca, su familia trata de acercarse más a él, pero su padre no lo hace debido a la situación por la que pasaron la Sra. "A" y el Sr."B" por lo que no establecen relación y comunicación en lo absoluto a pesar de que sean problemas que les incumben a los dos.

Pero uno de los sucesos que han marcado más la vida del paciente X es la separación de sus padres esto fue algo que marco su vida por completo ya que a él le gustaba ver a su familia unida y disfrutar su vida juntos, pero por circunstancias de la vida su familia se desintegró completamente, ambos padres se unieron con otras personas, el paciente X y su hermano "H" se quedaron a vivir solos, su hermana "I" de 15 años de edad se casó y su hermano "J" se fue con su mamá; pero tanto el paciente X como sus hermanos comparten la idea de que algún día sus padres se vuelvan a unir.

Durante el transcurso de la investigación se logró identificar que el espíritu familiar se está perdiendo poco a poco debido a que cada vez se abren ciclos y ciclos dentro de la familia lo que genera que se deteriore la comunicación, el afecto, el cariño y el amor de la familia; además de que entre los miembros no saben identificar las necesidades de los demás.

❖ **Etapa de desarrollo de la vida de la familia**

La familia del paciente X se encuentra en la etapa final ya que se rompió el primer ciclo en el que se encontraba la familia, se separaron los padres y actualmente pasa otro ciclo matrimonial.

La Sra. "A" tiene 5 hijos de los cuales su hija "I" de 23 años ya está casada y tiene tres hijos, pero la Sra."A" todavía tiene un hijo el cual tiene 8 años y depende de ella.

La hermana "I" del paciente X se encuentra en la etapa pro creativa ya que está casada y tiene tres hijos los cuales todavía están pequeños.

A pesar de que el padre del paciente X se desligue de las responsabilidades de la familia cuando sus hijos lo necesitan siempre les brinda su apoyo.

La familia del paciente X esta integrada por 5 miembros en los cuales se encuentra:

La Sra. "A" de 41 años la cual estudio hasta la preparatoria y labora como prefecta en una escuela secundaria.

El Sr. "D" el cual estudio una carrera de maestría laborando como profesor de una secundaria .

En cuanto a su hijo "J" de 13 años estudia segundo de secundaria

Su hijo "K" de 8 años el cual estudia 2 de primaria.

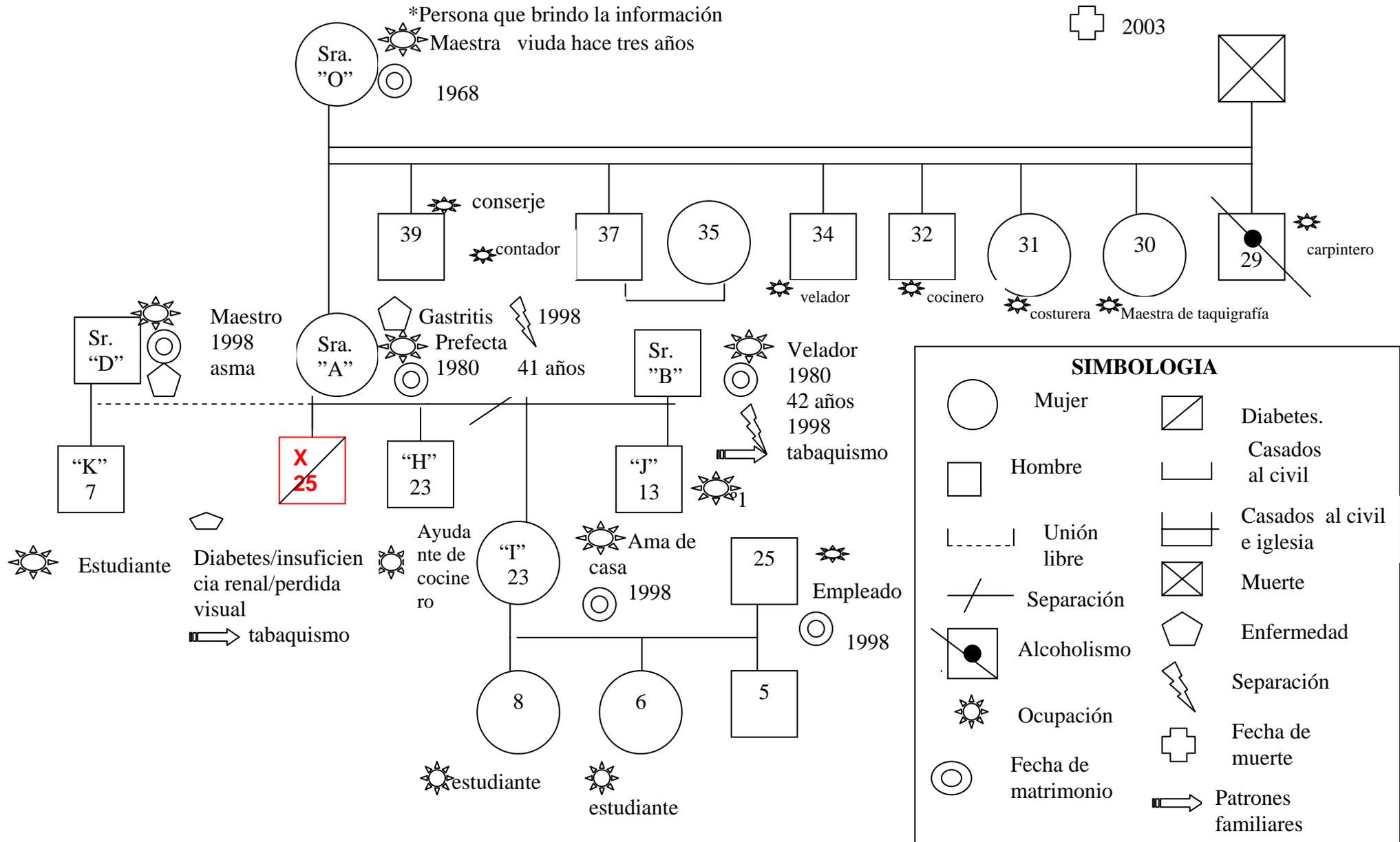
"H" de 23 años de edad con estudios básicos hasta la secundaria, labora como ayudante de cocina.

Paciente X de 25 años de edad estudio hasta segundo de preparatoria, un curso de computación y socorrista de primeros auxilios.

Sra. "O" estudio un nivel tecnológico de taquigrafía y labora como maestra en una escuela secundaria.

El paciente X vivió desde que nació hasta los 24 años de edad con la Sra. "O" , aunque en ese tiempo se iba unos días con sus papas, pero solo los 18 años que duraron juntos sus padres ya que a partir de que se separaron prefirió no visitar ni a uno ni a otro, durante el tiempo en el que se separaron sus padres su enfermedad empeoro debido a los problemas que se presentaban dentro de su familia y no estaba pendiente de su tratamiento, en lo que respecta al tiempo en el que vivió con la Sra. "O" su enfermedad estaba un poco más controlada ya que ella estaba pendiente de su tratamiento, pero a pesar de eso su enfermedad se complicaba debido a que en muchas ocasiones era él el que no tomaba en serio su tratamiento, la primera complicación que presento fue con la vista, en un principio le dio Retinopatía diabética la cual es ruptura o hemorragia en los vasos sanguíneos de la retina, posteriormente se le presento el Glaucoma siendo este el aumento en la presión del líquido del globo ocular que puede dañar el nervio óptico, lo que lo llevo a la ceguera total, para la atención de estas complicaciones asistió a la Fundación Oftalmológica en compañía de su abuela la Sra. "O" que fue la que nunca lo dejo solo, pero debido a que asistieron a dicha institución demasiado tarde ya no pudieron hacer nada los médicos para evitar que perdiera la vista, a partir de esto fue que su madre la Sra. "A" se responsabilizo un poco más de él.

FAMILIOGRAMA



❖ Descripción del familiograma

En cuanto a los datos de la familia del padre y del padrastro del paciente X no se obtuvieron debido a que no se pudo platicar con ellos; además que la información relacionada con el padrastro no fue otorgada.

La Sra. "A" se caso a los 15 años de edad con el Sr. "B" de 16 años, se casaron solo al civil, durando 19 años de casados pero se separaron por cuestiones de infidelidad por parte de ambos, cabe mencionar que solo se separaron y no se han divorciado lo que repercutió social y moral a la familia.

Cada uno de los padres deciden hacer su vida al lado de otra persona y la familia se desintegra "H" decide irse a vivir con su papá, teniendo muy poca comunicación con su madre, el paciente X se va a vivir con su abuelita la Sra. "O" y "J" se van con su mamá. La Sra. "A" se une con el Sr. "D" donde procrean un hijo "K" de 7 años, actualmente la señora "A" es prefecta de una escuela y su pareja es maestro de una escuela siendo los dos proveedores económicos de la familia.

La Sra. "A" procreo 4 hijos con el Sr. "B", el paciente X, "H", "I" y "J" el paciente X de 25 años de edad; el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes, "H" de 23 años, este se dedica a ser ayudante de cocinero, "I" de 23 años la cual esta casada y tiene tres hijos; una de 8 años, una niña de 6 y un niño de 5 años, y "J" de 13 años el cual cursa el segundo año de secundaria.

Cabe mencionar que la relación entre hermanos es positiva, pero uno de los problemas que existen entre el paciente X y su hermano "H" es porque tiene problemas con su forma de beber y es algo que molesta al paciente X por tal motivo discuten .

Otro de los problemas que puede existen dentro de la familia es que el tío materno del paciente X de 29 años de edad es alcohólico y es un poco renuente cuando bebe e insulta a las demás personas, siendo esto uno de los motivos por lo que en varias ocasiones han tenido algunos problemas con el paciente X.

Cuando la Sra. "A" se une con el Sr. "D" procrean a "K" de 7 años; en cuanto a la familia del Sr. "D" solo se conoce que es divorciado con tres hijos dos hombres y una mujer de los cuales se desconocen las edades y nombres , estos datos

fueron brindados por la Sra. "O" ya que el Sr. "D" no permitió que se le hiciera una entrevista.

En cuanto a la información de la familia del Sr. "B" papá del paciente X no se pudo rescatar ya que no tuvo disposición para brindarnos alguna entrevista.

La relación entre la familia es positiva en especial entre el paciente X con su hermano "J" tienen una relación muy fuerte ya que desde que "J" estaba pequeño el paciente X lo consiente y lo cuida más porque es su hermano el más pequeño, además de comentar que con su hermano "H" se llevan también muy bien ya que estuvieron viviendo como un año juntos.

En cuanto a la relación del paciente X con su papá el Sr. "B" es muy distante no establecen comunicación muy frecuentemente solo en algunas ocasiones, pero a pesar de eso cuando se ven o se hablan lo hacen con cariño y respeto al igual de que si alguno de ellos necesitan apoyo de él se los brinda sin condición. De igual manera el paciente X y sus hermanos no establecen relación con la familia de su papá el Sr. "B" debido a que nunca han establecido buena comunicación, solo con la familia de su mamá la Sra. "A"

La relación de la Sra. "A" con el Sr. "B" es muy distante ya que no establecen relación alguna; esto debido a que el Sr. "D" no le permite que le hable solo dos veces le ha hablado por teléfono para comentarle de la situación del paciente X, en cuanto a la relación del Sr. "D" con la Sra. "A" es un poco tensa ya que el es una persona estricta y de un carácter muy especial.

Al momento de hacerle esta pregunta al paciente X comentaba que su mamá no se alejaba de esta situación era por temor al fracaso de nuevo.

CRONOGRAMA: FAMILIA X

Personas Fechas	Sra."A"	Sra. "B"	Sr."D"	Hijo "H"	Hijo "I"	Hijo "J"	Hijo "K"	Paciente X	Sra. "O"
1980	Contraen matrimonio								La Sra. "A" y el Sr. "B" Viven con la Sra. "O"
1987	Cambian de hogar para ser una familia nuclear							Decide quedarse con la Sra. "O" .	
1994								Le detectan la Diabetes Mellitus tipo I.	
1996				Paciente con alcoholismo	Contrae matrimonio				
1998	Se separan por infidelidad de ambas partes		Se unen con la Sra. "A"	Se queda con su papá		Se queda con su mamá			

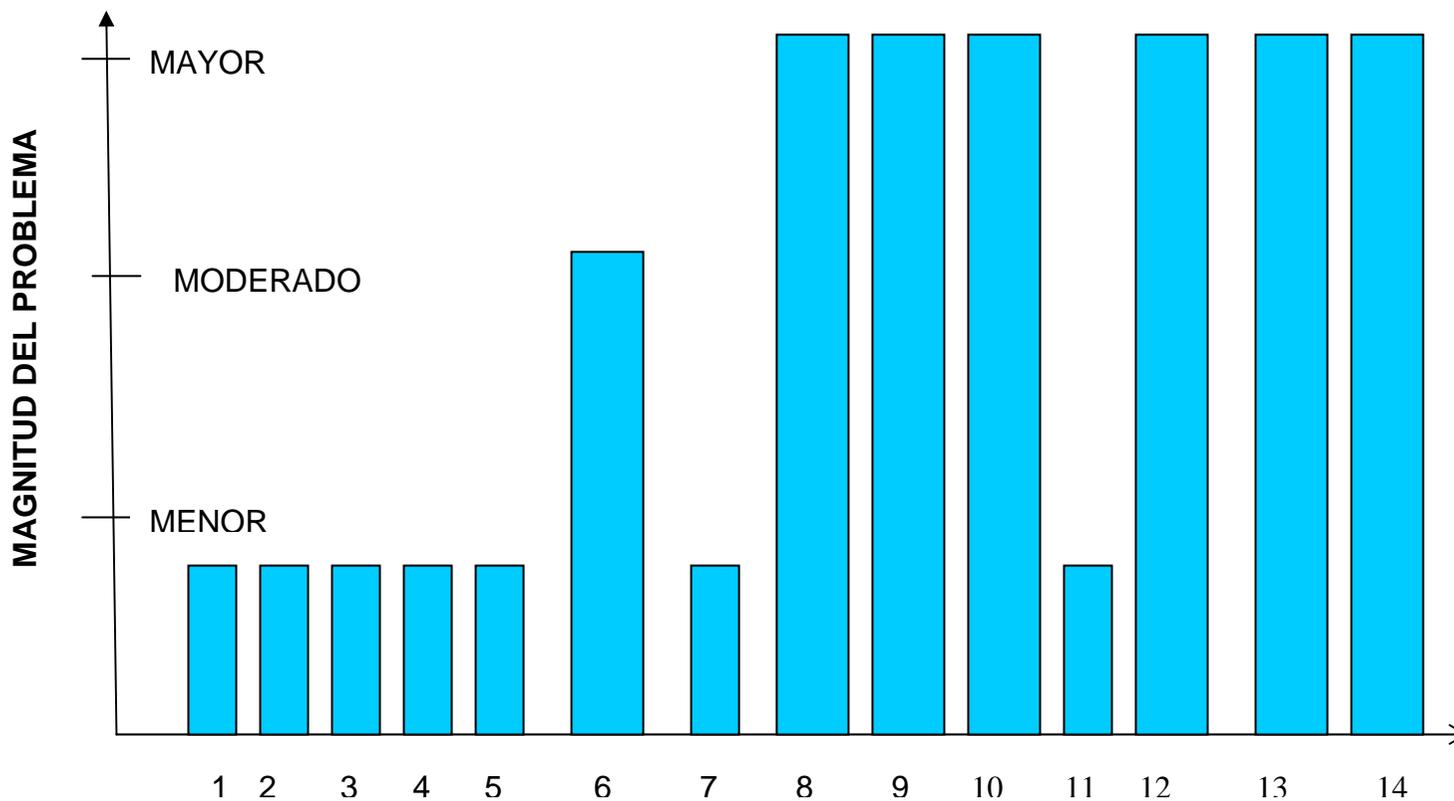
1999	Se separa completamente la familia						Nacimiento		
2003								Comienza con problemas en la vista	Se hace cargo en todos los aspectos del paciente X.
2004								Trabaja como conserje en una escuela	
2005								Pierde la vista	
2006							Se muestra apático con sus medios hermanos	La Sra. "A" se hace responsable de él y lo lleva a vivir a la casa que comparte con el Sr. "D".	

❖ Descripción del cronograma

De acuerdo al cronograma se obtiene la siguiente información en 1980 la Sra. "A" con el Sr. "B" deciden contraer matrimonio solo por el civil, y se quedan a vivir con la Sra. "O" debido a que como eran muy jóvenes no tenían una casa propia donde vivir, la Sra. "A" estudia la secundaria y preparatoria abierta, con apoyo del Sr. "B" y la Sra. "O", mientras el Sr. "B" trabajaba como velador en una escuela nacen el paciente X, hijo "H" e hija "I", en 1987 le otorgan al Sr. "B" una casa a crédito de Infonavit y deciden irse a vivir para allá, pero como la Sra. "O" se hizo cargo del paciente X desde pequeño, él quiso quedarse con ella y solo iba de visita algunos días con sus padres y sus hermanos. En 1994 cuando el paciente X tenía 13 años le detectan Diabetes mellitus I pero como aún era un niño la Sra. "O" decide llevárselo a Morelia a que lo capacitaran sobre su enfermedad como lo que es: la forma de llevar su tratamiento, su alimentación y sus hábitos diarios, en 1996 el hijo "H" comienza con problemas de alcoholismo y su hija "I" se une con un joven mayor que ella, así es que la familia comienza a desintegrarse, esto debido a que tanto la Sra. "A" como el Sr. "B" comenzaron a desobligarse de sus hijos y de la casa hasta que en 1998 se separan por infidelidad de ambas partes, así es que la familia se divide debido a que la Sra. "A" se une con el Sr. "D" y su hijo "H" se queda con su papá y "J" se va con su mamá la Sra. "A", en seguida de que la Sra. "A" se une con el Sr. "D" se embaraza y en 1999 nace su hijo "K", la relación entre la familia es muy tensa y negativa debido a que el Sr. "D" no permitía que la Sra. "A" tuviera comunicación con el Sr. "B" para arreglar los problemas que tenían sus hijos como el problema de alcoholismo que tenía su hijo "H" y la enfermedad de la diabetes que tenía el paciente X ya que debido a esta enfermedad en el 2003 el paciente X comenzó con problemas en la vista pero como ni la Sra. "A" ni el Sr. "B" se hacían responsables de él, la Sra. "O" tomó la responsabilidad de cuidarlo y atenderlo, pero por la problemática en la que se encontraban sus padres él no tomaba su enfermedad y su tratamiento con la seriedad que debería, a inicios del 2004 el paciente X trabajaba como conserje en una escuela pero a finales de ese año el paciente X comienza con mayores problemas en la vista primero perdiendo la vista totalmente del ojo derecho para lo que su abuela la Sra. "O" se contacta con la Fundación Oftalmológica para que

el paciente X reciba la atención necesaria para su vista , se le realizo una cirugía y un implante de válvula, para esto la Sra. "O" con apoyo de la trabajadora social de la Fundación gestionaron los recursos económicos para se le aplicara la cirugía y el implante pero el esfuerzo fue inútil y en octubre del 2005 el paciente X pierde la vista totalmente de ambos ojos lo que cambia la vida de toda la familia principalmente del paciente X debido a que perdió su dinámica diaria tanto económica, social y moralmente debido a que esto le trajo una depresión muy fuerte, la Sr."O" hablo con la Sra. "A" y quedaron de acuerdo en que la Sra. "A" se haría cargo del paciente X así es que se lo llevo a vivir a la casa del Sr. "D" pero la relación era muy negativa y tensa debido a que el Sr. "D" tiene un carácter muy especial, por tal motivo la relación entre el paciente X y la Sra. "O" se distancia un poco debido a que la Sra. "O" con el Sr. "D" no cruzan palabra y mantienen una mala relación por tal motivo es que la Sra. "O" no visita al paciente X a la casa de la Sra. "A" .

LÍNEA DE SUCESOS EN EL TIEMPO DE LA FAMILIA DEL PACIENTE X



- 1.- 1980.- Matrimonio civil de la Sra. "A" con el Sr. "B"
- 2.- 1981.- Nacimiento del paciente X
- 3.- 1983.- Nacimiento del hijo "H"
- 4.- 1983.- Nacimiento de la hija "I"
- 5.- 1987.- Cambio de hogar para ser una familia independiente
- 6.- 1990.- La Sra. "O" se hace responsable del paciente X
- 7.- 1993.- Nacimiento del hijo "J"

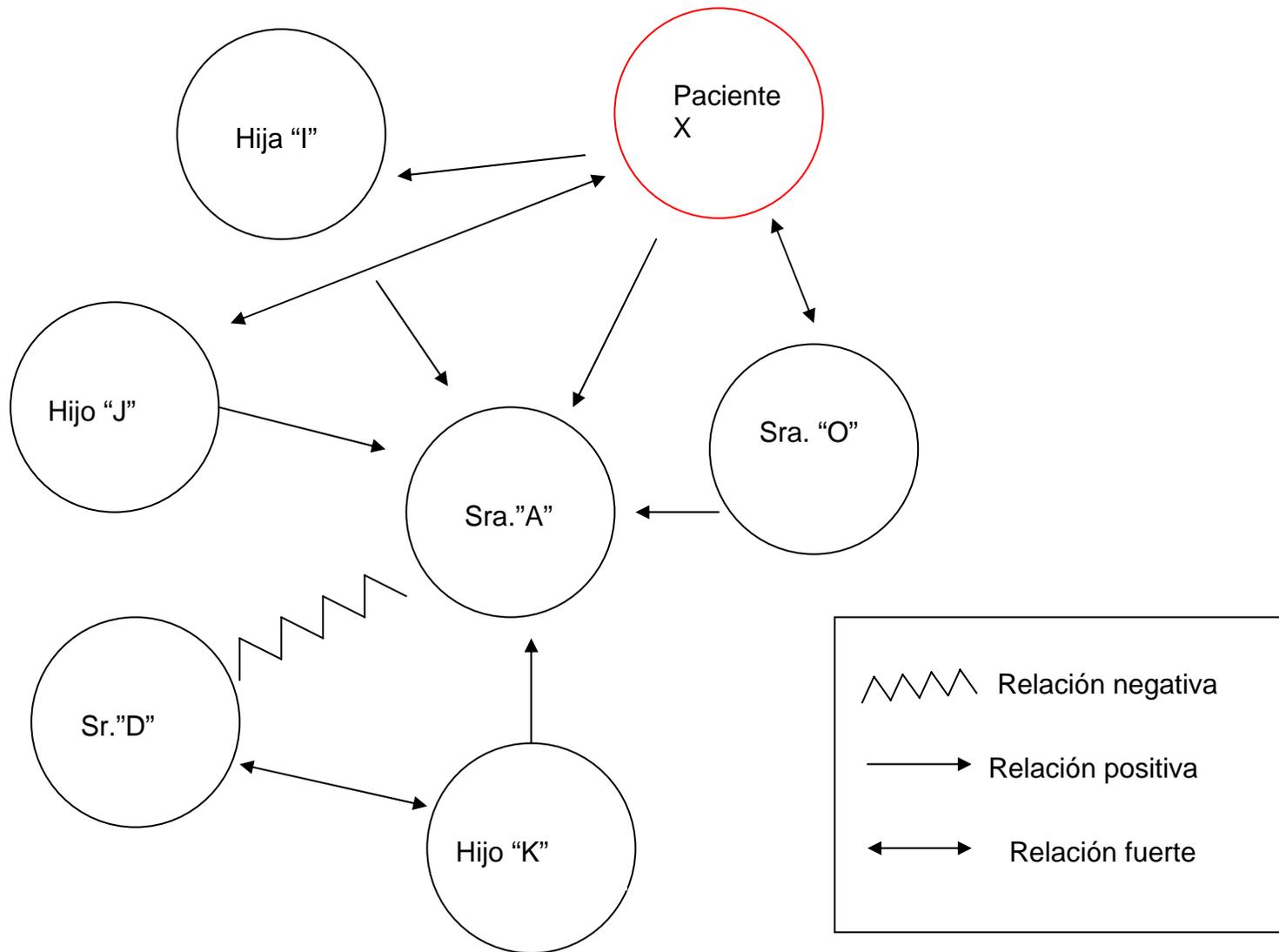
- 8.- 1994.- Le detectan diabetes al paciente X
- 9.- 1998.- Separación de la Sra. "A" con el Sr. "B"
- 10.- 1998.- Se divide la familia
- 11.- 1999.- Nacimiento del hijo "K"
- 12.- 1999.- Matrimonio de la hija "I"
- 13.- 2003.- La relación entre la familia es negativa
- 14.- 2005.- Paciente X pierde la vista.

❖ Descripción de la gráfica de Líneas de sucesos en el tiempo.

En la gráfica anterior se encuentra que en 1980 la Sra. "A" con el Sr. "B" contraen matrimonio pero solo al civil pero como eran muy jóvenes no tenía una casa propia donde vivir por lo que se quedan a vivir con la Sra. "O" lo que se considera un problema con una magnitud menor, en 1981 nace el paciente X, después de nacer el paciente X la Sra. "A" continua estudiando la secundaria y la preparatoria abierta con apoyo del Sr. "B" y la Sra. "O" al terminar sus estudios la Sra. "A" entra a trabajar a una escuela como prefecta, en 1983 nace su hijo "H" y el mismo año nace su hija "I" los nacimientos de sus tres hijos se consideran problemas o acontecimientos con una magnitud menor, como se menciono anteriormente la familia del Sr. "B" con la Sra. "A" viven en la casa de la Sra. "O" pero en 1987 deciden cambiarse de casa para ser una familia nuclear e independiente pero como el paciente X estaba acostumbrado a estar desde pequeño con la Sra. "O" se queda a vivir con ella, por lo que la Sra. "O" decide hacerse cargo de el paciente X, lo que se considera un problema con una magnitud moderada debido a que deberían de ser sus padres los que se hagan responsables de él, en 1993 nace su hijo "J" lo que se considera un problema con una magnitud menor, en 1994 a los 13 años de edad le detectan diabetes mellitus lo que se considera un problema con magnitud mayor porque como aún era un niño no entendía la gravedad de su enfermedad por lo que descuidaba su tratamiento pero la Sra. "O" lo apoyaba debido a que sus padres no hicieron caso de la enfermedad del paciente X, la familia comienza a tener problemas debido a que los señores se comenzaron a desobligar de la casa y de sus hijos hasta que en 1998 se separan por infidelidad de ambas partes, este problema se considera con una magnitud mayor debido a que causa una serie de problemáticas con sus hijos como el alcoholismo de su hijo "H" el problema de la diabetes del paciente X, desde ese momento la familia se divide ya que su hijo "H" se queda a vivir con su papá y su hijo "J" se va a vivir con su mamá y si hija "I" contrae matrimonio a los 15 años de edad, a un año de unirse la Sra. "A" con el Sr. "D" nace su hijo "K" lo que los une más como pareja, la unión de la Sra. "A" con el Sr. "D" genero que relación entre la familia del paciente X sea tensa y negativa este problema se considera con una magnitud mayor ya que la Sra. "A" con el Sr. "B" no tienen comunicación

ni siquiera para hablar de sus hijos lo que genera mayor irresponsabilidad en cuanto a sus hijos , debido a la separación de sus padres la enfermedad del paciente X se complica debido a que descuida su tratamiento lo que le trae consecuencias mayores como el ir perdiendo la vista este problema comenzó en el 2003 y en el 2005 pierde la vista completamente de ambos ojos.

SOCIOGRAMA



❖ Descripción del Sociograma

A través del sociograma se puede rescatar la relación que existe entre la familia, el paciente X tiene una relación muy fuerte con la Sra. "O" ya que él a estado desde pequeño con ella, pero desde que el perdió la vista y que se fue a vivir con la Sra. "A" la relación y comunicación entre el paciente X y la Sr. "O" se distancio debido a que la relación entre el Sr. "D" y la Sra. "O" es negativa y no mantiene comunicación con él, en cuanto a la relación del paciente X con el Sr. "D" es negativa ya que no establecen comunicación a pesar de vivir en la misma casa, el paciente X mantiene una relación positiva con la Sra. "A", y con su hermana "I" ya que cuando su mamá sale a trabajar por las tardes el se queda con su hermana "I" , con su hermano "J" mantiene una relación muy fuerte debido a que desde pequeño a sido con el que mayor comunicación establece y a pesar de que su hermano "J" es menor que él "J" siempre se preocupa por la enfermedad y el tratamiento del paciente X , "J" tiene una relación positiva con la Sra. "A" y su hermana "I" , su hija "I" mantiene una relación muy positiva con su madre la Sra. "A" , la relación entre el Sr. "D" con la Sra. "A" en tensa y negativa debido a que el Sr. "D" tiene un carácter muy fuerte y posesivo y en cuanto a la relación del Sr."D" con su hijo "K" en ocasiones es positiva pero en otras es tensa debido al carácter del Sr. "D".

De acuerdo a los resultados obtenidos en el sociograma se pudo destacar que la Sra. "A" es el eje principal dentro de la familia debido a que actúa como una intermediaria entre los integrantes, es la que esta al pendiente de sus hijos debido a que el Sr. "D" no le permite que mantenga comunicación con el Sr. "B" para arreglar asuntos en cuanto a sus hijos, así es que toda la responsabilidad esta sobre ella.

5.3.-ASUNTOS, NECESIDADES Y PROBLEMAS.

❖ ¿Por qué vino la familia a la agencia? ¿Qué servicios solicito?

La familia del paciente X solicito el servicio de la fundación debido a que él presentaba la enfermedad de la diabetes , y había perdido la vista en el ojo izquierdo y en el ojo derecho comenzaba a disminuir su visión para lo que solicito el servicio de la Fundación Oftalmológica para llevar un tratamiento y mejorar su visión, además de que no contaban con el recurso económico para atenderse en otro lado.

Para este proceso fue acompañado de su abuela ya que en este tiempo se encontraba viviendo en su casa , el paciente X tenia la necesidad de ser atendido por un oftalmólogo ya que estaba perdiendo la vista de ambos ojos por lo que fue atendido el 23 de junio del 2005, le diagnosticaron retinopatía diabética en el ojo derecho y glaucoma en ambos ojos por tal motivo había perdido ya el ojo izquierdo, para un diagnóstico más completo fue remitido con la retinologa y se le diagnosticó glaucoma en alto grado para lo que era necesario un implante de válvula con calidad de urgente para que no perdiera la vista en el ojo derecho; su situación económica no le permitía debido a que el no podía trabajar y sus padres no le apoyaban económicamente ni afectivamente por lo que su único sustento o el único recurso que tenia era el de la Sra. "O" el cual era insuficiente para cubrir las necesidades del paciente en ese momento, pero el recurso afectivo y de animo de la Sra."O" nunca lo dejo de lado demostrándoselo al paciente X ya que hacia hasta lo imposible para adquirir el implante de válvula; por lo que asistió con la trabajadora social de la Fundación para gestionar apoyo económico para adquirir la válvula ya que era muy costosa y no contaban con el recurso, la trabajadora social les pidió una serie de documentos que eran necesarios para la gestión con FUNAT (Fundación Nacional de Transplante) que era la institución que les brindaría el apoyo, los trámites se hicieron lo más pronto posible para que se obtuviera el recurso en cuanto antes.

A la par con el apoyo que solicito en la Fundación solicito apoyo con los papas del paciente X ,el Sr. "B" y la Sra. "A", recibiendo apoyo económico y afectivo por parte de ambos ya que enseguida que se les comento la situación del paciente X le ofrecieron su apoyo, no tanto económico sino afectivo.

Fue enviada la válvula a finales de septiembre, y fue implementada enseguida pero era demasiado tarde porque se había desprendido la retina lo cual es un daño irremediable.

Después del implante de la válvula el paciente continuo asistiendo a consulta y los médicos todo lo manejaban como normal; pero el paciente X ya había perdido la vista por completo, dichas consultas no se le cobraban al paciente; esto con el apoyo de trabajo social.

Debido a la pérdida de la vista del paciente X, paso por una serie de etapas ante el manejo de la pérdida como el enojo, la negación y depresión; por lo que requería terapia de un especialista y trabajo social de la Fundación lo canalizo coordinándolo con un psicólogo el cual lo apoyo a controlar las etapas de su pérdida, a estas terapias asistía dos veces por semana, de una manera positiva, pero solo asistió un mes, debido al mismo estado de ánimo en el que se encontraba, decidió no asistir a las terapias.

❖ **Necesidades de los miembros de la familia.**

En la familia, una de las principales necesidades era que el paciente X fuera atendido por la Fundación; ya que estaba perdiendo la vista a consecuencia de la diabetes, la atención que requería era un poco costosa, y no contaban económicamente con el recurso económico ya que el salario de la Sra. "O" era el único ingreso familiar y en ese momento ella era la que se hacia cargo de él por lo que la Sra. "O" solicito el apoyo de la trabajadora social de la Fundación con el fin de que les apoyara a conseguir lo que el paciente X necesitaba para su tratamiento; para todo este proceso lo acompaño su abuela la Sra."O" ya que sus padres se encontraban separados y no cumplían con su responsabilidad, la Sra. "O" no contaba con el recurso necesario para brindarle la atención que el requería.

Actualmente otra de las necesidades del paciente X es el apoyo tanto moral como económico de ambos padres, debido a que en los dos aspectos solo cuenta con el apoyo de su madre ya que la relación y comunicación con su padre es muy distante y solo lo apoya en algunas ocasiones, económica y afectivamente.

❖ **Necesidades de los subsistemas dentro de la familia**

Las necesidades de los subsistemas son el que exista mayor comunicación entre los miembros, en especial de la Sra. "A" con el Sr." B" ya que son los padres del paciente X y el requiere del apoyo tanto económico como moral de ambos.

En cuanto a la relación del Sr. " D" con la Sra."A" es un poco tensa ya que no existe una relación positiva entre ellos lo que genera que el ambiente familiar sea negativo, generando como principal necesidad la comunicación entre la familia, para que la relación entre los miembros sea armoniosa, para esto se requiere el apoyo de cada uno de los miembros. Además que la relación de la Sra. "A" con el Sr. "B" no ha cerrado su ciclo de matrimonio ya que no han llegado a ningún acuerdo sobre el divorcio o el perdonarse ambos por sus actitudes lo que favorecería su comunicación a beneficio de sus hijos y a la relación por la que se encuentran actualmente ya que la principal necesidad de ellos es el apoyo de ambos padres y en especial el que establezcan buena relación y comunicación entre ellos para así tomar en cuenta las necesidades de cada uno de sus hijos y buscar los recursos sociales, económicos, afectivos y morales, para satisfacerlas, esto favorecería el proceso de la enfermedad del paciente X ya que su principal necesidad era el apoyo de su familia debido a que desde que le detectaron la enfermedad su abuela la Sra."O" fue su respaldo y era la única que se preocupaba por su bienestar, cuando comenzó a tener problemas en la vista fue la Sra."O" la que solicito el apoyo en la Fundación y en coordinación con la trabajadora social de la Fundación buscaban el recurso para satisfacer las necesidades de salud del paciente X como fue el implante de válvula; que a pesar de que este recurso fue adquirido el paciente X perdió la vista y en ese momento sus necesidades cambiaron como el recibir mayor atención y apoyo por parte de sus padres, hermanos y amigos.

❖ **Necesidades y problemas del sistema familiar**

La principal necesidad y problema en cada miembro de la familia es la comunicación entre ellos, para que así pueda haber una relación positiva, ya que la tensión dentro de la familia y el que no se dirijan la palabra entre los miembros, como es el caso del paciente X con el Sr."D" repercute negativamente dentro del ambiente familiar.

Se pudo detectar que el carácter del Sr."D" influye en que dentro de la familia no exista un ambiente armonioso y la comunicación se rompa entre los miembros, por comentario de algunos de los miembros de la familia se identifico que la Sra. "A" tiene temor a un nuevo fracaso, por lo que considera mejor callar la situación en la que se encuentra su familia y al momento de abordar en cuanto a la relación y comunicación entre los miembros se muestra molesta y descontenta de que se trate este tema.

Durante el proceso de la enfermedad del paciente X la abuela ha tenido un papel muy importante ya que a sido la que ha estado con él durante todo su proceso, pero debido a la situación que se vive dentro de la familia y el carácter del Sr. "D" la Sra."O" ya no lo visita solo a veces o cuando el Sr."D" no se encuentra en la casa debido a que no se dirigen la palabra la Sra."O" con el Sr."D" ; comenta la Sra."O" que cuando visitaba al paciente X la Sra."A" no la invitaba a pasar a la casa y llamaba al paciente X a que la saludara afuera de la casa, por lo que la Sra."O" decide no visitarlos y mejor el paciente X es el que la visita a ella.

Dentro de la familia su principal necesidad es la comunicación para que esto genere un ambiente armonioso y exista espíritu familiar dentro de ella.

De acuerdo a que a la metodología que se utilizo para la investigación del paciente X no abarcaba etapas en las cuales se pudieran proponer alternativas de solución a la problemática de la familia se vio la necesidad de incluir una de las etapas de la metodología de Etna Meave la cual es la siguiente:

5.4.- EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN SOCIAL

❖ Resultados que espera la familia

Al momento de realizar la investigación la familia en especial el paciente X comentan que les gustaría que se buscaran los recursos no tanto económicos sino sociales y familiares que favorezcan el desarrollo tanto social como familiar del paciente X; uno de ellos es el que el paciente X se capacite en alguna actividad en la cual no sea una limitante su perdida visual y le permita a él sentirse útil para su familia, la sociedad y en especial para él mismo.

Además de esperar resultados que favorezcan al paciente X, existe algo muy importante que le serviría a la familia para un mejor desarrollo como el que exista

mayor comunicación y relación entre los miembros en especial entre sus padres la Sra. "A" y el Sr. "B", para que así ambos compartan responsabilidades de sus hijos; además de que conozcan sus necesidades y puedan apoyarse entre sí.

❖ **Capacidad de la familia y el paciente para enfrentar el cambio**

En cuanto al paciente X tiene la capacidad suficiente para lograr un cambio que lo favorezca a él como persona y en especial a su familia, acudió al psicólogo por tres meses, comentando que sintió un gran cambio en su vida tanto familiar como personal; en cuanto al aspecto familiar se acercó más con su familia ya que a partir de que perdió la vista, se mostraba apático para con ella y en el aspecto personal trató de controlar las etapas del duelo ante su pérdida, además de crecer como persona al aprender que las personas valen por lo que son no por lo que tienen, mucho menos por una incapacidad que en este caso es visual.

La familia se observa un poco renuente al cambio ya que durante la investigación se observaron indispuestas a realizar algunas entrevistas o en algunos casos se desviaban del tema por lo que se tuvieron que cambiar algunas cuestiones que nos dieran respuesta a los datos que se necesitaban.

Definitivamente con el Sr. "D" no se logró hacer ninguna entrevista ya que no lo permitió además de que cuando se le preguntaba a la Sra. "A" sobre él no respondía o decía que no sabía.

En lo que respecta a los miembros de familia se puede decir que:

La Sra. "A" a pesar de la apatía que mostró hacia la investigación se considera que tiene la capacidad suficiente para enfrentarse al cambio, únicamente requiere sensibilizarse de la importancia que tiene el lograr un cambio dentro de la familia.

En cuanto al Sr. "D" no se tuvo la oportunidad de establecer comunicación con él debido a que no se dio acceso a ninguna entrevista, pero al igual que la Sra. "A" se le puede sensibilizar sobre la importancia que tiene la buena relación y comunicación entre los miembros de la familia.

Con el Sr. "B" no se tuvo la oportunidad de establecer comunicación debido a que vive en otro domicilio el cual no fue otorgado, pero se considera que tiene la capacidad para enfrentarse al cambio hacia su familia pero se debe implementar una previa sensibilización sobre la importancia de dicho cambio.

Con “J” y “K” no se estableció ninguna relación toda la información de ellos fue otorgada por la Sra. “O” y “A” , sin embargo se pueden incluir en las estrategias para el cambio que se implementaran con los demás miembros de la familia.

La Sra. “O” ha sido una parte importante dentro de la familia ya que se hizo cargo del paciente X desde que nació; además de que cuando se realizó la investigación se mostró muy accesible, considerando que tiene la capacidad necesaria para enfrentar un cambio que favorezca a la familia.

❖ **Recursos de la familia para ese cambio**

El principal problema de la familia del paciente X es la falta de comunicación y buena relación entre los miembros , para intervenir en esta problemática se considera necesario un terapia familiar con el paciente X, la Sra. “A”, el Sr. “B” y el Sr. “D”; en especial la Sra. “A” con el Sr. “B” para que aclaren su situación tanto como la pareja que fueron y como padres para que queden las cosas claras entre ellos lo que favorecería el proceso de la enfermedad del paciente X y la calidad de vida de sus hermanos “H”;“I”; y “J”;ya que ambos brindarían la atención necesaria a ellos, lo que serviría para cerrar el ciclo de matrimonio para la familia, al igual se trabajaría con el Sr. “D” y la Sra. “A” a fin de sensibilizarlos sobre la importancia que tiene la comunicación entre los miembros de una familia, además de que el paciente X participaría con ellos en la terapia a fin de mejorar su relación.

Para que se pueda realizar lo antes mencionado se considera que la familia cuenta con los siguientes recursos :

Recursos económicos ya que ambas partes tanto “A” como “D” reciben un ingreso económico del cual pudieran destinar una parte para la terapia, el Sr.“B” también recibe un ingreso económico del cual pudiera destinar una parte para la terapia.

En lo que respecta a la disposición que tendrían los miembros se considera que para todas las partes se requiere una previa sensibilización sobre la importancia que tiene el que participen en la terapia y los beneficios o el cambio que obtendrían si participan; el que se comportaría un poco renuente a la terapia sería el Sr. “D” ya que tiene un carácter especial , por lo que sería más difícil su sensibilización.

En cuanto al tiempo se tomarían en cuenta de los horarios de trabajo de cada uno de los miembros para que puedan participar siempre y cuando haya disposición de su parte.

❖ **Fuerzas y limitaciones de la familia y el paciente para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas.**

Fuerzas para satisfacer necesidades

- Actualmente la mamá la Sra. "A" participa en el control y tratamiento de la enfermedad del paciente X, ya que hace tres meses tuvo complicaciones en el riñón, generándole graves problemas de salud, para lo que por parte del ISSSTE lo canalizaron a Morelia y tenía que ir dos veces por semana y la Sra."A" es la que lo lleva a las consultas además de que se preocupa por que lleve su tratamiento como debe de ser y no pierda ninguna de las consultas; desde diciembre le cambiaron las consultas cada mes y aún sigue llevándolo la Sra."A", cuando las citas son entre los días de la semana pide permiso en la escuela para faltar ese día.
- A pesar de que la familia esta separada establece buena relación la Sra."A" con sus hijos, un poco menos con su hijo "H" , pero en cuanto a la relación entre hermanos es positiva ya que tratan de ayudarse unos a otros, tomando en cuenta que en algunas ocasiones el paciente X discute con su hermano "H" ya que a veces bebe demasiado alcohol y el paciente X le llama la atención y "H" se molesta con él.
- La relación de su padre con el paciente X y sus hermanos a pesar de que es distante, es positiva ya que ninguno tiene problema con él, aunque se ven esporádicamente cuando lo hacen es con gusto, y acostumbran a ir a pasear o a comer juntos generando entre ellos un ambiente armonioso lo que beneficiaría a la familia.

Limitantes para satisfacer necesidades

- Debido al carácter del Sr. "D" genera que la familia no mantenga una buena comunicación; para lo que se trataría de darle a entender la importancia que tiene la comunicación y la buena relación con cada uno de

los miembros dentro de la familia. La conducta del Sr. "D" no favorecería al cambio, además de que somete a la Sra. "A".

- El conformismo y el temor de la Sra."A" a un nuevo fracaso no favorece para un desarrollo integral de la familia lo que sería una limitante al cambio; para esto se lograría sensibilizarla sobre la importancia de la familia y que debe pensar un poco más en el beneficio de ella y en especial de sus hijos.
- Otra de la limitantes es que la relación entre la Sra. "O" y el Sr. "D" es negativa debido al rechazo de él hacia ella.
- Además de que no dedica tiempo para relacionarse y convivir con la familia.

La familia no identifica que su principal problema esta en el funcionamiento de la familia por la mala relación y comunicación que existe entre los miembros y es lo que los limita para generar un cambio dentro de la familia.

A través de esta investigación se pudieron identificar una serie de problemáticas y necesidades tanto sociales como familiares del paciente X; a la vez se lograron identificar las fuerzas y limitantes para generar un cambio dentro de la familia que de beneficios a la familia y al paciente X en todos los aspectos en especial en la comunicación.

ANÁLISIS

De acuerdo a la investigación realizada se puede determinar que la diabetes es una enfermedad la cual provoca grandes alteraciones en el organismo esto debido a que la insulina no funciona como debe de ser lo que ocasiona complicaciones en el organismo, en algunos casos la insulina que se produce es insuficiente para el funcionamiento del páncreas lo que provoca la diabetes tipo II que esta se presenta principalmente en los adultos, en otros casos no se produce insulina debido a la destrucción progresiva de esta hormona a esto se le conoce como diabetes tipo I y lo presentan los niños.

Para el tratamiento de la diabetes la participación de la familia es muy importante ya que esta es la unión básica y fundamental en la cual sus miembros interactúan entre sí, en donde la persona busca refugio y apoyo a sus problemas, esto dependiendo del tipo de familia ya sea nuclear, tradicional, monoparental o recompuesta.

La familia tiene diferentes funciones dentro de la sociedad como identificación entre los miembros, socialización entre ellos, solidaridad económica y la reglamentación en los roles familiares y la sexualidad; para esto se deben cumplir diferentes etapas dentro del ciclo vital de la familia como la constitutiva, procreativa, de dispersión y familiar final.

Como se menciona anteriormente la diabetes es una de las enfermedades que mayores complicaciones presenta en este caso se maneja la pérdida visual en el caso del paciente X para el tratamiento de estas complicaciones existen muy pocas instituciones que atienden a personas de escasos recursos como es el caso de la fundación Oftalmológica la cual es una institución privada pero sin fines de lucro, la cual solo busca apoyar a las personas que lo necesitan.

El trabajador social dentro de la Fundación juega un papel muy importante ya que es el que consigue el recurso económico o material para los pacientes, así como orientarlos sobre los problemas de salud que presenten los pacientes y el apoyo que debe brindar su familia, como es el caso del paciente X del cual se pudo identificar lo siguiente:

La familia del paciente X es de tipo recompuesta ya que dentro del matrimonio de la Sra. "A" con el Sr. "D" viven los hijos del matrimonio anterior de la Sra. "A" .

Dentro del ciclo vital de la familia se encuentran en la etapa procreativa ya que hay niños pequeños e hijos adolescentes.

En lo que respecta a las funciones sociales que no cumple la familia del paciente X en la sociedad son: la socialización de individuos y la identificación personal esto es debido a la falta de comunicación entre ellos y además de no llevar una buena relación como familia, de esa forma es con la que se socializan , tomando en cuenta estos aspectos es que los miembros de la familia no se sienten identificados entre ellos como lo que son.

Las función social que cumple la familia es la solidaridad económica esto quiere decir que en cuanto a la situación económica de la familia es estable ya que ambos padres trabajan y aportan a los gastos del hogar lo que les permite no tener necesidades hablando económicamente.

La jerarquización de roles dentro de la familia se identifico como el patriarcal en donde el padre manda a la esposa y ella transmite las ordenes a los hijos y estos según las edades cumplen y traspasan los mandatos, esto se logro identificar a través de la investigación.

Los principales problemas y necesidades en la familia del paciente X es la falta de comunicación y buena relación entre los miembros, lo que genera un descontrol para la familia ya que cuando están todos en casa cada uno retoma sus actividades y no se dirige la palabra, la familia dentro de la sociedad juega un papel muy importante más cuando uno de los miembros sufre de alguna incapacidad se necesita el apoyo y comprensión de toda la familia.

La relación entre los miembros de la familia es otro de los problemas que se presentan debido a que por la diferencia de ideas y formas de ser el paciente X no se dirige la palabra con el Sr. "D" , por el carácter voluble de él.

Una de las etapas o situaciones más importantes en la vida del paciente X y su familia es la separación de sus padres el Sr. "B" y la Sra. "A" algo que afecta rotundamente la vida del paciente.

Dentro de las etapas importantes en la vida del paciente es cuando pierde la vista a los 24 años para su abuela la Sra. "O" enseguida lo llevo a la fundación oftalmológica en donde fue atendido por uno de los médicos, pero lo mandaron directamente con la retinologa para ver si se podía hacer algo por el ojo derecho ya que en el izquierdo había perdido la vista totalmente, todo esto traía como antecedente de que el no se había cuidado como era, debido a que era muy pequeño cuando le detectaron dicha enfermedad y no la aceptaba y hasta la fecha no la acepta por lo tanto el tratamiento no lo llevaba correctamente lo operaron con LASSER y logro recuperar un poco la vista en el ojo derecho, pero al mes presento de nuevo problemas con ese mismo ojo por lo que lo llevaron de nuevo con la retinologa, ella les comunico que se necesitaba un implante de válvula debido a que la presión del ojo era muy alta y se comenzaba a presentar el Glaucoma y tenia que ser atendido inmediatamente, enseguida la Sra."O" acude a la Fundación oftalmológica a hablar con la trabajadora social para gestionar un apoyo para el implante de válvula, ya que ella no contaba con el recurso económico para lo que el paciente X requería y sus padres no lo apoyaban económica, ni moralmente por lo que se le brinda el apoyo , la Sra. "O" y el paciente X acuden de nuevo con el oftalmólogo de la fundación y aún veía poca luz, sombras y bultos, a la semana le ponen el implante de válvula pero no se pudo hacer nada perdió la vista total de ambos ojos, sucediendo esto en octubre del 2005; lo que hizo que el autoestima del paciente X se deteriorara, sin embargo su abuela hacia hasta lo imposible para que recuperara su vista nuevamente debido a la perdida física en la que se encontraba paso por las etapas de negación y no aceptar la realidad que había perdido la vista lo que lo llevo a la depresión; durante todo su proceso únicamente contaba con el apoyo de su abuela, ya que sus padres no se preocupaban por él, ni moral ni económicamente; actualmente su mamá la Sra. "A" es la que le ha brindado su mayor apoyo tanto económico como moral al paciente X .

CONCLUSIONES

Con base a la investigación realizada y después del análisis se considera que se a logrado el objetivo general el cual fue planteado de la siguiente manera: “Realizar una historia social de una familia con un miembro con perdida visual a consecuencia de la diabetes, con la finalidad de identificar las repercusiones sociofamiliares que trae consigo esto ”, a través de esto se logro detectar que la familia es un punto importante en la vida de una persona con cualquier enfermedad en este caso la diabetes ya que depende del apoyo que le brinde la familia al enfermo así será su pronta recuperación y una vida estable, ya que de no ser así puede haber repercusiones morales, sociales y familiares para la persona; como es el caso del paciente X el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes.

A su vez los objetivos específicos fueron alcanzados ya que se delimitó la manera en que se ve afectado socialmente el paciente X con perdida visual, de acuerdo a los resultados obtenidos se logro determinar este aspecto, no pudo desarrollarse laboralmente como él tenia planeado ya que no pudo terminar sus estudios y desarrollar alguna actividad que lo beneficiara económicamente, lo que hacia que él no se sintiera útil para su familia y para el mismo. Pero la Sra. “A” a partir de que el paciente X perdió la vista lo apoya económica , social y afectivamente.

En lo que respecta a la estructura de la familia se identificaron a cada uno de los miembros que la forman , las actividades que realizan así como la relación que tienen como familia se detecto que son negativas debido a que el paciente X con su padrastro el Sr. “D” no tiene comunicación alguna, la relación entre la Sra. “A” con el Sr. “D” es tensa y complicada lo que hace que el ambiente familiar sea pesado y tenso, lo que hace que el problema del paciente X no tenga mejoría; en esta investigación se logro detectar que la familia no tuvo una participación plena en el tratamiento para la diabetes del paciente X ya que sus cuidados inadecuados fueron el motivo principal de su perdida visual además de que no contaba con la atención adecuada por parte de sus padres y su abuela fue la que retomo el papel de madre y responsable del paciente X.

A partir de que le detectaron la enfermedad que fue a los trece años la familia no considero la importancia que tenia el que el paciente X llevara su tratamiento adecuadamente, además de que por su corta edad se mostraba renuente a su

tratamiento haciendo lo contrario a lo que le indicaban lo que tuvo como consecuencia la perdida visual y actualmente insuficiencia renal.

A través de la investigación se logro identificar algunas de las repercusiones tanto sociales y familiares en el desarrollo y funcionamiento de la familia con un miembro con perdida visual a consecuencia de la diabetes

Las repercusiones sociales y familiares que ha sufrido el paciente X son:

Repercusiones sociales:

No puede desarrollar una actividad con la cual pueda obtener ingresos económicos, además de que no pudo terminar sus estudios por la deficiencia visual que presentaba.

Repercusiones familiares:

No puede participar como proveedor económico dentro de la familia, emocionalmente se siente dependiente económicamente de su familia ya que el no puede colaborar en ese aspecto.

Otra de las repercusiones familiares es la falta de comunicación entre los miembros de la familia.

Cambio la vida de los miembros de la familia, sobre todo para su mamá ya que ahora decidió hacerse cargo de él, lo que le contrae mayor responsabilidad.

Una vez realizada la investigación se puede determinar que la familia es una parte principal para toda persona, sobre todo cuando padecen alguna enfermedad crónica, en este aspecto la familia debe tener gran participación en cuanto al tratamiento de la persona, ya que de no cumplir con el tratamiento debidamente puede traer una serie de complicaciones.

De acuerdo a lo antes mencionado se logro identificar que el marco teórico conceptual que se manejo como base para realizar la investigación fue de gran utilidad y apoyo para llevar a cabo el capitulo de campo en el cual se investigan las repercusiones sociofamiliares del paciente X el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes.

Para la elaboración de la investigación se aplicó una cédula de entrevista a los miembros de la familia del paciente X, pero debido a que algunos de los miembros se mostraron desinteresados a la investigación no se pudo aplicar la cédula de entrevista con esas personas, así es que se tuvo que obtener la información de ellos por terceras personas.

PROPUESTA

1.- Denominación del proyecto

Formar un equipo interdisciplinario entre un Terapeuta, un Psicólogo y un Trabajador social con la finalidad de intervenir en la familia del paciente X y mejore la relación y comunicación entre ellos.

2.-Descripción del proyecto

Dentro de una familia existen una serie de problemáticas como son la falta de comunicación y una buena relación entre los miembros, lo que lleva a que su ambiente familiar sea tenso y negativo, considerando que dentro de la familia uno de los miembros tiene una actitud negativa para con los demás lo que lleva a que su comunicación se deteriore.

Por tal motivo se considera importante el llevar a cabo una terapia familiar entre un equipo interdisciplinario la cual beneficiará la comunicación y buena relación entre los miembros.

Además de que a través de esta terapia se ayudaría a que la Sra. "A" mamá y el Sr. "B" papá cierren el ciclo de su matrimonio y no haya más problema con el Sr. "D", ya que sería algo que beneficiara también al tratamiento del paciente X y ayudaría a satisfacer las necesidades básicas como: económicas, sociales y en especial afectivas de su hijos que son: "H"; "I" y "J" .

Para dicha terapia participarían la Sra. "A" mamá, el Sr. "B" papá, el Sr. "D", el paciente X, sus hermanos "H"; "I" y "J".

El trabajador social identificará los problemas y necesidades de cada uno de los miembros para transmitirlos al psicólogo y el trabajo con ellos respecto a esos problemas y así el terapeuta pueda realizar una terapia con todos los miembros de la familia dándose una integración entre ellos generando una buena relación y comunicación.

3.-Justificación

Con base a la investigación realizada se pudo detectar que la familia es la unión básica y fundamental en la cual sus miembros interactúan entre sí, tiene una serie de objetivos como el de lograr la participación de sus miembros entre sí, organizar y planificar las tareas para lograr los objetivos así como generar una ayuda mutua entre ellos.

Como es el caso del paciente X el cual perdió la vista a consecuencia de la diabetes, actualmente vive con su madre y padrastro formando una familia recompuesta con funciones y actividades determinados.

La principal problemática dentro de la familia del paciente X es la falta de comunicación y buena relación entre los miembros, ya que con base a la investigación se pudo rescatar que el paciente X y el Sr. "D" no se dirigen la palabra.

Por tal motivo se considera de vital importancia el que se forme un equipo interdisciplinario que participe con los miembros de la familia con la finalidad de que se mejore la relación y comunicación entre los miembros. Además de esto se favorecería el desarrollo y tratamiento de la enfermedad del paciente X , lo que también ayudaría a que el duelo de la perdida visual sea más rápido.

4.-Objetivos

Objetivo general: Formar un equipo interdisciplinario entre un Terapeuta, un Psicólogo y un Trabajador social con la finalidad de intervenir en la familia del paciente X y mejore la relación y comunicación entre ellos.

Objetivos específicos:

- ✓ Formar un equipo interdisciplinario entre un Trabajador social, un Terapeuta y un psicólogo.
- ✓ Sensibilizar a los miembros de la familia sobre la importancia que tiene el que participen en la terapia y los beneficios que ellos obtendrían.
- ✓ Lograr que haya comunicación entre el Sr. "D" y el paciente X.
- ✓ Que la Sra. "A" y el Sr. "B" cierren el ciclo de su matrimonio a fin de que ambos les brinden la atención necesaria a sus hijos.

- ✓ Que la relación entre la Sra. "A" y el Sr. "D" no sea tensa y negativa al contrario que su relación se positiva para que el ambiente familiar sea positivo y armonioso.
- ✓ Mejorar la comunicación y relación entre cada uno de los miembros de la familia.

5.-Metas

- Lograr formar un equipo que sirva de apoyo a la familia
- Lograr que el ambiente familiar sea positivo y armonioso dentro de la familia del paciente X.
- Que el cambio dentro de su familia favorezca el tratamiento y control de la enfermedad del paciente X.

6.-Cronograma de actividades

Actividad	Fecha
Coordinarme con un psicólogo y un terapeuta familiar para que trabajen con la familia .	4 de marzo
Sensibilizar a cada uno de los miembros de la familia y darles a conocer la importancia y los beneficios que obtendrían si participan en la terapia.	11 de marzo
El trabajador social reunirá a los miembros para darles a conocer lo que es la familia, los roles de cada uno de los miembros así como las funciones de la familia dentro de la sociedad.	18 de marzo
Inicio de la terapia con el paciente X para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	25 de marzo
Inicio de la terapia con la Sra. "A" para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	1 de abril
Inicio de la terapia con la Sra. "B" para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	7 de abril

Inicio de la terapia con la Sra. "D" para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	8 de abril
Inicio de la terapia con "H" para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	15 de abril
Inicio de la terapia con "I" para identificar su problemática y transmitirla al psicólogo	22 de abril
Evaluación de las terapias realizadas con los miembros de la familia	29 de abril
Inicio de las terapias de los miembros de la familia (paciente X, "A", "B", "D", "H", "I" y "J") con el psicólogo	5 de mayo
Evaluación de las terapias realizando una visita domiciliaría para identificar los resultados que esta teniendo la terapia.	12 de mayo
Terapia de todos los miembros de la familia con el terapeuta familiar.	19 de mayo
Realizar la evaluación con una visita domiciliaría para identificar los resultados que tuvieron las terapias en general	26 de may

7.-Funciones y actividades de trabajo Social:

COORDINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con un psicólogo y un terapeuta familiar para formar un grupo interdisciplinario.
SENSIBILIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Generar el interés en los miembros de la familia por participar en el proyecto.
ORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a los pacientes en su problemática.
GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar para que los honorarios de los profesionistas sea menor.
SUPERVISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar que las terapias tengan un buen resultado y beneficio para la familia. ▪ Realizar visitas domiciliarias para supervisar los cambios que haya tenido la familia con las terapias.
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la dinámica familiar por medio de la terapia familiar. ▪ Destacar la relación que existe entre cada uno de los miembros de la familia. ▪ Realizar entrevistas con los miembros de la familia para investigar los resultados que se están obteniendo.

8.-Determinación de recursos:

Recursos Humanos	Recursos materiales	Recursos técnicos
1 Terapeuta familiar	Material para las terapias	1 salón donde realizar las terapias
1 trabajador social		
1 psicólogo		
La familia		

9.-Presupuesto

CANTIDAD	MATERIAL	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	AHORRO POR GESTION
1	Terapeuta familiar	\$200 por cada terapia	10 sesiones \$2,000	Se gestionara para que el costo sea menor
1	Trabajador social	\$2,500	\$2,500	
1	salón para las terapias.			Se gestiona con la Universidad para que se me preste un salón en el cual se lleve a cabo la terapia.
1	psicólogo	\$200 por cada terapia	10 sesiones \$2,000	Se gestiona una parte del recurso con el psicólogo que lleve a cabo la terapia y la otra con la familia para que se cubra el gasto.

10.-Evaluación

Para evaluar que la terapia este generando un cambio dentro de la familia, se realizaran visitas domiciliarias, utilizando la cédula de entrevista y la observación, además realizar un diario de campo después de cada terapia para detectar los factores que se están cumpliendo o los que no y de ser necesario cambiar algunos aspectos que no estén dando resultado. Para realizar la evaluación a través de la observación se tomara como eje principal la forma en la que cambia la estructura de la familia y de hay se destacaran la dinámica familiar, función y desarrollo de la familia, así como la relación que mantienen cada uno de los miembros durante la terapia.

Para realizar la evaluación se aplicará la siguiente:

CÉDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO.- Identificar los cambios que a tenido la familia a causa de la terapia familiar

1.- ¿Cuál es su nombre?

2.- ¿Qué es para usted su familia?

3.- ¿Considera necesaria la terapia que se le esta brindando?

4.- ¿Considera que la terapia le ha brindado beneficios positivos a su familia?

5.-¿La terapia que se le brinda esta cumpliendo con sus objetivos?

6.- ¿ El terapeuta familiar trabaja de la manera adecuada?

7.- ¿ Considera que la intervención del trabajador social es la adecuada?

8.- ¿Cuáles son los cambios que usted considera que ha tenido su familia con la terapia familiar?

9.- ¿ Qué sugerencias tiene para mejorar la terapia?

¡GRACIAS!

BIBLIOGRAFIA

Ander-Egg Ezequiel Diccionario de trabajo Social Editorial Ecro, Argentina, 1974

Ander-Egg Ezequiel Metodología y Práctica del desarrollo de la Comunidad Editorial El Ateneo, México, 1990

Dolger Henry y Seeman Bernad Como vivir con la diabetes Editorial Diana, México, 2000

Eroles Carlos Familia y Trabajo Social Editorial Espacio, Argentina, 2001

Facultad de Trabajo Social de Monterrey Nuevo León Antología de la teoría de Trabajo Social IV Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1998

Gómezjara A. Francisco Sociología Editorial Porrúa, México, 2000

Garza Gutiérrez Enrique La salud y el Bienestar Editorial Orvit, México, 2000

Gómez Pérez Francisco Javier Actualidades Terapéuticas de la diabetes Editorial Aventis, México, 2005

Krall P. Leo Manual de Diabetes Joslin Editorial Continental, México, 1995

Kisnerman Natalio Salud Pública y Trabajo Social Editorial Humanitas, Argentina, 1983

Leñero Otero Luis La Familia Editorial A.N.U.I.E.S., México, 1976

Michon Josheh Manual de los ojos Editorial Doyma, México, 2001

Meave Etna Manual de Trabajo Social de casos Editorial ETME, México, 2000

O CONNOR Nancy Déjalos ir con amor Editorial Trillos, México, 2003

Sánchez Rosado **Manuel Manual de Trabajo Social** Editorial Méndez , México, 1997

REVISTAS:

Terán Trillo Margarita **Revista de Trabajo Social #37** Editorial Escuela de Trabajo Social UNAM, México D.F., 1989

Anexo 1
DESGLOSE DE VARIABLES

SITUACIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE X

- a) Estructura de la familia
- b) Funcionamiento de la familia
- c) Desarrollo de la familia

SITUACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE X

- a) Antecedentes culturales {
 - Raza
 - Religión
 - Idioma
- b) Relación con la comunidad o vecindario
- c) Aspectos económicos y laborales

**Anexo 2
ESTUDIO SOCIAL**

1^{era} VISITA

VISITA EXPLORATORIA

- ❖ Observar su entorno social y físico
- ❖ Primer contacto con la familia y paciente

**2^a VISITA
IDENTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE MATRIMONIO	RELIGIÓN	RAZA	IDIOMA

➤ COSTUMBRES

➤ TRADICIONES

FECHA:

ELABORADO POR: PLTS. LUCINA GISSEL LOPEZ SANCHEZ

3 era VISITA

II.- LA FAMILIA COMO SISTEMA

A.-ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

1.- Integrantes de la familia

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

2.- ¿Cuál es la relación entre padre y madre?

3.- ¿Cuál es la relación entre padre-hijos?

4.- ¿Cuál es la relación entre madre-hijos?

5.- ¿Cuál es la relación entre familiares con la familia y paciente?

6.- ¿Cuál es la relación entre hermanos?

7.- ¿Quién toma decisiones dentro de la familia?

8.- ¿Quién da la última palabra?

9.- ¿Existen reglas para mantener el sistema familiar?

10.- ¿Tienen un espacio para convivir en familia?

4ª VISITA
ESTATUS SOCIECONÓMICO

Nombre:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Sexo:

1.- Integrantes de la familia

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

2.- Su vivienda es:

a) rentada b) propia c) prestada

3.-¿De que esta construida su vivienda?

Paredes a) tabique b) madera c) cartón d) adobe otros _____

Techos a) concreto b) lámina de cartón c) lámina de asbesto

Piso a) Vitropiso b) cemento c) tierra otros _____

4.-Número de cuartos de la vivienda _____

Cuenta con:

Cocina ___
Sala___
Comedor ___
Habitaciones___
Baños_____

5.-Cuenta con:

- a) Licuadora _____
- b) Plancha _____
- c) Estufa _____
- G) televisión _____
- d) microondas _____
- e) refrigerador _____
- f) DVD _____
- otros _____

6.-¿Tiene automóvil? Si _____ No_____

- a) Propio _____ modelo _____
- b) Prestado _____ marca_____

7.-INGRESOS

¿Quién aporta dinero al hogar?

NOMBRE/ PARENTESCO	CANTIDAD \$

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES :\$ _____

5ª VISITA

RELACIÓN PARA CON LA COMUNIDAD

1.- ¿Cuál es la relación entre los vecinos con la familia?

2.- ¿La colonia cuenta con algún comité?

3.- ¿Cuándo es la fiesta de la colonia?

4.- ¿Cuál es su participación en ella?

5.- ¿La colonia cuenta con todos los servicios?

a) Alumbrado público

d) Tele cable

b) Agua

e) Teléfono

c) luz

f) Internet

6.- ¿Que instituciones existen dentro de la colonia?

a) Educativas () cuales:

b) De gobierno () cuales:

c) recreación () cuales:

7.- ¿Cuál es la relación que tiene el paciente con su familia?

TIOS:

ABUELOS:

PRIMOS:

NOVIA O PAREJA:

SOBRINOS:

CUÑADOS:

6ª VISITA

FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

- 1.- ¿Existe comunicación entre la familia?

- 2.- ¿Se distribuyen las tareas del hogar?

- 3.- ¿Cuál es el papel que juega cada quien dentro de la familia?

- 4.- ¿Cuándo existe algún problema se apoyan entre todos?

- 5.- ¿Se demuestran el amor o cariño constantemente entre los miembros de la familia?

PACIENTE

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

1.- ¿A que edad detectaron la enfermedad?

2.- Desarrollo de la enfermedad

3.- ¿Cuáles fueron los cambios sociales y familiares que se tuvieron a partir de que se detecto la enfermedad?

- ❖ La relación con la familia fue la misma o de que manera cambio
- ❖ La vida laboral cambio (a que se dedicaba)
- ❖ Los vecinos te seguían tratando de la misma manera
- ❖ Cual era el apoyo de tu familia
- ❖ Que etapas pasaste para aceptar tanto la enfermedad como las consecuencias
- ❖ Tu familia participo en el transcurso de tu vida y tu enfermedad

7ª VISITA
DESARROLLO DE LA FAMILIA

1.- ¿Cuál ha sido uno de los mejores o peores momentos en la vida de la familia?

SUCESOS IMPORTANTES DE LA FAMILIA

SUCESOS IMPORTANTES DEL PACIENTE