



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8
"SAN ANGEL"

"ALTERACIONES EN LA PSICODINAMIA
FAMILIAR DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. DANIEL HERNANDEZ PEREZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENERO DE 1984



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.

I N D I C E :

	Pág.
1) INTRODUCCION	1
2) ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
4) HIPOTESIS	9
5) OBJETIVOS	9
6) PROGRAMA DE TRABAJO	10
7) FAMILIOGRAMAS	11
8) RESULTADOS	20
9) ANALISIS DE LOS RESULTADOS	73
10) CONCLUSIONES	80
11) BIBLIOGRAFIA	83

I N T R O D U C I O N

Actualmente en la vida de las familias, la situación de encontrarse - un miembro de la misma, con alguna alteración que interrumpa el equilibrio de la salud; llámese en este caso Diabetes Mellitus, como bien puede ser pacientes portadores de Cáncer, Cardiopatías, Desnutrición, etc.; de una u otra forma podemos observar que la dinámica de la familia, se altera en poco ó mucho, tomando en cuenta que es de gran importancia la situación económica y el nivel socioeconómico en la que dichas familias se desenvuelven

Si en alguna ocasión, las familias que se encuentran con dichas alteraciones, pudieran entender cada uno de los miembros; por las angustias - que pasan los pacientes y poder ayudarlo en alguna forma que los haga sentirse Psicológicamente bien, por las actitudes temidas hacia ellos. El estudio que se realizó en este escrito se encuentra estampado, siempre con la meta de poder indagar cuáles eran los problemas más frecuentes en la Psico-dinámica familiar y poder llegar de lo implícito a lo explícito y si existen maneras que de una u otra forma, pudieran ayudar al paciente para encontrarse integrados al núcleo familiar, lo que fue visto que solo bajos porcentajes en realidad tienen interés, en proporcionar el cuidado y afecto que requieren estos pacientes, ya que es identificado en ellos que los miedos básicos (angustia depresiva, angustia persecutoria) que son coexistentes en ellos, y que se hacen más notorios cuando con otra alteración, como el tener hijos ó esposo, con otra enfermedad, como se observaron en algunas familias con más problemas coexisten el uno con el otro, así también es importante el mencionar que algunos familiares han presentado complicaciones diabéticas, las cuales quedan fijas en la mente del paciente y que les crea temor de que algún día puedan terminar en las mismas condiciones.

El método que se utilizó fue el abordaje grupal familiar, donde el Médico se introduce, vive y siente cómo el mundo de la problemática familiar es grande y que la mayor parte de las familias se encuentran dentro de una relación insatisfactoria estable por miedo al cambio, a perder lo que aparentemente ha ganado durante su existencia.

II.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

1.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad metabólica, caracterizada por un trastorno en la formación de la insulina y utilización del azúcar en el organismo, la glucosa penetra defectuosamente en las células y se reducen en el seno las combustiones energéticas intracelulares preparadas por la glucosa, la consecuencia de ello es la inundación de azúcar en los tejidos intersticiales y en la sangre. (1)

La primera descripción de la enfermedad se encontró en los Papiros de Ebers en Egipto 1500 A.C., Aretaus y Celsus médicos romanos de los primeros años de nuestra era, le dieron el nombre de Diabetes - (del Latín Sifón), definiéndola como "Enfermedad en que la carne de los miembros se disuelve y se va por la orina", Thomas Willis en 1674 advierte el sabor dulce de la orina y le adjudica el nombre de Mellitus (del Griego Miel). En el año de 1775 M. Dobson demostró la presencia de azúcar en la orina; los estudios más modernos de la Diabetes sacarina, se iniciaron con Claude Bernard descubridor de la glucosuria, Esto fue en el año de 1847. En 1869, Langerhans descubrió los islotes que más tarde recibieron su nombre. La clínica del proceso fue esclarecida por Nawrin y su escuela (Diabetes Experimental) V. Mering y Hinkowski en 1889 reprodujeron el cuadro clínico de la enfermedad al extirpar el páncreas a perros normales), Emil Fisher, proporcionó la explicación fundamental sobre la química de los hidrocarburos Banting y Best, en 1921 obtienen mediante procesos químicos la insulina. En 1956-1959 Sanger precisa la estructura exacta de la insulina y la secuencia de los aminoácidos que la componen. Actualmente se dispone de insulina artificial.

Franke en 1954, inicia la terapéutica con sulfonilureas por vía oral; en 1960 Berson y Yalow introdujeron la técnica inmunológica de cuantificación plasmática de la hormona. (1,2,3)

EPIDEMIOLOGIA Y HERENCIA:

Es una enfermedad mundial y puede afirmarse que el 2% de la población la padece, solo el 55% son detectados clínicamente y/o por métodos de laboratorio, el resto es diagnosticado de 1 a 1.5% cada año en el siglo XVII (1686), R. Morton establece el carácter hereditario del paciente posteriormente se menciona la predisposición genética, en 1935 - Pincus y White concluyen que la Diabetes es heredada como un carácter autosómico recesivo y Noel más tarde postula carácter hereditario multifactorial. Lo anterior más factores ambientales extrínsecos: como la alimentación, las costumbres, la obesidad, estrés emocional y físico, etc. y los factores intrínsecos: penetración del Gen transmisor, infecciones, trastornos endocrinológicos asociados. Por esta razón debe de considerarse en un paciente antecedentes y número de pacientes diabéticos dentro de una familia, así como los factores extrínsecos e intrínsecos. Un dato importante en favor al índole hereditario de la D.M. se observa en la concordancia de gemelos idénticos y en la descendencia de dos diabéticos. (1,3)

CLASIFICACION DIABETES MELLITUS.

1. - DIABETES MELLITUS

Se divide en:

TIPO I. - IDDM (Diabetes dependiente de la insulina): Etiología ambientales ó adquiridos (HLA).

TIPO II. - NIDDM (Diabetes Mellitus no dependiente de la insulina).

- a) Con obesidad
 - b) Sin obesidad
- Etiología= herencia dominante.

TIPO III. -Otros tipos:

- a) Causa pancreática
- b) Por enfermedades endócrinas.
- c) Por medicamentos
- d) Alteraciones del receptor
- e) Síndrome genético
- f) Acompañados de desnutrición. (4)

CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES.

a) *Macroangiopatía.* - Que afecta a vasos de mediano y grueso calibre entre los cuales tenemos.

A- *Arterioesclerosis.* - Presencia de placas de lípidos en la íntima de las arterias.

B- *Esclerosis Medial Calcificada tipo Monckeberg.* - Puede presentarse independiente o acompañada de arterioesclerosis consiste en pequeños gránulos de calcio en el estroma de la capa muscular media de las arterias.

b) *Microangiopatías* afecta a pequeñas arterias y capilares.

A. - *Retinopatía Diabética.*

B. - *Nefropatía* "

C. - *Neuropatía* "

D. - *Pie Diabético.*

c) *Cetodacidosis Diabético.*

d) *Coma hiperosmolar hipergluémico no acidótico*

e) *Acidosis Láctica. (1,2,3)*

TRATAMIENTO.

Este solo se refiere al paciente estable:

- 1.- Dieta. - se debe llevar a cabo dieta de 35 a 40 calorías por kg. de peso por día, con actividad física moderada; de 30 calorías con - ejercicio mínimo del paciente, y de 20 a 30 calorías si el paciente es obeso y desea elevarse a su peso ideal. Las proteínas deben ser de 1.5 grs. por kg. de peso, el resto de calorías necesarias se otorgará con grasas.
- 2.- Sulfonil. - Ureas. - Tenemos dentro de estos productos la Tolbutamida glibenclamida y otros, los cuales favorecen la síntesis y liberación de insulina. aumentan la acción del 3',5' AMP cíclico, también se ha observado: disminución de la neoglucogénesis y la glucogenólisis, disminución de la insulina cuando se administra en dosis muy grandes, - reducción de los niveles de Ac. grasos libres de plasma antes de que se aprecie cambio en los niveles de glucosa.
- 3.- Biguanidas. - Fenformín. - Su acción es: disminuye la gluconeogénesis hepática y la producción de glucosa en el hígado, aumenta el consumo de glucosa en el tejido muscular por vía anaeróbica y por inhibición de enzimas oxidativas y disminución de la absorción de la glucosa a nivel de la mucosa intestinal.
- 4.- Insulina. - Se utiliza a dosis respuesta, cuando los hipoglicemiantes orales no ejercen los efectos deseados, así también es útil en la forma juvenil, en el adulto se utiliza en estados de descompensación. [1,2,3]

FACTORES PSICOLÓGICOS EN EL DIABÉTICO

Anderson B.J. Auslander W.F. menciona que es importante la actitud del paciente con D.M. Juvenil y su control metabólico y la adaptación de su problema, así como de la familia, ya que es necesario la cooperación de todos los miembros para implementar el régimen de tratamiento, el padre debe tener efecto importante en el manejo del niño diabético, así como el impacto que recibe de la familia por lo que será necesario el reconocimiento de stress externos a la familia que afecten la adaptación del niño a la D.M. (5)

Isenberg y Barnett mencionan en estudio realizado en la Clínica Joslin las alteraciones de la conducta, donde las fases de importancia son:

I.- A esta fase se le considera el comienzo de la Diabetes y como un impacto que recibe la familia, en la cual el desarrollo del niño se encuentra afectado, así como la respuesta Psicológica del paciente adulto en el inicio de la enfermedad y aceptación de la misma. Esta fase toma en cuenta en forma sobresaliente la terapéutica durante el primer año en el paciente diabético.

II.- En esta fase es de importancia, la reacción del paciente en los cuidados diarios y las descompensaciones que puedan existir, siendo tomada en cuenta la dieta y la terapia medicamentosa.

III.- Esta última fase comprende las complicaciones crónicas, en la cual el paciente nuevamente afronta una serie de defectos orgánicos, para lo que requiere nuevamente un ajuste emocional.

Mientras más pronto comience el estado diabético, más grave es la enfermedad. Por lo tanto los problemas Psicológicos en la D.M. tienden a presentarse más frecuente en el niño en etapas de desarrollo y crecimiento, ya que el adulto suele percatarse de su enfermedad en forma más gradual.

En la D. Juvenil.- El impacto de comienzo de la enfermedad puede ser traumático y originar cambios duraderos de la personalidad o vulnerabilidades Psicológicas persistentes en el niño, así como en los padres con trastornos agudos - por algo inesperado y que responderán con aflicciones, pesadillas e insomnios, síntomas psicósomáticos, etc.

En la diabetes del adulto.- Los recursos internos del adulto le permiten sobrellevar la frustración de inicio de la enfermedad, se ha encontrado un aumento ligero y pasajero de la ansiedad o de la depresión o con cierta intensificación de sus características peculiares de personalidad. En la diabetes se halla primariamente el tratamiento en manos del enfermo y secundariamente con ayuda de su médico para orientación en el manejo del paciente. (6)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En base al registro de consultas de la población que se encuentra asignada a la clínica 18 de pacientes portadores de Diabetes Mellitus, la cual es una de la primera causa crónico-degenerativas de atención médica y apoyados en el Dx de salud elaborado. Considerando que la población asignada a Esta clínica se encuentra en los límites de la Delegación -- Política, Magdalena Contreras, que comprende 119,929 habitantes, cuya distribución es de 50.43% de hombres y de 49.57% es mayor de 15 años de edad. En el año de 1980-1981 hasta Julio de 1982, ocupó el 4o. lugar en demanda de consulta siendo una tasa de 3.9% en tasa x 1000, por lo cual lo pone dentro de los 10 principales Dxs más frecuentes de consulta externa, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (mujeres 654 casos y hombres 319 casos), cifras anteriores que corresponde al año de 1981, para que en el año de 1980 a Julio de 1982, fueron captados un total de 1338 pacientes diabéticos, los cuales fueron notificados por médicos familiares de la citada clínica. (7)

Considerando que el médico familiar, así como el médico especialista, pueden desconocer las características del medio ambiente y familiar, en donde su población asignada, se ha adaptado y que cuando acuden a consulta, diagnosticándosele D.M. el médico se concreta a instalar terapéutica específica y adecuada para cada caso, no tomando en cuenta el estado Psico-Socio-Dinámico, en la familia de sus pacientes por desconocer las repercusiones Psicológicas de la familia del paciente diabético en nuestra población, por lo cual probablemente el control integral no sea el óptimo, por lo que será necesario la integración de terapéutica específica medicamentosa si es que se requiere así como la Psico-Socio-Dinámica familiar de cada paciente.

3.- HIPOTESIS ALTERNA.

Consideramos que en los pacientes con Diabetes Mellitus la dinámica familiar se va a encontrar alterada, debido al rol que juega el paciente dentro del grupo familiar y la necesidad de cooperación que él requiere de su familia para el adecuado control de su padecimiento.

HIPÓTESIS DE NULIDAD.

Creemos que los pacientes portadores de D.M., su dinámica familiar no se encuentra alterada y que el rol que desempeña en su núcleo familiar - está integrado adecuadamente y que la adaptación Psico-Socio-Dinámica de éstos pacientes es óptima, así como su buen control del padecimiento.

O B J E T I V O S :

- 1.- Identificar si existen alteraciones en la dinámica familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus.
 - 2.- Conocer los principales tipos de alteraciones, en la dinámica familiar de los pacientes con D.M.
 - 3.- Identificar si las alteraciones en la Dinámica Familiar tienen o guardan relación con el estado de descompensación de la diabetes en los pacientes a estudiar.
 - 4.- Ver si el estudio de la Dinámica Familiar, así como su orientación grupal, ayudan a mejorar el control de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- 4.- PROGRAMA DE TRABAJO.

El estudio de investigación se realizará a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social adscrito a la UMF No. 18, los cuales deberán padecer Diabetes Mellitus. Dicha investigación clínica que se realizará será de tipo PROSPECTIVO Y LONGITUDINAL. Cuyo tiempo comprenderá un lapso de 7 meses del día 2 de Mayo al 30 de Noviembre de 1983; La muestra consistirá en los primeros 25 pacientes diabéticos, comprendiendo ambos sexos y sin interesar la edad; estos serán captados en Trabajo Social a donde fueron enviados por su Médico Familiar para la formación del grupo de educación para la salud, a los que se les elaborará estudio de la dinámica familiar mediante entrevistas de 45 a 60 minutos aproximadamente, con un mínimo de 5 y un máximo de 10 entrevistas, que se llevarán a cabo a nivel domiciliario y en consulta externa de medicina familiar cuando la familia pueda acudir. El seguimiento de los pacientes y su familia será mensual, además se observará el manejo que se lleva por parte de su médico ha

miliar.

Se les elaborará Historia Clínica completa, estudio Socio-Médico por personal de Trabajo Social y se recabarán estudios de laboratorio anteriores así como su peso, deberán continuar con mismo manejo. Se les elaborará FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL y Psico-Socio-Dinámico al principio y al final del estudio, se observará la relación que guardan los estados de conflictos o alteraciones familiares con la curva de glicemia y la sintomatología del paciente. El mismo grupo de estudio servirá como grupo testigo observando la evolución que ha presentado el paciente antes del inicio - del estudio de la Dinámica Familiar y su evolución ya con el estudio Familiar Integral. Se anexa guía para el estudio de la Dinámica Familiar y la guía para la presentación de los estudios familiares.

El equipo de trabajo estará constituido por el siguiente personal:

- 1.- Un Médico Residente de 2o. año de Medicina Familiar.
- 2.- Una Trabajadora Social de UMF No. 18 del IMSS.

SIMBOLOGIA UTILIZADA



HOMBRE



MUJER



PACIENTE IDENTIFICADO



MATRIMONIO



DIVORCIO



UNION LIBRE



MUERTE



EMBARAZO



ABORTO



GEMELOS



FAMILIARES BAJO EL MISMO TECHO



VINCULO CLARO (BUENA COMUNICACION)

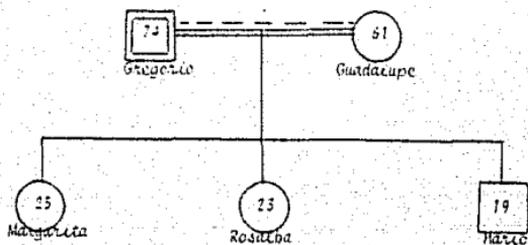


VINCULO RIGIDO (MALA COMUNICACION)

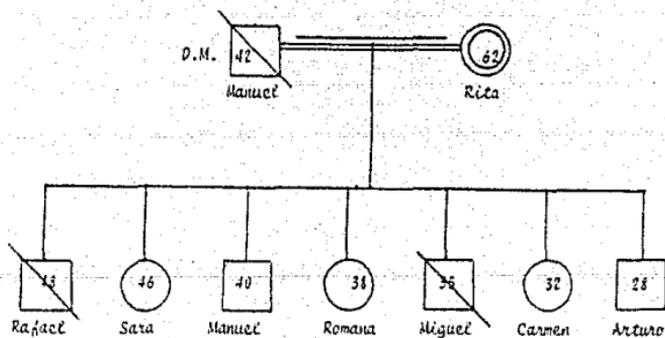


VINCULO DIFUSO (DEPENDENCIA EXCESIVA)

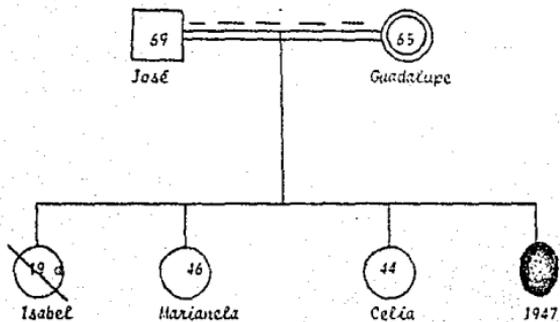
FAMILIA: AVILA MONTES



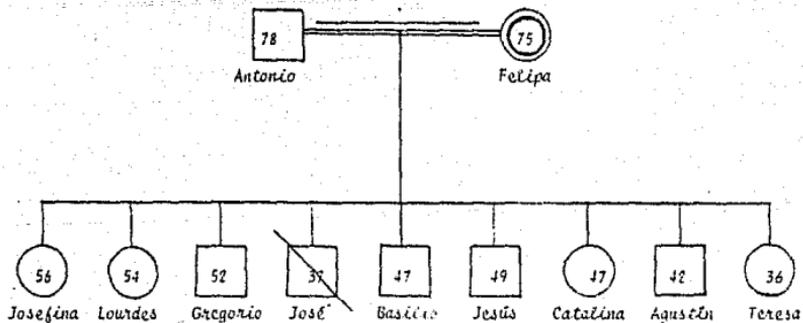
FAMILIA: BADILO DE PINEDA



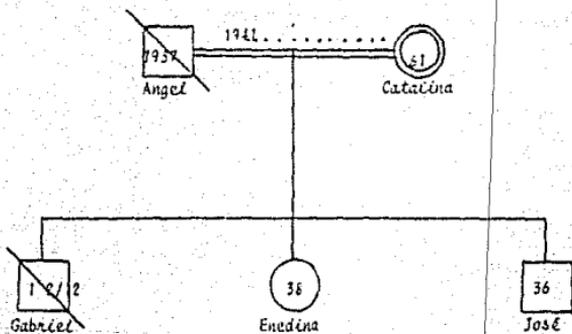
FAMILIA: BECERRIL NUÑEZ



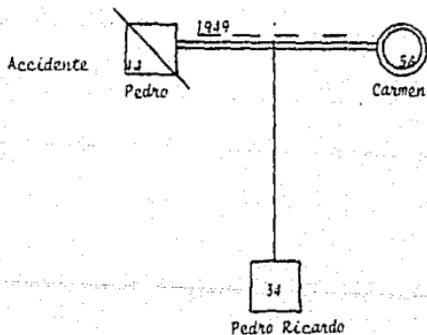
FAMILIA: CARHONA MONTOYA



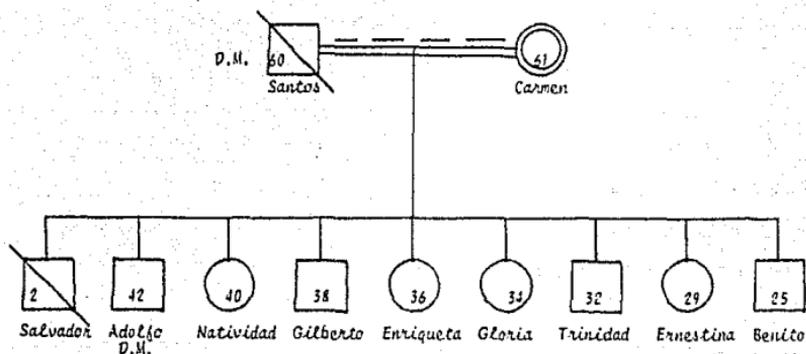
FAMILIA: CORREA AMAYA



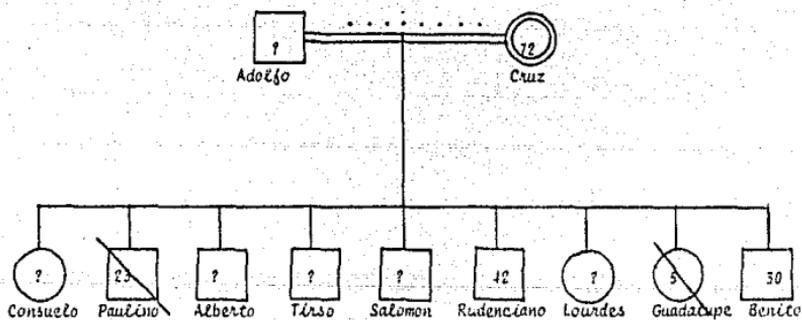
FAMILIA: ESCALONA DE AVDA



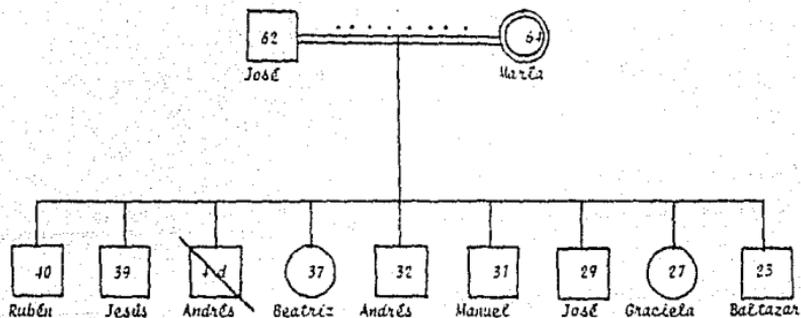
FAMILIA: GARCIA DE CONDE



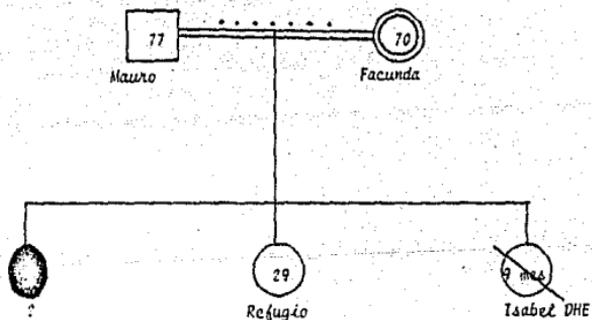
FAMILIA: HIDALGO HERNANDEZ



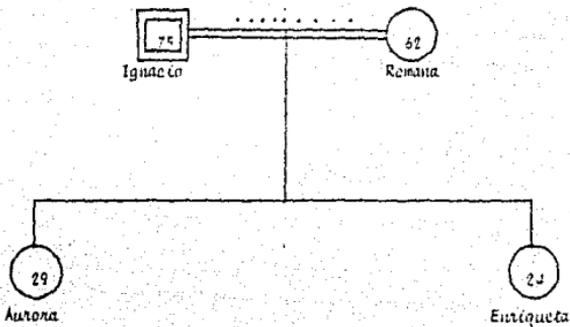
FAMILIA: HERNANDEZ MARTA



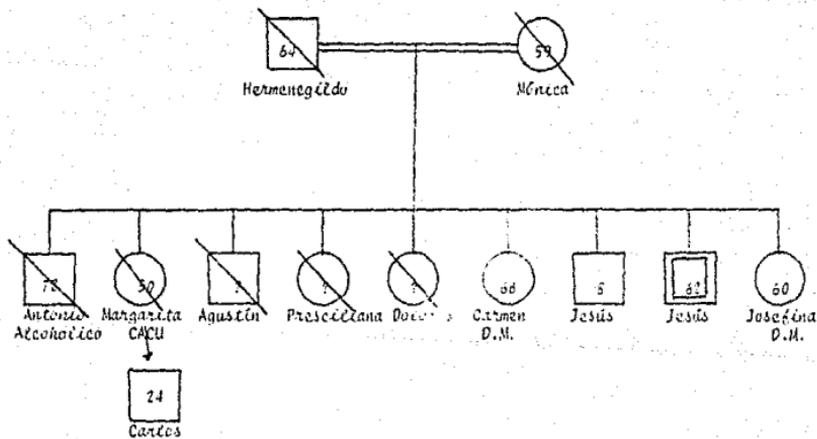
FAMILIA: JIMENEZ VAZQUEZ



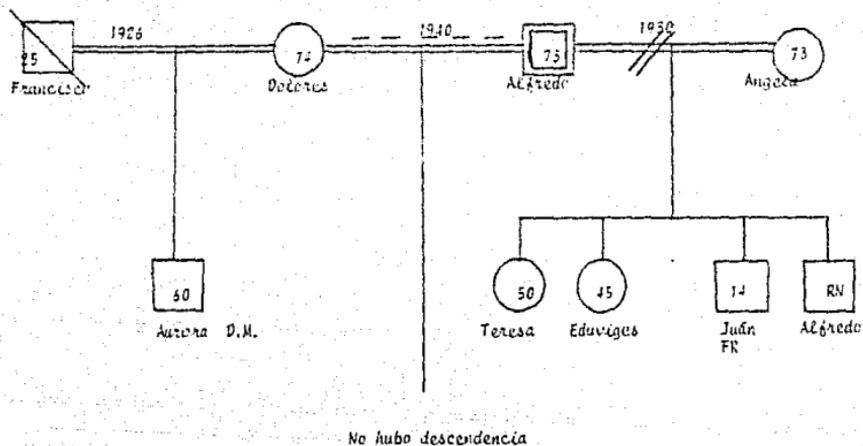
FAMILIA: MELO MAYORGA



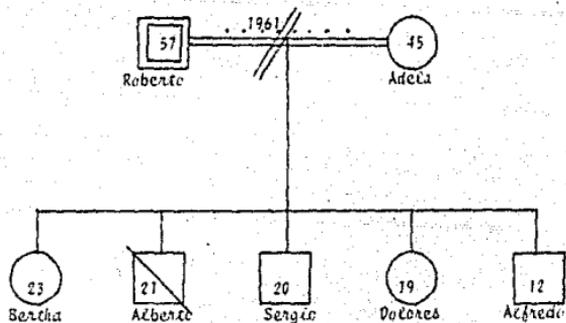
FAMILIA: PEREA LEAL



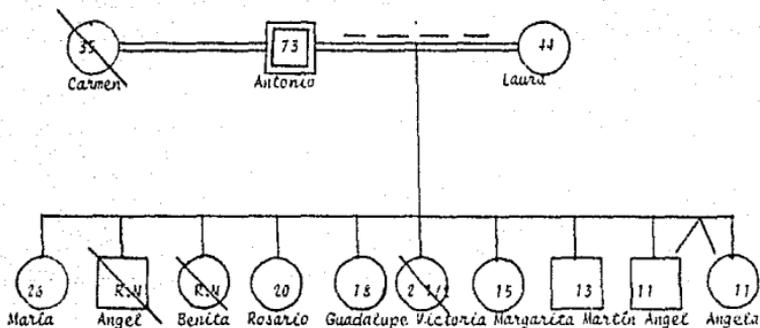
FAMILIA: PINONES RAVAS



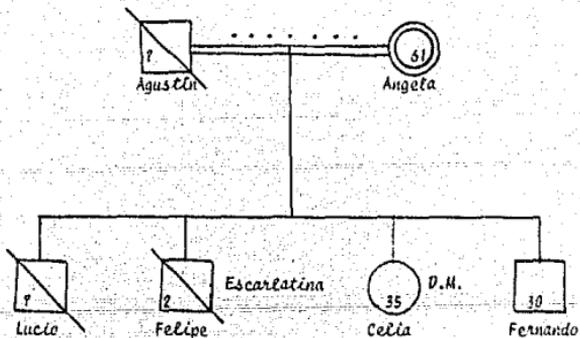
FAMILIA: RAMIREZ DE GANTE



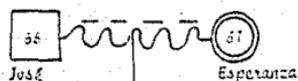
FAMILIA: RANGEL FRAGOSO



FAMILIA: ROSAS RAJOS

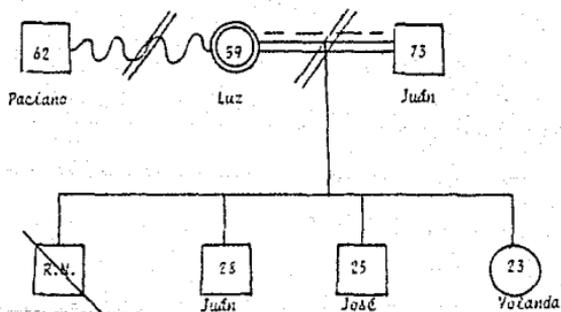


FAMILIA: UHARACHA NAVARRO



Sin descendencia

FAMILIA: VILCHIS VILCHIS



FAMILIA: AVILA MONTES

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (5)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Avila Montes Gregorio, de 74 años de edad, con diabetes Mellitus desde los 62 años (doce años de evolución), el estudio se inició el 25 de Abril de 1983.

AHF.- Padres finados, ella por prob. AVC, él se ignora, ocho hermanos de los cuales fallecieron cuatro ignorando mas datos; esposa de 60 años de edad, aparentemente sana (actual labora en casa particular como doméstica), tres hijos aparentemente sanos, niega antecedentes lúcticos fímicos, neoplásicos, etc.

APN.- Originario del D.F., donde radica actualmente, grado de escolaridad 4o. año de primaria, tabaquismo y alcoholismo negativos. cuenta con casa propia; laboró como obrero en fábrica textil por 40 años, actualmente pensionado con un total de \$ 6,000.00 mensuales, más aporte de la esposa de - - - - \$ 1,600.00 mensuales, vive con ellos el hijo menor de 19 años de edad, el que estudia en Colegio de Bachilleres, la casa que habitan cuenta con dos recámaras, sala comedor, cocina, baño, servicio de urbanización completo, alimentación buena en cantidad, regular en calidad, no lleva a cabo la dieta adecuada por falta de recursos económicos para ello.

APP.- A los 4 años de edad sufrió pedrada en la cabeza sin consecuencias, a los 10 años inició con crisis convulsivas las cuales fueron controladas con medicamentos hasta la edad de 40 años en que desaparecieron, I.Q. a los 62 años (hernioplastia), resto de antecedentes negativos.

PA.- Lo inicia a los 62 años de edad, al notar polifagia, polidipsia y poliuria, acude a médico en UMF No. 18 del IMSS donde le refirieron que se trataba de diabetes Mellitus, lo cual al recibir la noticia sintió de momento cierta preocupación, se angustió, le produjo insomnio, tristeza, a veces con llanto fácil, mencionan las hijas casadas que actualmente es irritable, de fácil enojo, y renuente a llevar adecuadamente la dieta. Se encuentra con peso estable desde su inicio de saberse diabético (oscilaciones mínimas), peso actual de 74 kgs.

FAMILIA.- Nuclear, urbana, pensionada, moderna e integrada, las dos hijas - casadas viven en misma casa, las cuales se encuentran en fase de expansión - (cuartos separados), funciones que ameritan son las de socialización, cuidado y afecto.

INGRESO MENSUAL.- Es de \$ 7,600.00 y per cápita de \$ 2,533.00 pesos.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Al parecer desde el inicio han sido familias con vínculos claros, integrada actual por tres personas, el padre la madre y un hijo que estudia, con nivel socio-cultural medio, originarios de Contreras, el asegurado, presenta problema de diabetes que a la fecha se está controlando con su médico familiar y la dietista de la UMF No. 18 de IMSS el ambiente familiar es tranquilo, se le tiene ciertas consideraciones al paciente identificado por su problema, se le ayuda y se le comprende, no se observaron problemas de tipo moral, la situación económica no es muy satisfactoria, pero existe cierta armonía. Actualmente sin complicaciones por su enfermedad, ingresaron fecha de primera entrevista al grupo de pacientes diabéticos para su estudio, estando adscrito al consultorio No. 2, médico tratante, Dra. Olvera Rosa.

CRISIS ANTERIORES.- Actual sin ninguna descompensación por la diabetes, inició con un herpes zoster ocular, con secuelas de cicatrización de la cornea del ojo derecho Dx por oftalmólogo.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación es abierta entre los conyuges, de tipo clara, donde la esposa trabaja y aporta todo al hogar (recibiendo él su pensión), además de él contribuir a los quehaceres del hogar.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existen vínculos claros de Margarita hacia el paciente identificado, (existe mayor comunicación e interacción entre ellos, le brinda más cuidados), siendo difusos con Mario y Rosalba.

SUBSISTEMA FRATERNO.- Es eficiente y la comunicación es abierta.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la D.M., y la demanda real es la propia D.M. y sus consecuencias que trae consigo, las alteraciones psicológicas y la situación económica de Gregorio, el prota voz es él mismo con su D.M., actúa como emergente Margarita quien destapa la problemática y la forma en que su papá se encuentra de inadaptación de saberse diabético, sin que

rer llevar adecuadamente la dieta, a escondidas y en ocasiones come solo en la cocina y lo que se encuentra, le molesta que le digan que coma solo. Lo que le especificaron en la UMF, existe un vínculo claro con toda la familia quien hasta a veces lo sobre protege; le preocupa la situación de no poder traer más ingreso a su hogar, solo cuenta con su pensión.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Existe comunicación adecuada y eficiente por parte de ambos lados.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- El saberse diabético, no lleva la dieta adecuadamente, la situación económica actual le preocupa el inicio de las complicaciones de la diabetes mellitus.

PRONOSTICO.- Se observa bueno para las relaciones familiares; reservado-malo para la diabetes mellitus que inicia sus complicaciones.

CAMBIO EN LA FAMILIA.- Se le hizo consciente a Gregorio de llevar adecuadamente la dieta y de que cuando le eviten que se excede en alimentos es solo por su bien. Existió gran cambio de actitud en relación a lo antes solicitado, no así en relación a la situación económica la cual solo sirve para satisfacer sus necesidades básicas.

FAMILIA: BADILLO DE PINEDA

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (5)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Rita Badillo de Pineda, de 62 años de edad, se sabe diabética de hace 4 meses, fecha de inicio del estudio 3 de Mayo de 1983

AHF.- Madre viva aparentemente sana, padre finado se ignora la causa, cuatro hermanos aparentemente sanos, resto negativo. (hijo alcohólico).

APNO.- Originario del Estado de Coahuila, radica en el D.F. desde la infancia, escolaridad 1o. de Primaria, tabaquismo positivo desde los 25 años hasta hace un año una cajetilla diaria, alcoholismo negativo; cuenta con casa propia en malas condiciones de iluminación y ventilación y tiene dos viviendas, las que renta en \$ 500.00 c/u, resto sin importancia.

APP.- Tos productiva en accesos de larga evolución sin manejo médico, niega otros antecedentes de importancia.

PA.- Se sabe diabética de hace 4 meses, controlada con hipoglucemiantes orales, tolbutamida 1 x 3, se le descubrieron cifras altas de glucosa sanguínea sin manifestaciones clínicas.

FAMILIA.- Nuclear, de medio sub-urbano, trato socio-económico bajo, las funciones que ameritan atención son sobrealimentación, cuidado, afecto, retiro, estatus.

INGRESO MENSUAL.- Es de \$ 8,300.00 y el percápita de \$ 4,150.00.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Rita se casó a los 14 años de edad, tuvo de familia 7 hijos de los que 2 fallecieron, vive actualmente con Arturo de 28 años de edad quien es alcohólico, ya se le diagnosticó cirrosis hepática y en varias ocasiones ha presentado sangrado del tubo digestivo alto y bajo, la paciente enviudó a los 61 años de edad, su esposo fue diabético de larga evolución y cuando aparecieron las complicaciones diabéticas, disminuyeron las relaciones sexuales, aparte de que él también era alcohólico, por lo que siempre existió insatisfacción sexual.

CRISIS ANTERIORES.- La muerte del esposo, al iniciar el padecimiento, al pa
recer tuvo relación con rita que tuvo Arturo con otros sujetos en la que re-
sultó herido. Relaciones sexuales insatisfechas.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Cuando en vida estuve su esposo y presentó diabetes -
Mellitus, fueron de tipo vínculo roto ya que el esposo era alcohólico, pos-
teriormente no hay nada que comentar.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existe vínculo claro entre Rita y Manuel, el cual es
rechazado por el resto de la familia por ser alcohólico, a su vez existe -
una excesiva dependencia de éste por Rita. Vínculo difuso con el resto de -
las hijas.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes y la demanda real es
cómo mejorar las relaciones parentales siendo el porta voz Rita, quien ac-
túa a la vez como emergente ya que es quien destapa los conflictos familia-
res que existen, y lo que dice estar angustiada por Manuel, el chivo expia-
torio lo vienen representando las hijas ya que Rita les hecha la culpa de no
comprender a su hermano, por lo cual no los visitan. Rita refiere que todos
Estos problemas aparecieron cuando se cambiaron de domicilio ya que donde -
antes vivían era un rumbo pacífico, toma poca importancia a su problema de-
jándola en segundo término por la situación económica y los problemas entre
la familia, refiere ser demasiado irritable, se angustia fácilmente y conti-
núa presentando apetito sexual con gran magnitud. Cuando Manuel se encuen-
tra sobrio le tiene todas las atenciones a Rita es atento y la comunicaci-
ón se torna más abierta.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Muchos de los datos por parte del expediente de
la paciente que tiene en su clínica, y datos obtenidos por la Trabajadora So-
cial y las entrevistas se nota incongruencia entre lo real que comenta de su
domicilio y su vida a la que en realidad existe en su casa, por lo que al -
parecer hay cierta obscuridad en todos los datos.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- La comunicación es buena entre Rita y Manuel pe-
ro no así con el resto de la familia, el estado alcohólico de Manuel, la dia-
betes mellitus de Rita, el recuerdo del esposo alcohólico-diabético y la -
frustración desde esa época por la insatisfacción sexual, actualmente queda
el apetito sexual en su máxima expresión que la hace toriante, irritable y
con cierta desesperación; la inestabilidad económica actual.

PRONOSTICO.- Malo en relación a Manuel por el alcoholismo crónico y las complicaciones que han aparecido, para Rita como deja en segundo término su problema diabético no lleva adecuadamente la dieta por lo que las descompensaciones pueden ser inesperadas, en relación a la dinámica familiar se puede decir que es adecuada pero que hay sobreprotección hacia Manuel.

CAMBIOS DE LA FAMILIA.- Se les hace conciencia y se les explica las complicaciones de cada enfermedad de las cuales ellos son portadores, Rita siente un descañe psicológico al platicar sus problemas sexuales y el problema de su hijo alcohólico, el recuerdo del problema de su esposo le dejó marcas hondas de las complicaciones por el alcoholismo y la diabetes, esto hace que aumente la ansiedad, creyendo que en la situación económica en la que se encuentran no es posible mejorarla ya que Manuel con su enfermedad en ocasiones trabaja y en ocasiones no, es poco lo que se pudo obtener en los cambios de actitud.

FAMILIA: BECERRIL NUÑEZ.

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (6)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Becerril Núñez Ma. Guadalupe, de 64 años de edad - diabética desde hace 15 años. Fecha de inicio del estudio 12 de Mayo 1983.

AHF.- Padres finados ella finada por complicación post-quirúrgica, él se ignora la causa, 3 hermanos, 2 fallecidos ignora causa, un diabético con inicio de aparición de complicaciones, de 12 años de evolución, 2 flos matern- nos diabéticos y 3 por rama paterna, resto de antecedentes sin importancia

APNoP.- Originaria del D.F., donde radica actualmente, primaria completa, tabaquismo y alcoholismo negativos, cuenta con todos los servicios de urbanización, esposo actualmente pensionado, ella se dedica a las labores del hogar, resto sin importancia.

AGO.- Menarca a los 15 años, ritmo 28 x 3, eumenorréica, IVSA a los 17 años G-IV, P-III, A-I, C-0, aborto por embarazo extrauterino, emenopausia a los 51 años de edad.

APP.- En 4o. embarazo I.Q. por embarazo extrauterino, en el 1er. trimestre a los 35 años de edad, resto sin importancia.

PA.- Lo inicia hace 13 años, bajo control médico con hipoglucemiantes orales (tolbutamida 1 x 3), siendo descubierta por glicemia tomada por exámenes de rutina.

FAMILIA.- Extensa, urbana, integrada, vive con Mariana, (casa separada), la cual tiene 5 hijos, las funciones principales que ameritan atención son: socialización, estatus, cuidado, etc.

INGRESO MENSUAL.- Es de \$ 21,035.00 y un per cápita de \$ 10,517.00.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Guadalupe refiere que recién se casaron tuvieron muchos problemas, ya que él frecuentemente tenía relaciones extramaritales, Isabel fue el producto del primer embarazo, quién falleció a los 19 días por prob. bronconeumonía, en 1947, presentó un aborto, una vez que su esposo lo pensionaron, fue cuando inicia a tener más contacto con él ya permanecía más tiempo dentro del hogar, posteriormente encuentra la forma de trabajar como peluquero por cuenta propia, actualmente se encuentran los vínculos claros entre las relaciones familiares.

CRISIS ANTERIORES.- Solo los mencionados hasta antes de su matrimonio, crisis conversivas ante problemas agudos y críticos, actualmente refiere solo taquicardias paroxísticas.

SUBSISTEMA CONVUGAL.- La comunicación actualmente es eficiente, siendo un vínculo claro.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existe vínculo claro, no existe distorsión en la comunicación, entre los nietos es más clara.

SUBSISTEMA FRATERNO.- Vínculos claros es lo que se puede apreciar, siendo una comunicación adecuada y eficiente.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes y la demanda real es como mejorar, su estado emocional que presenta la paciente en forma de una neurosis conversiva y probablemente mejorar las relaciones de tipo conyugal, actuando como emergente Guadalupe, quién es la diabética y destapa las conflictivas que aparentemente las refiere como adecuadas, no siendo específica pero se puede tomar a José como chivo expiatorio, quién siempre ha tenido la culpa de lo que desde hace tiempo ha presentado Guadalupe, de esto último no tiene conciencia, ya que trata de encontrar o de que le encuentren y le digan que presenta patología orgánica.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Entre el terapeuta y Guadalupe fue adecuada y eficiente, pero entre el esposo que siempre que se le dejaba la información de si fuera posible de que por favor se esperara para poder platicar con él evitaba estar presente en su domicilio para dichas entrevistas.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- No se ha borrado completamente el recuerdo de las aventuras de José , es posible que Guadalupe piense que José continúe con sus aventuras amorosas, actualmente se encuentra ausente la mayor parte del día existe cierto temor de que pueda llegar a presentar complicaciones como las de su hermano que también es diabético, minusvalía (refiere no sentirse igual que los demás, no lleva adecuadamente la dieta).

PRONÓSTICO.- Incierto, ya que la paciente aunque no lo dice abiertamente se encuentra equilibrada ante la situación de su marido, en relación a problema diabético a pesar de no llevar adecuadamente la dieta, por un tiempo de 13 años no ha presentado actualmente ninguna complicación, siendo que las cifras de glicemia siempre han sido elevadas (raro que presente una glicemia dentro de límites normales).

CAMBIOS DE LA FAMILIA.- Se le hizo conciencia a la paciente de las consecuencias que pueden repercutir en un momento dado por no llevar adecuadamente la dieta, también de que es posible de que el esposo como laboró durante tanto tiempo fuera y que como se había acostumbrado a permanecer todo el día fuera de su casa, y que los problemas de que actualmente se aflige como son las taquicardias es por no adaptarse completamente a estar sola en su domicilio a pesar de que su hija y nietos se encuentran con ellas durante todo el día. Por lo que es posible que por la ausencia de su hogar durante todo el día, sea por probable rechazo de José hacia Guadalupe y que solo sea una excusa el tener que realizar ciertos trabajos o labores diarios fuera del hogar.

PACIENTE IDENTIFICADO.- CARMONA MONTOYA FELIPA, de 75 años de edad se sabe diabética desde hace 18 años. Fecha de inicio del estudio 4 de mayo-83.

AHF.- Padre finado a los 50 años de edad en accidente (golpeado por un caballo), Madre finada a los 50 años de edad por probable enfermedad pulmonar, esposo vivo de 78 años de edad, pensionado actualmente, (se sabe diabético - de hace 4-5 meses, controlado en esta unidad con hipoglucemiantes orales, (1 despensación, la cual ameritó le fuera aplicada insulina rápida; 7 hijos, viven 8, uno se sabe diabético de hace 5 años, controlado con hipoglucemiantes orales, una hija con artritis reumatoide, (diabético 46 años, artritis 54 años); otra hija de 35 años con problemas de pulmón al parecer con bronquitis crónica, así como artritis reumatoide. Los dos finados, uno electrocutado no recuerda edad (aproximadamente 37 años), La paterna con crisis convulsivas tipo gran mal, niega antecedentes de otro tipo.

APNoP.- Originaria del Estado de Querétaro hasta los 30 años, reste en el D F., cuenta con casa propia, escolaridad 3er. año de primaria, tabaquismo negativo, alcoholismo a base de pulque de los 3 meses a 1 año, cuenta con una recámara pequeña con mala ventilación e iluminación, duerme con la pareja - (son solos), cuenta con sala, recámara, comedor, cocina y baño, servicios de urbanización completos, alimentación al parecer buena en calidad, regular en cantidad.

APP.- Refiere en la infancia sarampión sin complicaciones al parecer con duración de un mes, se sabe hipertensa desde hace 15 años, la cual está controlada con medicamentos no específicos, hace aproximadamente 30 años, al parecer se encontró con padecimiento hepático no especificado, niega otros antecedentes de importancia.

AGO.- Menarca a los 14 años, ritmo de 30 x 8 días, abundante, gesta XV, parax X, abortos V, C-0, Fur- 50 años, control de DOC cada año.

PA.- Lo inicia hace 18 años, controlada a base de hipoglucemiantes orales - tobutamida de 1 x 3 en 24 hrs.

FAMILIA.- Familia de tipo nuclear, urbana, obrera, las funciones principales que ameritan atención son atención, socialización, cuidado, afecto y estatus económico. Se encuentran en fase de retiro.

INGRESO MENSUAL.- de \$ 18,000 pesos y el per cápita de \$ 9,000 pesos.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Desde el inicio de haber conocido a su esposo este ha sido siempre de mal carácter, una vez que se unió a él se le diagnosticó D.M. al recibir la noticia refiere Felipa que se acentuó su mal carácter, tornándose con enojo fácil, irritable, etc. los vínculos entre la familia siempre han sido rígidos y difusos, refiriendo que por parte del esposo existe poca aportación en el sentido económico, quién tiene que ayudar a la madre es Teresa la hija que vive con ellos (en cuarto separado) con su esposo y 2 hijos, Antonio frecuentemente se sale de su casa sin referir a donde se dirige o a donde va, por lo que la paciente identificada sencuer tra la mayor parte del tiempo sola.

CRISIS ANTERIORES.- Vínculos rígidos desde que se unieron, la patología del esposo al saberse diabético, el saberse ambos diabéticos, situación económica mala.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación con el esposo es deficiente, existe un vínculo rígido y distorsionado, el esposo actúa con papel dominante y la esposa con un papel pasivo-dominada-dependiente.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existe entre el padre y los hijos un vínculo rígido y de Teresa hacia la madre claro que es la única hija a la que ve y tiene --- pocas visitas por el resto de los hijos.

SUBSISTEMA FRATERNAL.- La relación entre los hermanos es difusa, poco se frecuentan y no existen convivencias entre ellos (refiere que es por culpa -- del esposo y su carácter que no la frecuentan).

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la Diabetes M. y sus complicaciones y la demanda real es como mejorar el subsistema parental y conyugal, siendo el portavoz Felipa con su D.M. quién a la vez funciona como emergente ya que es quién destapa la conflictiva que existe entre Antonio y sus hijos, quedando Antonio como chivo expiatorio por tener la culpa de todo lo que les sucede a los integrantes de la familia, y por que nunca los quiso unir para-

que estos se llevaran bien entre sí. Además los hijos al darse cuenta de -- que golpeaba a su madre empezaron a rechazarlo y en cuanto tuvieron oportuni- dad de separarse de él lo hicieron. Las relaciones sexuales entre el matrimonio son insatisfactorias Antonio y Felipa duermen en cuartos separados y poco se acerca él a ella, solo para lo más necesario.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Existe cierta alianza entre el terapeuta y Felipa en contra de Antonio con el cual existe transferencia y contratransferencia- esto motivo que Antonio solo estuviera presente en una entrevista..

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Inconformidad de Felipa por la situación económica actual, mal trato de Antonio incluso el golpearla, abandono total de los --- hijos, sobreprotección de Teresa la hija hacia la paciente identificada.

PRONOSTICO.- Reservado en relación a problema diabético ya que la pareja es- diabética, la conflictiva es extremadamente rígida, los vínculos son en su- totalidad rígidos.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les hizo ver las faltas de expectativas del grupo además de hacerle consciente a Felipa que si antes podía atender una tiendita para poder sufragar los gastos individuales, todavía esta a tiempo de reali- zarlo, ya que se encuentra en buen estado físico actual, y dejar de ser de- pendiente de Antonio, por lo que se le sugirió romper la dependencia que ha- tenido siempre de su esposo desde que se unió a él, con el esposo las entre- vistas fueron nulas (solo una) en la cual no coopero, ni aporte datos que - sirvieran para poder comentarlo en forma de ayuda, por el momento Felipa se- encuentra asistiendo a las pláticas de orientación que se efectúan cada 3 -- días en la UMF n° 18, al encontrarse en el grupo se ha notado mejora en su - actitud y su comportamiento.

FAMILIA: COPREA AMAVA

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (5)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Correa Amaya Catalina, de 61 años de edad, diabética de hace 13 años, fecha de inicio del estudio 14 de Mayo de 1983.

AHF.- Padres finados: ella por complicaciones de hipertensión arterial y por neumopatía, esposo finado a los 25 años de edad se ignora la causa, - tres hijos, uno falleció por cuadro enteral en la infancia, los otros dos - aparentemente sanos. Hermana diabética. restos sin antecedentes de importancia.

APVoP.- Originaria del D.F. escolaridad primaria completa, tabaquismo y alcoholismo negativos, cuenta con casa propia con buena iluminación y ventilación además de todos los servicios de urbanización, alimentación mala en calidad abundante en cantidad.

APP.- Hace aproximadamente 16 años, tuvo una tumoración en cara lateral de cuello por lo que fue intervenida quirúrgica; resto de antecedentes negativos.

PA.- Se sabe diabética desde hace 13 años bajo control médico con hipoglucemiantes orales, tolbutamida 1 x 3; en el inicio, 2 x 3 posteriormente, y de hace 6 años se controla con insulina de acción intermedia de 20 a 25 unidades diarias, refiriendo la paciente que no tiene deseos de vivir, se encuentra sin ilusiones, ya no tiene nada que hacer en este mundo, se aprecia llanto fácil y refiere insomnio.

FAMILIA.- De tipo nuclear, urbana, proletaria, desintegrada y en fase de retiro, las funciones principales que ameritan atención son las de socialización, cuidado, afecto y estatus.

INGRESO MENSUAL:- Se ignora, la hija solo aporta \$ 6,000.00 mensuales y sobre esto el per cápita es de \$ 3,000.00 (se ignora cuanto es el ingreso global mensual, ya que la hija nunca le comenta nada).

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Desde muy joven quedó viuda, ya que el

esposo falleció a los 25 años, dejándola con dos hijos, (el tercero falleció al año y medio de vida, el cual fue el primer embarazo) José que es el más joven se casó y actualmente vive en otra colonia quedando solos Enedina de 38 años de edad, la que es soltera y se hace cargo de Catalina, el trato no es bueno siendo que existen problemas de Enedina hacia Catalina refiriéndole que no se ha casado por su culpa y por no dejarla sola, frecuentemente la regaña, por que le encarga cosas que hacer y éstas se le olvidan, generalmente llega de mal humor despues del trabajo. La casa es patrimonio de Angel (esposo de Catalina), se puede observar habitación en malas condiciones de iluminación y ventilación (controvercia en lo que Catalina en lo que Catalina referia en lo que se le realizó la historia clínica). Catalina se hace cargo de su nieto el mayor el cual tiene 15 años de edad quien refiere que siempre se encuentra callada, llora frecuentemente a solas, nota que no duerme bien, la esposa de José diariamente va a la casa de Catalina para la aplicación de insulina, es visitada todos los días por su hermana quien también es diabética y se encuentra dentro de este mismo grupo de pacientes en estudio.

CRISIS ANTERIORES.- El fallecimiento de su esposo. Descompensaciones diabéticas que han ameritado internamiento, y falta de interés por la vida.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- No existe, ya que desde que falleció su esposo, jamás volvió a buscar pareja.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existe vínculo rígido entre Catalina y Enedina, la comunicación es inadecuada, con José es un vínculo claro y comunicación abierta aunque no la frecuenta seguido (pero manda a su esposa para que todo el día esté al pendiente de Catalina), existe sobreprotección de la esposa de José y su hijo asicomó de la hermana hacia Catalina.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la D.M. y la demanda real, es como mejorar las relaciones parentales, siendo el porta voz Catalina con su D.M. y el emergente la nuera junto con Catalina quienes destapan la conflictiva en el núcleo familiar y de las inadecuadas relaciones en el subsistema parental, siendo el chivo expiatorio Enedina a quien se le hecha toda la culpa de no comprender a la madre que es diabética y que ella se cierra en su comunicación hacia la madre, hay conciencia de la problemática por parte de la nuera y el nieto ya que piensan que Enedina por la situación en la que se encuentra, tiene ese tipo de carácter lo que favorece el vínculo rígido (Ene

na argumenta que los hombres son muy flojos y que no trabajaría para ellos ni les daría lo que tiene), cuando se exacerba la conflictiva aparece la -descompensación diabética y aumenta la nostalgia y la angustia con sensación de existir por parte de Catalina. Dejándose entre ver por Enedina que su madre le molesta y que más le sucede esto cuando se descompensa y que necesita darle ciertos cuidados que es lo que le quita tiempo.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Se aprecia transferencia y contratransferencia -entre Enedina y el Terapeuta; Catalina es amable y cuenta las cosas en forma natural.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- No se plantearon expectativas del grupo, sentido de minusvalía de Catalina, sobre protección de José, su esposa, su hijo y la hermana de Catalina hacia la paciente identificada por mal trato de Enedina, inconformidad de Enedina por la situación económica actual, mal trato de Enedina hacia el sobrino; la diabetes mellitus de que es portadora Catalina.

PRONOSTICO.- Se aprecia malo con los pocos deseos de vivir por parte de -Catalina y que no se logró cambio alguno en relación a Enedina para son su madre ya que se negó a seguir asistiendo a las entrevistas, por lo que bloquea la comunicación si no se obtiene más información.

CAMBIOS DE FAMILIA.- A pesar de tratar de crear conciencia en la familia, se observó que Enedina, no tenía la menor disposición de escuchar o de cambiar su actitud, y por su parte Catalina solo escucha y llora en cada entre vista al igual que el nieto, la nuera y la hermana son quienes tratan de -dar ánimo a Catalina. No existió ningún cambio de actitud dentro del núcleo familiar, el problema diabético ha influido demasiado en el estado emocional de la paciente.

PACIENTE IDENTIFICADO.- Escalona de Anda Carmen, de 55 años de edad con --
Diabetes Mellitus desde hace 5 años, fecha de inicio del estudio 27 de - -
Abril de 1983.

AHF.- Padres finados, El de probable infarto cardíaco a la edad de 64 años
ella de probable Ca Mamario a la edad de 49 años; esposo finado en acciden-
te automovilístico, 5 hermanos vivos aparentemente sanos; un hijo de 33 a-
ños aparentemente sano. Tía abuela y tía materna finada por Ca ignorándose
de que región. Resto de antecedentes negativos. [Abuela materna al pare-
cer murió de complicación Diabética por descompensación].

APNoP.- Originaria del D.F. donde actualmente radica, escolaridad de Pre-
paratoria completa, tabaquismo positivo de los 30 a los 45 años a base de 2
cajetillas de cigarros, alcoholismo negativo, cuenta con casa propia.

Domicilio ubicado en: Calle Sonora No. 23 Col. Héroes de Padirna Contre-
ras.

Cuenta con 2 recámaras bien ventiladas, así como la iluminación, baño y -
todos los servicios públicos de urbanización, vive con ella una muchacha de
20 años de edad que no es familiar (viviendo así desde hace 10 años).

AGO.- Menarca a la edad de 13 años, ritmo 28 x 3, con regular cantidad de
sagrado, refiere que sufría de tensión premenstrual, G-1 Para 1, aborto 0,
C-0, a los 20 años, sin complicaciones, posterior a esto se inician altera-
ciones menstruales siendo sangrados abundantes, con duración de aproxima-
mente 10 a 20 días en cada mes.

APP.- I.Q. a la edad de 30 años por sospecha de hiperplasia endometrial --
siendo I.Q. y no encontrando nada, (no se encontró ningún quiste), hace 3
años sufrió de inflamación de cartilago con dolor en éste. Hace 2 años ini-
cia con dolor en pierna derecha, donde en particular se le encontró que ha-
bía disminución de la circulación de hasta el 40%, recibiendo tratamiento a
base de Tebomín. Taquicardia paroxística ocasional probable emotiva.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Lo inicia hace 5 años controlada con Médico particular por un año y medio por reacciones indeseables se suspendió el medicamento reiniciándolo con Glibenclámid 1 x 4, a pesar de ésto las cifras han sido elevadas, no menciona ninguna alteración actual, al recibir la noticia de momento se sintió angustiada, deprimida, insomnio el cual ha ido desapareciendo poco a poco además de lo abrumadora de vida social que tiene.

FAMILIA.- Nuclear urbana, moderna, se encuentra en fase de retiro. Las funciones principales que ameritan atención son las de cuidado y afecto. Vive sola con la persona que le ayuda al quehacer de la casa.

INGRESO MENSUAL- No tiene un ingreso fijo ya que es dueña de un laboratorio e intereses que le da el banco mensualmente.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA.- Proviene de padre Médico Veterinario - el cual fue de clase acomodada, les dejó herencia cuantiosa, conoció a Pedro su esposo y se casó desde muy joven con él en 1949, ella continuaba dependiendo en inicio de su padre, solo tuvo un hijo de nombre Pedro Ricardo, en 1969 Pedro (el esposo) fallece en un accidente automovilístico (se encuentra con 3 niños y una mujer, los cuales murieron instantáneamente), se casó posteriormente, Pedro Ricardo, separándose de Carmen y laborando como jefe de laboratorio del que es dueña, ella ha tratado de vivir sola, jamás -- aceptó a otro compañero, acude a CIMF. No. 18 del IMSS cuando se sabe diabética para prácticas en grupo de diabéticos que es donde se inician las entrevistas.

CRISIS ANTERIORES.- Su madre fallece de Cáncer Mamario, luego el padre de infarto al Miocardio y en 1969 accidente de su esposo.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- En vida del esposo fue un vínculo claro, que es el que persiste con el hijo.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Vínculo claro con su hijo, nieto y nuera.

SUBSISTEMA FRATERNA.- Sólo es Pedro, sin más hermanos.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la Diabetes Mellitus y la demanda real es la angustia y ansiedad de saberse escuchada y comprendida, Carmen es el portavoz con su problema diabético y a la vez emergente ya que destapa toda la conflictiva que ha vivido dentro de su familia, siendo posterior a su muerte Pedro el chivo expiatorio, diciendo que él tuvo toda la culpa de lo que pasó y los problemas de Carmen. Existió rechazo de Pedro (hijo) para el padre al saber que los había engañado, no hace mención, ni quiere comentar sobre su vida sexual.

RELACION MEDICO PACIENTE.- Es adecuada, la paciente es preparada y acepta - las explicaciones y orientaciones que se le dan.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- En 1969, cuando ocurrió el accidente del esposo - que iba con otra mujer y 3 hijos; lo que le produjo depresión al igual que - al hijo, hace 5 años que se supo diabética sintió la misma depresión, angustia y sentirse sola, con insomnio al principio, la pelea por la repartición de la herencia por igual con sus hermanos, y el saber hace aproximadamente 3 años que uno de sus hermanos tenía relaciones con su sobrina.

PRONOSTICO.- Se espera favorable en cuanto a las conflictivas de su vida, - pero reservado en cuanto a la D.M. ya que la paciente a pesar de ser cooperativa y entender lo que se le orienta, es una mujer activa y descuida su dieta y medicamentos.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se hizo consciente la falta de atención para su control diabético, a lo que en fechas recientes disminuyeron las cifras notablemente de glicemia, al volver a analizar la problemática de su marido la acepta y le da explicación de que ella se alejó demasiado cuando supo que su madre tenía cáncer de mama y él acudir a cuidarla fue lo que le propició lo anterior, en cuanto a su hijo, acepta que éste se halla marchado para hacer su propia vida, el problema de su hermano con su sobrina la pone en ese caso como chivo expiatorio a ella, ya que desde el inicio de las entrevistas hasta el final la sigue culpando. Creo que al final la paciente hizo caso de las orientaciones, pero no creo que esto mejore ya que las presiones que tiene por parte de sus hermanos y del trabajo que desempeña, le crearon problemas serios en cuanto a las descompensaciones de hiperglicemia.

FAMILIA: GARCIA DE CONDE

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (6)

PACIENTE IDENTIFICADO.- García de Conde Carmen, de 61 años de edad, diabética de hace 12 años de evolución, fecha de inicio del estudio 20 de Abril de 1983.

AHF.- Padres, El finado por complicaciones diabéticas (falleció a los 61 años), madre finada ignora causa de fallecimiento; esposo finado a los 60 años de edad por complicaciones diabéticas, 8 hijos, el mayor de 40 años, 42 30 años son diabéticos, bajo control médico a base de medicamentos, niega antecedentes lúcticos fémicos neoplásicos y traumáticos.

APNoP.- Originario del D.F. donde reside actualmente, analfabeto, (solo sabe escribir su nombre), tabaquismo negativo, vive con una de sus hijas (casa propia), cuenta con una recámara amplia, con cocina y baño, duerme en misma habitación con su hijo menor, se encuentra bien ventilada e iluminada, cuenta con agua entubada intradomiciliaria, (aunque refiere que cada ocho días se presenta ésta), se encuentra calle sin pavimento, luz eléctrica; es pensionada por parte del esposo (\$ 2,600.00), aporta el hijo cada ocho días \$ 500.00, total mensual \$ 4,600.00; alimentación mala en cantidad y en calidad.

AGO.- Menarca a los 11 años, ritmo 28 x 3, gesta IX, para IX, C-0, A-0. -
FUR-45 años.

APP.- Cuadros gripales ocasionales, sin complicaciones, refiere problema reumático desde hace 3 años, a la fecha se encuentra con espasmo muscular por las mañanas, frecuentes, así como parestesias en miembro inferior derecho, - infecciones de vías urinarias frecuentes; abscesos glúteos en dos ocasiones, los cuales han tenido que ser I.Q., niega otros antecedentes.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Lo inicia hace 12 años, se ha controlado con hipoglucemiantes orales 1 x 3 hasta Diciembre de 1982, en que fue necesario aplicarle insulina de acción lenta a dosis de 30 V.I. (las cuales al parecer son in suficientes, ya que continúa con cifras elevadas, última de 200 mg), al recibir la noticia sólo se afligió poco, ya que cuenta con antecedentes de que -

su esposo falleció por complicaciones de diabetes.

FAMILIA.- Nuclear extensa, donde vive su hija con su esposo e hijos, urbana moderna, se encuentra en expansión y las principales funciones que ameritan atención son socialización, cuidado, afecto y estatus.

INGRESO MENSUAL.- Recibe pensión del esposo \$ 2,600.00 y de Benito un total de \$ 4,600.00 mensuales, la hija a pesar de vivir en la misma casa, cocina por separado; el ingreso total es de \$ 7,200.00 per cápita de \$ 3,600.00.

EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA.- La familia fue extensa, pero todos se han casado, solo Gloria y Benito viven con la paciente, el 2o. soltero; tienen recámaras separadas, Benito y Carmen, donde tienen todas las comodidades, el esposo (Santos), falleció por complicaciones de D.M., dejando honda pena al fallecer, ya que los vínculos eran claros, al principio, solo cambió el carácter hasta el final del fallecimiento del esposo en Octubre del año pasado Gloria presentó cuadro de F. Tifoidea, la cual transformó a la familia completa La familia actual de Carmen es de fiestas, baila, ingiere bebidas alcohólicas ocasionales, pasea, acude al cine, etc. trata de olvidarse de su problema. Refiere que si ha de terminar como su esposo, tiene que divertirse primero.

CRISIS ANTERIORES.- Se mencionan solo al recibir la noticia de ser diabética y compararse con el esposo, la muerte de su esposo por complicaciones diabéticas en Octubre de 1983. La aparición de F. Tifoidea de Gloria, el cambio de tolbutamida por insulina por descompensación.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Vínculo claro con el esposo en vida.

SUBSISTEMA FRATERNAL.- Vínculo claro con Benito, Gloria y relación directa y estrecha de Gilberto con Benito ya que labora en una imprenta propia, con resto de hermanos se ignora.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Adecuada entre Benito y Gloria y los nietos, con el resto de hijos al parecer vínculo difuso, no se frecuentan mucho.

DINAMICA FAMILIAR. - La demanda aparente es la D.M. y la demanda real yo considero que es la propia D.M. la cual le ha causado cierta angustia, afección parestesia, calambres y que toma Carmen, el papel de chivo expiatorio y - - Benito el de portavoz y emergente que se da cuenta del problema y lo que probablemente su madre se preocupa por su estado, ya que frecuentemente la observa callada, distraída, preocupada y a veces "contesta mal", destapa toda la conflictiva que existe en Carmen, lo cual durante las entrevistas lo niega, Benito es muy afecto ha acompañar a su madre a las pláticas de orientación - que se les otorga a estos pacientes en la UMF No. 18 los días lunes, no se mencionan otras desviaciones.

RELACION MEDICO PACIENTE. - Se acepta satisfactoriamente las entrevistas por parte de la familia y es adecuada la comunicación.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS. - Solo el área Psicológica sufrió cambio por el fallecimiento de Santos, el cual al final dejó marcada huella por sus complicaciones en Carmen, que al parecer ella no se ha recuperado.

PRONOSTICO. - Es reservado, aunque se empiezan a observar complicaciones diabéticas, como son retinopatía diabética y parestesias, lo cual lo haría delicado.

CAMBIOS EN LA FAMILIA. - En realidad no existieron cambios, ya que a pesar - de hacerle conciencia a Carmen del problema continúa negándolo que Benito refiere por la alteración observada en la vida diaria por eso creo que debo, - comentar que no existieron cambios, ya que según Benito, su madre continúa - igual. Además no acude a la cita con su médico familiar diciendo que le gustaría que la controlara el especialista de la diabetes porque al encontrarse descompensada, el M.F. la interconsultó con endocrinología.

FAMILIA: HIDALGO HERNANDEZ

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (5)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Hidalgo Hernández Cruz, de 72 años de edad, portadora de diabetes mellitus de hace 3 años, fecha de inicio del estudio 26 de Mayo de 1983.

AHF.- Hermana cardiopata de la cual se ignoran más datos, resto de antecedentes negativos.

APNoP.- Originaria del Estado de Morelos desde recién nacida vive en el D.F con escolaridad de 4o. de Primaria, tabaquismo negativo, alcoholismo positivo desde los 34 a los 72 años de edad, hace aproximadamente 6 meses que lo abandonó, estrato socio-económico bajo.

APP.- Refiere la muerte que en una ocasión posterior a sangrado del tubo digestivo, quedó internada en Hospital donde le dijeron era portadora de una cirrosis hepática, hace un año aproximadamente presentó descompensación diabética motivo por el cual estuvo internada, hipertensión arterial sistémica actualmente controlada.

PA.- Diabética desde hace 3 años refiriendo que sufrió depresión, llanto fácil y pensando que iba a suceder con ella por ser diabética, lo cual olvidaba cuando ingería bebidas alcohólicas.

FAMILIA.- Nuclear desintegrada, urbana, que vive en malas condiciones de higiene (en vecindario donde viven vive su hijo menor y la esposa). Las funciones principales que ameritan atención, son las de expansión, socialización, cuidado, afecto y retiro.

INGRESO MENSUAL.- Es de \$ 5,600.00 y el percápita el mismo.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA.- La paciente se casó con Adolfo a los 18 años de edad, vivió con él durante 15 años, que posteriormente se fue a vivir con otra mujer, llevándose consigo a los hijos, regresaron con ella cinco de los hijos cuatro años después, para sostenerse laboró como doméstica -

por un año, posteriormente laboró como costurera por lapso de 35 años, de donde de actualmente obtiene la pensión, desde el inicio de la separación de su esposo, inicia la ingestión a base de bebidas embriagantes a base de alcohol - hasta llegar a la embriaguez en muchas ocasiones, en Julio de 1983, lo abandona, es visitada muy poco por los hijos prácticamente se encuentra abandonada, sólo la ve Benito quien vive en la misma vecindad (solo ocasionalmente).

CRISIS ANTEPTORES.- A los 33 años de edad la separación de su esposo por otra mujer, inicia el alcoholismo, las relaciones parentales deficientes y la situación económica.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación en el núcleo familiar durante la unión con su esposo, siempre fué deficiente e inadecuada, existiendo un vínculo rígido, dominante por parte de él tomando ella el papel de pasivo-dominada.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Es deficiente, no existen lazos de comunicación, y solo la llegan a ver cuando ella tiene algún problema por su enfermedad.

SUBSISTEMA FRATERNAL.- Sólo en raras ocasiones llegan a visitarla siendo esta comunicación deficiente.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes mellitus y la demanda real es cómo mejorar las relaciones parentales; el porta voz es Cruz condiabetes, quien funciona como emergente y destapa el estado actual de conflictos familiares, los chivos expiatorios son los hijos quien indirectamente al parecer tienen toda la culpa de que ella se encuentre abandonada y de que nunca le facilitan ayuda para que viva mejor. Existe conciencia de la problemática familiar, ya que Cruz se da cuenta de que algunos de sus hijos sí pueden ayudarla pero éstos se niegan; durante las entrevistas se les solicitó que hicieran algo para ayudarla quedando en un forma positiva, lo cual la paciente se presentó en la UMF No. 18 aproximadamente, comentando que los hijos la hablan vuelto a abandonar y que sólo le habían dejado la responsabilidad a Consuelo quien ocasionalmente le facilita los alimentos. Existe rechazo por parte de los hijos hacia Cruz, en especial de Benito quien refiere no poderse cambiar de casa y vivir en mejores condiciones por cuidar de la madre, y que a la vez le crea conflictos con la esposa. En éstos momentos -

Benito toma el papel de emergente; posterior a la entrevista (primera) con la familia y destaparce toda la problemática, Benito recrimina a la madre por haber comentado todo lo anterior, teniendo idea de que a la mejor esto les puede crear u ocasionar problemas hacia él o los hermanos. Existiendo alianza entre la paciente y el terapeuta, asimismo con la Trabajadora Social.

RELACION MEDICO FAMILIA.- En un juicio se nota rechazo de Benito hacia el terapeuta, esto motivó que las entrevistas posteriores fueran solo con Cruz en la unidad.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- El alcoholismo crónico, conflictos parentales, el abandono de los hijos, el saberse diabética.

CAMBIO EN LA FAMILIA.- Se les hizo incapie en lo necesario que era el es tar unidos y de ayudar a la madre, lo cual requería de cuidado y afecto - así como de ingerir alimentos adecuados y que era necesario que también se es tuviera al pendiente de que fuera a sus citas con el médico para el control de la diabetes, actualmente continúa asistiendo a las pláticas de es - riantación diabética en la UMF No. 18. Se le hace mención de que es - tualmente se encuentra en buenas condiciones y que puede conseguir algún es - tra- jo por mínimo que sea para que su ingreso aumente y de esta forma tener - una distracción. Se le observa más tranquila y conciente de lo que es - tualmente le sucede.

FAMILIA: HERNANDEZ MARIA

Dinámica Familiar.

No de Entrevistas (6).

PACIENTE IDENTIFICADO: Hernández María, de 61 años de edad, la cual se sabe diabética desde hace 2 meses. Fecha de inicio del estudio 25 de abril del 83

A.F.- Padres finados se ignora la causa, 6 hermanos de los cuales han fallecido 3, 1 a balazos y 2 por vejez, Esposo de 59 años de edad, separados actualmente desde hace 15 años, 9 hijos de los cuales uno de ellos es alcoholico, y radica en E.U. en varias ocasiones ha presentado hematemesis, resto de antecedentes de importancia negativos.

APHO.- Originaria del estado de Guanajuato, radica en el D.F., desde hace 18 años, escolaridad 5ero de primaria, tabaquismo negativo, alcoholismo positivo, 2 años antes de saberse diabética, cuenta con casa propia, 2 piezas -- las cuales utiliza para todos los servicios, servicios de urbanización: cuenta con fosa séptica, agua intradomiciliaria, la cual solo la conectan cada 3 días, alimentación regular en calidad y en cantidad, resto sin importancia.

APP.- Vulvovaginitis aguda hace 8 años, con tratamiento satisfactorio, hace 2 años inicia con artritis reumatoide, bajo control médico, a los 54 años de edad I.C. por hemorroidectomía, resto negativo.

F.A.- lo inicia hace 2 meses cuando fue descubierta casualmente por su médico familiar, al solicitarle exámenes de rutina, siendo poco elevada la cifra se decidió que con dieta se le manejaría.

FAMILIA.- Nuclear, desintegrada, suburbana, tipo campesino-obrero, analfabeta, ignorante y en mala situación económica, vive en habitación reciente- mente se encuentra viviendo con ella, José quien tiene 5 hijos y esposa encontrándose en fase de expansión).

INGRESO MENSUAL.- \$ 10,000 pesos, que aporta Manuel quien trabaja como obrero, siendo el per cápita de \$10,000 pesos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA.- La paciente es muy renuente a tratamiento, es poca la información que se puede obtener, ya que solo se la pasa criticando la profesión médica, por haberse que no les tiene confianza, por lo que solo comenta --ue fue mejor buscar a un médico brujo, el cual visita hasta el Estado de Veracruz,, quien le prescribe 10 botellitas de un liquido -- con el cual se encuentra " muy bien", En relación al esposo comenta solo -- que hace 15 años que se separo de él, ya que descubrió que tenía otra mujer-

Manuel la visita cada 2-3 meses, o bien si no la puede visitar le envía dinero para el mes, se puede apreciar familia de tipo campesino, aridif, analfabeta, que no coopera a las entrevistas que se les realizaron, refiere que desde el inicio como nunca se ha sentido mal, no sabe si en realidad es diabético o solo la engañaron los médicos. No le tema importancia a los que tiene.

CRISIS ANTERIORES.- De inicio solo la separación que tuvo hace 15 años con José su ex-esposo.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Actualmente sin esposo, antecedente solo lo referido en la evolución. niega mas datos de importancia.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Es deficiente, la comunicación, con vínculo rígido de María hacia los hijos, ya que lo que ella dice se hace, refiriendo los hijos que ellos tienen la obligación de mantenerla económicamente y hacer lo que su mamá les dice, siendo un tipo de comunicación cerrada.

SUBSISTEMA FRATERO.- Aparentan buena relación entre ellos aunque es una comunicación cerrada, se aprecia vínculo rígido.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente y la real es la diabetes el portavoz es María por su problema, la cual toma el papel como emergente, ya que sus hijos solo saben que está enferma pero no de que, y que cuando acude a Veracruz, trae sus botellitas que le son dadas por el brujo con el cual se controla, se puede apreciar rechazo hacia el entrevistador y hacia José (esposo por haberse ido con la otra mujer, la familia es poco cooperadora, cortante. No se tocan otras referencias ya que siempre que se les encaminó hacia otra información, la paciente identificada, siempre retorna a la aversión hacia el personal médico.

RELACION MEDICO-PACIENTE.- Desde la primera entrevista se aprecia rechazo de toda la familia hacia el terapeuta existiendo transferencia y contra-transferencia de María y Manuel hacia el terapeuta, siendo motivo de que las entrevistas fueran cortas.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- No se plantearon expectativas del grupo, sentido de minusvalía sobre protección de los hijos hacia María, inconformidad por la situación económica, rechazo marcado hacia los médicos.

PRONOSTICO.- Reservado desde un principio, es una familia con comunicación cerrada, vínculo rígido y que durante las entrevistas los comentarios que -

tenían "de que no sirve para nada".

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les orienta en relación al problema ya establecido de María, haciendo caso omiso, ya que a pesar de estarla entrevistando de j6 de acudir a consulta médica para ir a Veracruz por sus botellitas; no se plantearon mas expectativas, ya que el rechazo de la familia hacia el terapeuta fué total. (cabe mencionar que solo se le realizó una cifra de glicemia, la cual se encontró en 166 mg. con lo que se le hizo el diagnóstico, no llenado los requisitos que se siguen para poder calificar a un paciente como diabético).

PACIENTE IDENTIFICADO.- Jiménez Vázquez Facunda, de 70 años de edad, con Diabetes Mellitus de 10 años de evolución, fecha de inicio del estudio 23 de - - Mayo de 1985.

AHF.- Padres finados, él falleció por prob. AVC, ella en un accidente, 8 hermanos de los cuales fallecieron dos de complicaciones de sarcopenia, una hermana a los 30 años de prob. AVC., cuatro finados ignorándose la causa; esposo - de 77 años de edad al parecer portador de reumatismo con neurosis de angustia 5 hijos de los cuales fallecieron 3, uno choque hipovolémico, otros ignora la causa; una hermana viva al parecer con problema cardiovascular, niega otros - antecedentes lúcticos fímicos, neoplásicos, etc.

APNoP.- Originaria del Estado de México, hasta los 16 años de edad, desde - esa fecha radica en el D.F. con casa propia de su hija, escolaridad con 2o. - año de primaria (sabe leer y escribir), tabaquismo negativo, alcoholismo ocasional (de tipo social), cuenta con una recámara para su esposo y ella se encuentra bien ventilada e iluminada, tiene fosa séptica, agua entubada ocasional que llega.

APP.- Absceso hepático amibiano hace 6 años tratada en CHN, AVC parcial con secuelas de hemiparesia izq. artritis hace aprox. 4 años, hace un año elevación de Ac, único refiere que tiene hernia umbilical desde hace 2 años, tiene cataratas desde hace años.

PA.- Se sabe diabética desde hace 10 años, controlada con hipoglucemiantes - orales, tolbutamida 1 x 3 en 24 hrs., refiriendo que al recibir la noticia - se sintió angustiada, deprimida hondamente ya que las relaciones con su esposo son inadecuadas.

FAMILIA.- Nuclear, urbana, desintegrada, vive solo con el esposo y su hija - la cual vive al fondo del mismo terreno, las principales funciones que ameritan atención son: socialización, cuidado, afecto y retiro, por parte de - - - Refugio se encuentra en fase de expansión.

INGRESO MENSUAL.- Es de \$21,500.00 por parte del esposo, el cual sólo aporta al gasto familiar \$ 6,000.00 sin excedente, el per cápita es de \$ 3,000.00.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Desde el inicio que se conocieron Facunda y Mauro, siempre existió un vínculo rígido; desde un inicio él salía temprano de su casa y regresaba tarde, cuentan con una hija a quien recurre Facunda para los gastos menores y el vestido elemental, ya que el esposo sólo proporciona para los alimentos, el esposo llegó a golpear en varias ocasiones a la paciente por cualquier incidente que fuera (desde hace 3 años refiere que dejó de golpearla), Mauro tiene casa aparte la cual renta en \$ 15,000.00 mensuales más aparte su pensión, de los cuales ignora Facunda su paradero, Refugio la hija tiene dos hijos una niña de 7 y un niño de 4 años de edad, se ignora que hace el esposo durante todo el día, sólo consume los alimentos y duerme en casa, por lo tanto la comunicación es cerrada e inadecuada; las relaciones sexuales son nulas.

CRISIS ANTERIORES.- Desde su unión con Mauro ha sido el mal trato y la economía familiar deficiente.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación con el esposo es cerrada e inadecuada - existiendo un vínculo rígido tomando el papel de dominante, en ninguna ocasión se le pudo entrevistar ya que se le dejaba dicho que esperara y jamás lo hacía

SUBSISTEMA PARENTAL.- Entre Facunda y su hija existe un vínculo claro, y entre Mauro y la hija es rígido, la comunicación es inadecuada.

SUBSISTEMA FRATERNO.- Sólo es de hija Refugio.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes mellitus, y la demanda real es como mejorar las relaciones conyugales, actúa como emergente y portavoz Facunda con su diabetes y ayuda como emergente a la hija quien entre los dos destapan la conflictiva en contra de Mauro quien toma el papel de chivo expiatorio, ya que es el que tiene la culpa de todo lo que pasa en la familia, el rechazo de Refugio hacia su padre es muy notorio por lo que Mauro generalmente no quiere estar en su casa; en varias ocasiones Mauro le ha dicho a -- Facunda que no sirve para nada y la rechaza por cualquier motivo.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Existe alienación de Facunda, la hija y el terapeuta contra Mauro pero esto solo queda por plática ya que jamás se le conoció en alguna entrevista.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- No se plantearon expectativas del grupo, se le hizo ver a Facunda la forma de bastarse por sí misma, ya que ella tiene el antecedente de haber tenido un estancamiento propio hace varios años, lo que obtenía de ganancias le servía para apidarse económicamente, el mal trato de Mauro para con ellas, insatisfacción sexual, sentido de minusvalía por saberse diabética y situación actual deficiente en la economía familiar.

PRONOSTICO.- Reservado ya que las entrevistas solo fueron con la afectada - sin la asistencia del infractor.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se le orientó a Facunda en relación al problema de su padecimiento, se le motivó a que volviera a atender su estancamiento para que con esto dejara de ser pasivo-dependiente de Mauro y de esta forma dejara de sentirse inútil y aquella preocupación de sentirse menos, ya que ella no es la única que padece esta enfermedad, se le hizo ver a Refugio la necesidad de que le proporcione a su madre los cuidados y afectos necesarios para que la paciente se encuentre en mejores condiciones Psíquicas. Actualmente Facunda continúa asistiendo a las pláticas de orientación que se otorgan en la UMF No. 18. En relación a su padecimiento al final del estudio del grupo se encontró cambio de actitud notándose más optimista en relación de su padecimiento y hacia Mauro.

PACIENTE IDENTIFICADO.- Helo Mayorga Ignacio, de 75 años de edad, diabético desde hace 5 años, fecha de inicio del estudio 23 de Abril de 1953.

AHF.- Madre que falleció de Cáncer no especificado, esposa diabética desde hace 16 años bajo control médico, resto de antecedentes negativos.

APNoP.- Originario del Estado de Veracruz, laboró desde pequeño como marino, no conoció a su padre, tabaquismo positivo intenso en la adolescencia actual lo abandonó, alcoholismo ocasional hasta llegar a la embriaguez, gusta de tomar café en abundancia; escolaridad Primaria completa, vive en condiciones de higiene aceptables y cuenta con todos los servicios de urbanización, alimentación adecuada pero no la dieta que se le solicita, pensionado de hace cinco años, actual labora como gestor de trámite en su colonia.

APP.- Diabético de cinco años de evolución, hipertensión arterial sistémica de 17 años de evolución bajo control médico (desde esa fecha, pentacriteritol).

PA.- Lo inicia hace 5 años al recibir la noticia de que lo iban a pensionar, refiere que la impresión fue tal que inició con diaforosis intensa y fría, se torno irritable, llanto fácil e insomnio, al poco tiempo se le descubren cifras altas de glicemia diagnosticándosele diabetes mellitus, la cual está controlada con tolbutamida de 1x3.

FAMILIA.- Nuclear, urbana, pensionada, semi-desintegrada, se encuentra en fase de retiro y las principales funciones que ameritan atención son las de socialización, estatus, cuidado y afecto.

INGRESO MENSUAL.- Sólo reciben la pensión de Ignacio \$ 6,037.00 y el percápita es de \$ 2,011.00 mensuales.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Desde muy pequeño Ignacio quedó huérfano, por lo que al finalizar la primaria, se vio en la necesidad de trabajar inicia su vida laboral en un barco en el cual llega a diferentes gerarquías.

menciona que desde muy pequeño ha tenido un sentido de minusvalía y sabe que es muy jor, gordo, prieto y chaparro que es lo que le ha creado este complejo. de su matrimonio con Romana desde hace cinco años ha sido manejo do con vínculo claro-difuso; Romana se sabe diabética desde hace 6 años con manejo médico adecuado que hasta el momento no hay aparición de complicaciones de su enfermedad; de esa misma fecha se inician los conflictos refiriendo que es posible que Ignacio se encontrara en mal estado psicológico por haberlo retirado del trabajo y que desde hace dos años la comunicación y las relaciones han sido un poco más satisfactorias ya que Ignacio se encuentra en que distraerse como gestor de su colonia. Durante su matrimonio tuvieron dos hijas, Aurora de 22 años la cual es soltera, y Enriqueta de 24 años, casada, la primera se encuentra actualmente sin trabajo e irritable por no poder encontrarlo refiriendo que como no sabe nada por eso es que no encuentra donde trabajar.

CRISIS ANTERIORES.- Desde el momento en que recibe la noticia de que va a ser pensionado y la coincidencia de encontrarse diabético lo que genera conflictos, desde el inicio de la enfermedad continúa sin dieta.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación entre Ignacio y Romana es deficiente y distorsionada, se aprecia un vínculo rígido, la esposa toma el papel pasivo-dependiente, y él con su complejo de minusvalía, trata de crearle un ambiente agradable.

SUBSISTEMA PARENTAL.- La comunicación es adecuada, de tipo vinculado.

SUBSISTEMA FRATERO.- La relación entre hermanas es buena.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes mellitus, la demanda real es cómo mejorar las relaciones conyugales, actuando como portavoz - Ignacio con su diabetes y a la vez emergente, ya quien es quien expone y -- destapa la conflictiva familiar de las inadecuadas relaciones conyugales - (hago mención que durante las entrevistas, tratan de aparentar un vínculo claro). Romana actúa como chivo expiatorio ya que es a quien se le culpa de que ninguno de los dos lleve la dieta adecuada y de el genio o mal carácter de que ésta es portadora; la actitud de Ignacio, cambia cuando existe el entretimiento del trámite de papeles. Ignacio hasta el final de las entrevistas, se le nota con mejor actitud y no se aprecia el mismo sentido de minusvalía que se observaba al principio.

RELACION MEDICO-FAMILIA.- La familia aceptó al entrevistador, lo cual se ello vó adecuadamente, se observaron relaciones adecuadas en ambos extremos.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Sentido de minusvalía por parte de Ignacio, relación conyugal superficial, situación económica mala y mal trato de la esposa hacia Ignacio (se menciona que Ignacio tiene voz ruda y aspera).

PRONOSTICO.- Reservado en cuanto al problema diabético y bueno en relación a la dinámica familiar, ya que Ignacio acepta y vé más claramente el haber perdido el trabajo anterior, encontrándose más optimista con el actual desempeño de labores.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les hizo ver el problema y las complicaciones que tiene el ser diabético y la necesidad de llevar a cabo la dieta, la situación económica de momento ha mejorado un poco ya que con el manejo de documentos - obtiene ingresos extras a su pensión. El sentido de minusvalía de Ignacio se torna menos asentado, tomando la actitud actual de decir que como ya está - viejo, es poco el interés que le pone de acuerdo a Romana, al parecer Ignacio se encuentra más afectado de saberse diabético, ya que en ocasiones se nota - distraído, triste y pensativo. Continúa con las orientaciones que se le dan en las pláticas proporcionadas en la UMF No. 18.

FAMILIA: PEREA LEAL

Dinámica Familiar
No. de entrevistas (6)

Paciente Identificado.- Perea Leal Jesús, de 62 años de edad, se sabe diabético desde hace 15 años, fecha de estudio 3 de Mayo de 1983.

AHF.- Padres finados, se ignora la causa, 5 hermanos, los 4 primeros fallecidos ignorándose la causa, las últimas 2 hermanas refiere que una de ellas falleció por CaCl, la otra de complicaciones diabéticas (prot. AVC) (refiere que los hijos que tiene son adoptivos, de la hermana que falleció de Ca.), hijos adoptivos aparentemente sanos (son 2 hombres y mujer), antecedentes lúcticos físicos, traumáticos negativos, etc.

APNoP.- Paciente originario del Estado de Michoacán, hasta los 2 años desde ese tiempo ha vivido en el D.F., con grado de escolaridad primaria completa, tabaquismo desde los 45 años hasta la fecha son 2 cigarrillos diarios, alcoholismo positivo de inicio hace 30 años cada 15 días sin llegar a la embriaguez, ocasional ingiere vino.

Domicilio ubicado en: Calle Chihuahua No. 73, Col. Sta. Teresa, Magdalena Contreras.

Cuenta con casa propia, que consta de 4 recámaras, baño, cocina, sala-comedor, bien ventiladas e iluminadas; el paciente ocupa una recámara para él solo, cuenta con los servicios de urbanización completos; obtiene como pensión la cantidad de \$ 25,000.00 (Veinticinco mil pesos 00/100 MN) mensuales, (laboró como camillero de Oncología) por un lapso de 20 años.

APP.- Cuadros amigdalínes banales sin complicaciones, I.Q. por desprendimiento de retina en ojo Izq. en 1961, en 1962 I.Q. por apendicectomía - - (en IMSS), 1979, sufrió traumatismo por caída en pie derecho de torque de 02, por lo que fue necesario de haber realizado amputación de dedos de -- pie derecho, (los 5 dedos fueron amputados), I.Q. en 1979 en IMSS, para catarata de ojo derecho, 1981 I.Q. ojo Izq. por catarata en IMSS, se sabe hipertenso desde hace un año controlado con alfametil-dopa 1x3x24 hrs., - resto de antecedentes sin importancia.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se sabe diabético desde hace 15 años, controlado con tobutamida 1x2x24 hrs., 4 años con insulina de acción lenta aplicación de 45 unidades diarias; refiere que cuando le dieron la noticia, existió cambio de conducta en su vida, afligiéndose y deprimiéndose al recibir la misma.

FAMILIA.- Compuesta, urbana, proletaria, desintegrada se encuentra en fase de expansión y las funciones principales que ameritan atención son las de socialización, cuidado, afecto y retiro.

INGRESO MENSUAL.- Por parte de Jesús, su pensión es de \$ 25,000.00 mensuales, el resto del ingreso se ignora.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Jesús es soltero, tomó el papel de padre al fallecer su hermana Margarita por CaCU y dejar 2 hijos de los cuales él se hizo cargo, laboró en el Hospital de Oncología del IMSS de donde es pensionado, actualmente, es poco el esfuerzo físico que realiza, se entretiene en su jardín. Se aprecia rechazo de la nuera hacia él, no le gusta a ella que le diga algo a sus hijos, además de tomarlo como si estuviera "Arromado" (siendo que la casa es de Jesús), con su sobrino el cual le tiene atenciones especiales, tiene una comunicación abierta para con Jesús, se evitaba preguntar en relación a sexo.

CRISIS ANTERIOR.- Al parecer sintió grandemente la muerte de Margarita, al recibir la noticia de que era diabético y cuando se casan sus sobrinos.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Ha permanecido soltero.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Existe desde que se casó su sobrino, hay deficiente comunicación (vínculo rígido), y es más rígido con su nuera, quién poco se dirige la palabra.

SUBSISTEMA FRATERNO.- Entre los sobrinos es claro-difuso por intervención de las esposas de ambos.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la Diabetes Mellitus de Jesús y la demanda real es cómo mejorar las relaciones parentales; el portavoz es Jesús con su Diabetes, a la vez que funciona como emergente ya que es él mismo, quien destapa la conflictiva familiar de las inadecuadas relaciones

del subsistema parental, el chivo expiatorio es la nuera (sobrina), ya que es a quien se le culpa de crear los conflictos que existen en el núcleo familiar, bloquea la comunicación con el abuelo y los nietos. Cabe mencionar que la nuera rechaza a las entrevistas ya que ésta se encerraba en su cuarto a ver T.V., llevándose consigo a los niños, la comunicación es de tipo rígido entre Jesús y la nuera aceptándosele por ser el dueño de la casa, los almuerzos que exigiere son preparados por él así como el lavado de ropa; las relaciones sexuales son esporádicas.

RELACION MEDICO-FAMILIAR.- Se observa transferencia y contra-transferencia entre el Médico y la nuera, por lo que el resto de entrevistas se continúan solo con Jesús y el Médico en la U.M.F. No. 18.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- No se plantean expectativas del grupo, rechazo de la nuera hacia Jesús por inconformidad de que económicamente no les ayuda, - se observa mal trato hacia Jesús por parte de la nuera y minusvalía por saberse diabético.

PRONOSTICO.- Reservado, ya que no se logró la asistencia del grupo familiar y también por las contestaciones de su problema diabético.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se le hizo consciente a Jesús la falta de integrarse a su familia como grupo y la necesidad de entablar diálogo con sus familiares y de no sentirse menos en relación a las demás personas por ser diabético ya que ninguna persona lo sabe a menos de que él se los diga. Lo cual al parecer, durante el tiempo del estudio, se nota un cambio de actitud en su persona y en su esfera psicológica. El resto no es laborable ya que no se tuvo oportunidad de entrevistar a la nuera por evadir al Terapeuta.

FAMILIA: PIÑONES RAYAS

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (6)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Piñones Rayas Alfredo, de 73 años de edad, se sabe diabético desde hace 14 años, fecha de inicio del estudio 2 de Mayo de 1953.

AHF.- Padre finado a los 45 años de edad por prob. apendicitis, madre finada se ignora la causa, tres hermanos muertos, uno por cirrosis alcohol-nutricional, una hermana se ignora la causa, esposa de 73 años de edad, se sabe diabética desde hace 6 años, controlada con hipoglucemiantes, una hija de 56 años de edad diabética desde hace 10 años bajo control médico, el tercer hermano se sabe diabético desde hace 7 años de evolución; resto de antecedentes negativos.

APNoP.- Originario del Edo. de Michoacán, donde vivió hasta los nueve años de edad, radicó once años en Guadaluajara, trabajo doce años en el Ejército en diversos lugares, a partir de los 32 años en adelante, radica en el D.F. escolaridad 2o. de Primaria, sabe leer y escribir; actualmente es pensionado, también laboró como instructor de equitación, cuenta con todos los servicios de urbanización, alimentación mala en calidad, regular en cantidad.

APP.- A los ocho años padeció paludismo tratado médicamente, volvió a padecerlo a los 35 años, cursando con abscesos en miembros inferiores a las mismas edad, ignorando más datos, I.Q. Oftalmológica hace cinco años por cataratas, resto de antecedentes negativos.

PA.- Se sabe diabético desde hace 14 años, controlado con hipoglucemiantes hasta hace 12 años, posteriormente con insulina de acción lenta 35 u.i.

FAMILIA.- Nuclear, pensionada, urbana, integrada, se encuentra en fase de retiro y las funciones principales que merecen atención son las de socialización, cuidado, afecto y estatus.

INGRESO MENSUAL.- \$ 6,000.00, el per cápita es de \$ 3,000.00 mensuales.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Los dos cónyuges provienen de matrimonios anteriores, Dolores en 1926, se casó con Francisco, el cual falleció a

los 25 años de edad, ignorándose la causa, Alfredo había estado unido con -- Angela, con la cual había contraído nupcias en 1930, separándose de ella a los ocho años, por conflictos no bien especificados, refiere Alfredo que -- cuando Angela visitó a su familia en Guadalajara ya no regresó en un segundo viaje, siempre ignoró el verdadero motivo por el cual no regresó. Al recibir la noticia de que era diabético, inicia con insomnio, pesadillas, se torna irritable, se le notaba distraído, triste y pensativo, le atormentaba el saber lo que iba a ser de él y el que quedara sola su esposa, lo cual recuerda las incógnitas de que a Dolores también es diabética y portadora de artritis reumatoide deformante la cual a la fecha le impide la deambulaci3n actualmente viven solos, en casa alquilada con renta congelada, el sostenimiento es únicamente con la pensi3n de Alfredo, el saberse que cada uno de ellos proviene de otro matrimonio, no ha afectado en lo más mínimo sus relaciones los hijos que tuvo Alfredo con Angela, solo los visitaba para pasarle pensi3n. -- Actualmente ambos se encuentran con retinopatía diabética y en cuanto a sus relaciones sexuales, no se hacen mención (cabe mencionar que entre Dolores y Francisco no hubo hijo alguno).

CRISIS ANTERIORES.- Para Alfredo la separaci3n de Angela y el olvido por parte de sus hijos ahora que éstos son mayores de edad, el saber que Dolores es diabética y artrítica con imposibilidad de valerse por sí sola, la preocupaci3n de la situaci3n económica y el que será de uno sin el otro cuando uno de los dos falte.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Existe una comunicaci3n clara y eficiente, siendo un vínculo claro.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Nula la comunicaci3n de la pareja para con los familiares de ambos, (se encuentran aislados de sus familias).

SUBSISTEMA FRATERNO.- Al parecer es un vínculo rígido, no hay comunicaci3n con ellos.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente y la real son las mismas, siendo en la real, que el paciente requiere de afecto, por el aislamiento en que viven el portador es Alfredo con su diabetes y complicaciones, al igual que Dolores por el mismo problema, el emergente es Alfredo que destapa los conflictos pasados con su familia y expresa la inconformidad económica y abandono de sus hijos. El chivo expiatorio para Alfredo es Angela a quien culpa por

el abandono sin haber dado alguna justificación y el alejarlo de sus hijos. se puede apreciar que hay conciencia del problema, que existe en ambos ya que ellos mismos lo expresan "sé que estoy muy mal" pero lo que más me preocupa, es que cada uno de ellos piensan que va a ser el uno sin el otro desde el punto de vista económico, se encuentran adaptados y también a lo que le puede suceder a cada uno de ellos en un momento determinado.

RELACION MEDICO-FAMILIA.- Se notó aceptación adecuada de ambos lados, existiendo comunicación abierta.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Se les plantearon expectativas a la pareja el saberse portadores de la diabetes, la situación económica.

PRONOSTICO.- Es malo a corto plazo en relación a los aspectos de la diabetes, ya que las complicaciones han iniciado con nefropatía y retinopatía diabética y en relación al aspecto Psicológico, es de notarse el aislamiento y el círculo tan cerrado en que se encuentran y por último, la situación económica ya que para ellos no es muy adecuada, aunque pagan renta congelada, queda poco dinero para la alimentación.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Creo que no existió ningún cambio de actitud, ya que desde un principio continuaron en un mismo círculo, jamás se logró quitar de su pensamiento los problemas que pueden suceder de un momento a otro por su diabetes, en relación al estado económica, es difícil valorarlo ya que ninguno de los dos actualmente es capaz de desarrollar algún trabajo. - Alfredo que es quien se encuentra en mejores condiciones, se le aprecia una marcha penosa y se le ve deprimido, continúa asistiendo a pláticas de orientación en la UNF No. 18.

FAMILIA: RAMIREZ DE GANTE

Dinámica Familiar
No. de Entrevistas (6)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Ramírez de Gante Roberto, de 56 años de edad, se sabe diabético desde hace 5 años, fecha de inicio del estudio 29 de Marzo de 1983.

AHF.- Padre que se ignoran datos por estar separado de la madre. Madre de 85 años de edad, a la cual se le practicó histerectomía hace 30 años, se ignora motivo. Hijos en número de 5 actual viven 4 aparentemente sanos, uno finado a los 3 meses de edad por probable bronconeumonia en Hospital de la Raza IMSS. Esposa de 45 años de edad, con probable cardiopatía, hace un año con descompensación, la cual ameritó estar en observación durante un día. La materna, la cual padecía de probables crisis convulsivas, la que murió en Hospital de Enfermos Mentales, donde fue al final ingresada por alteraciones de la conducta. Resto negativo.

APNoP.- Paciente originario del Estado de Veracruz, donde radicó hasta los 12 años, desde entonces vive en el D.F., escolaridad secundaria completa, tabaquismo positivo, una cajetilla diaria, lo abandona hace un año, alcoholismo positivo desde los 20 años. Actualmente vive con un hijo casado, su nuera y un nieto y su hijo menor. Casa rentada particular, cuenta con los servicios de urbanización excepto baño (fosa séptica), duermen en el mismo cuarto separados por una cortina.

APP.- Refiere rubiola y sarampión, en 1960, reumatismo, diabetes desde hace 15 años. Hipertensión de 2 años de evolución, insuficiencia cerebral vascular, tipo trombotico en territorio arterial con aterosclerosis (10. de Marzo de 1983) ameritó ocho días de hospitalización.

P.A.- Diabético de 5 años de evolución, controlado a base de hipoglucemiantes orales, (tolbutamida 1x3) sin descompensación.

FAMILIA.- Nuclear compuesta, urbana que vive en habitación en malas condiciones de iluminación y ventilación, moderna y desintegrada, se encuentra en fase de expansión y las funciones principales que ameritan atención son: Socialización, cuidado, afecto y retiro.

INGRESO MENSUAL.- \$ 10,900.00 mensuales (de pensión e intereses), y un per cápita de \$ 5,450.00 mensuales para Roberto y Alfredo.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Roberto se casó con Adela en 1961, tuvieron 5 hijos, vivieron durante 18 años y posteriormente se separaron. Al berto murió a los 21 años, a la separación, Sergio y Dolores se fueron a vivir con Adela existiendo rechazo de éstos hacia Roberto, el cual solo quedó con Alfredo que tenía 12 años de edad a esas fechas (hace 5 años), 2 años después de la separación, Dolores se fue a vivir con Roberto, empieza a haber ciertas desviaciones, y que al reprimirla vuelve nuevamente con Adela queda nuevamente solo con Alfredo; posteriormente se casa Sergio y decide vivir con su esposa e irse con su Padre; la casa se encuentra en malas condiciones de higiene y humedad y solo se encuentra un cuarto que sirve de recámara, sala y comedor. En Marzo de 1983 sufrió EVC quedando como secuelas emiplegia del lado izquierdo e imposibilidad para la marcha, vive solo de la pensión y los intereses que el Banco le da. Adela trabaja actualmente como doméstica y desea volver a vivir con Roberto. No se hace referencia en relación al sexo.

CRISIS ANTEPIORES.- La separación de Roberto y Adela que al saberse diabético y sus complicaciones, en 1983 EVC y la situación económica actual.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- La comunicación siempre fue deficiente entre Adela y Roberto.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Hay solo buena comunicación con Alfredo y Sergio, no así con la nuera, con el resto de sus hijos, el vínculo es rígido y en la misma forma con la nuera.

SUBSISTEMA FRATERNAL.- Se aprecia una comunicación adecuada y eficiente.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes, y la demanda real es cómo mejorar las relaciones conyugales y parentales; siendo el porta voz Roberto con su diabetes, quien a la vez toma el papel de emergente, ya que es quien destapa y expone las conflictivas familiares y las inadecuadas relaciones en los subsistemas conyugal y parental. El chivo expiatorio es Adela a quien se le culpa de todo, y por no haber podido llevar a cabo el papel de madre y no soportar la situación económica por la que cruzaban en

La época de la separación evadiendo la responsabilidad. Durante el tiempo de la separación Roberto decae, se deprime, se torna irritable, se descuida de la alimentación y no lleva la dieta adecuadamente, refiriendo que no existía ninguna persona a quien le interesara, tomando una actitud de venganza hacia su familia.

RELACION MEDICO-FAMILIA.- Las relaciones entre el personal y la familia fueron adecuadas, pudiendo observar que algunos datos que se habían obtenido de primeras entrevistas, no eran verdícos, ya que al realizar entrevistas en su domicilio, se pudo observar cierta falsedad, al resto de la familia fue imposible entrevistarla, ya que se encuentra desintegrada.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Separación de los cónyuges, paciente diabético con minusvalía, mala situación económica, insatisfacción sexual, EVC, desintegración familiar.

PRONOSTICO.- Es reservado y no se plantean expectativas de grupo por la desintegración de la familia.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les hizo conciente el problema que representa en sí la enfermedad de la cual es portador Roberto, así como las complicaciones de ésta, la cooperación por parte de los familiares que viven con él para que se lleve a cabo la dieta que se requiera, la situación económica no mejora en nada y la actitud de las personas tampoco o por lo menos no se observa.

FAMILIA: RANGEL FRAGOSO

Dinámica Familiar

No de Entrevistas (6)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Rángel Fragoso Antonio, de 73 años de edad, con Diabetes Mellitus de 2 años de evolución, fecha de inicio del estudio: 6/IV/83.

AHF.- Sin importancia.

APNoP.- Originario del D.F., alcoholismo positivo desde los 19 años de edad hasta los 35, siendo de 2 a 3 veces por semana hasta llegar a la embriaguez tabaquismo positivo desde los 16 años hasta hace 2 años en que fue de 1 cajeta diaria, actual de 2 a 3 cigarrillos diarios, primaria completa, actualmente pensionado, laboró toda su vida como panadero, iluminación mala en ventilación mala, alimentación regular en calidad y en cantidad, servicios de urbanización incompletos, resto sin importancia.

APP.- Hernioplastia inguinal derecha el 12 Dic de 1982 y Prostatectomía, D.M de 2 años de evolución, resto sin importancia.

P.A.- Inicia hace 2 años con poliuria, astenia, adinamia, polifagia y mal estado general, manejado con hipoglucemiantes orales (tolbutamida 1x3), actualmente compensado.

FAMILIA.- Extensa, suburbana, obrera, moderna e integrada, se encuentra en fase de estatus y las principales funciones que ameritan atención, son: socialización, cuidado, afecto y retiro.

INGRESO MENSUAL.- \$32,600 pesos, y un per cápita de \$3,600 pesos.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Antonio procede de matrimonio anterior (la esposa anterior de nombre Carmen), quien falleció a los 35 años de edad ignorándose la causa, de los cuales nacieron 6 hijos, el último murió por cuadro clínico de Tosferina, posteriormente se casó con Laura, de donde nacen 10 hijos de los que falleció 1, laboró como panadero durante toda su vida - las relaciones con su familia han sido abiertas, claras y satisfactorias. Al recibir la noticia hace 2 años se deprimió, se sentía triste, tuvo cuadro clínico antes descrito en P.A. refiere no eleva adecuadamente la dieta y si

rica en carbohidratos. (Cabe mencionar que su esposa y todos sus hijos son obesos y la higiene es mala); además el lugar donde viven se encuentra en malas condiciones, inicia con complicaciones de su diabetes con inicio de retinopatía. La familia refiere que es demasiado distraído.

CRISIS ANTERIORES.- Para Antonio el recuerdo del fallecimiento de su primera esposa y el no saber que conducta tomar con los hijos. El saberse diabético y pensar que va a ser de él y también la situación económica en la que vive.

SUBSISTEMA CONVUGAL.- Es adecuado, eficiente y la comunicación es abierta con su esposa actual.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Adecuado (la mayor parte del tiempo en el día se encuentra fuera trabajando la esposa), pero las horas en que se encuentran juntos las relaciones son adecuadas.

SUBSISTEMA FRATERNO.- Comunicación abierta, clara y eficiente.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente, es la diabetes de Antonio, asimismo la demanda real es la diabetes y la situación económica; actúa como portavoz Antonio con la D.M., y como emergente Laura, quien se lamenta del estado actual en que se encuentran, y que a pesar de trabajar sus tres hijas y ella no alcanza para sufragar el gasto familiar, aportando pequeñas cantidades a las hijas. Lo anterior es con la intención de mencionar de que Antonio requiere de comida especial y que no alcanza el dinero, esto lo hace sentir mal y se preocupa por no poder ayudar en nada "refiere que ya no sirve para nada".

RELACION MEDICO-PACIENTE.- Es adecuada, existiendo comunicación abierta; menciono que jamás fue posible entrevistar a la familia completa, ya que las hijas laboran durante el día, y las más pequeñas, acuden a la escuela (las entrevistas fueron realizadas por la mañana).

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Diabetes Mellitus, situación económica y mal control de la diabetes.

PRONOSTICO.- Reservado, ya que las complicaciones inician su aparición y evolucionan según su curso, y en relación a la dinámica se puede decir que

es reservado-bueno, ya que la familia tiene una comunicación adecuada.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les hizo conciente en las entrevistas de llevar una dieta adecuada para Antonio y las complicaciones que aparecen si ésta no es llevada, asicomo el que Antonio pueda realizar trabajos extras (como en otras ocasiones lo ha hecho) para obtener un ingreso y que esto lo haga sentir mejor, además de que le comuniquen a las hijas que trabajan, que es necesario que aumenten el ingreso a su casa, para que sea utilizado en las demandas que se requieran.

FAMILIA: ROSAS RAMOS

Dinámica Familiar.

No de Entrevistas (17)

PACIENTE IDENTIFICADO.- Rosas Ramos Angela, de 51 años de edad, con diabetes de 8 años de evolución. Fecha de inicio del estudio 8 de mayo de 1983.

AHF.- Padres vivos aparentemente sanos, 4 hermanos sanos, resto de antecedentes negativos.

APNoP.- Originaria del estado de Puebla, hasta la edad de 18 años, radica actualmente en C.F., analfabeta, laboro como campesina, tabaquismo y alcoholismo no negativos, viuda desde hace 27 años, cuenta con casa propia sin tener los servicios de urbanización completos, seio luz, vive con uno de sus hijos casados, resto sin importancia, 30 años lavo ropa de sus vecinos.

APP.- I.O. hace 5 años por problema ginecológico le efectuaron histerectomía vaginal, resto negativo.

P.A.- Se sabe diabética desde hace 8 años bajo control médico, tratamiento oral a base de tolbutamida, refiere parestesias de Ms Ss e Ts..

FAMILIA.- Nuclear compuesta suburbana, obrera actual, moderna e integrada -- en fase de expansión, las principales funciones que ameritan atención son -- socialización, cuidado, afecto y retiro.

INGRESO HENSUAL.- Es de \$ 26,000 pesos y el per cápita de \$ 6,500 pesos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA.- Angela proviene de una familia de 5 hermanos, posteriormente se caso con Agustín donde tuvo de familia 4 hijos, falleciendo 2 a temprana edad ignorando la causa, una hija que cursa con D.M. llamada Cecilia de 35 años de edad, y Fernando que es el hijo menor de 30 años de edad casado con 1 hijo al cual le gusta ingerir bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez, en ocasiones llega a golpear a la esposa e insulta por igual a la madre y esposa. Agustín el esposo de Angela falleció a los 35 años por problema gastroenterológico, dejando como patrimonio la casa en que habitan actualmente, al momento de regularizar los terrenos Angela puso a nombre de Fernando el terreno. es de mencionarse que durante la viudez Angela lavo ropa ajena para poder sostener a sus hijos, cuando se encontró -

sola.

CRISIS ANTERIORES.- El fallecimiento de Agustín, El recibir la noticia de que es diabética, la situación económica con la que ha cursado, y el estar siempre sola.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- En vida de Agustín refiere comunicación eficiente y clara.

SUBSISTEMA PARENTAL.- La comunicación siempre ha sido abierta hasta antes de casarse Fernando, después de esto, al parecer se volvió difusa.

SUBSISTEMA FRATERO.- Antes de que se casaran cada uno de los hijos fue abierta, posteriormente poco se frecuentan.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la diabetes M. y la demanda real es como mejorar las relaciones parentales, siendo el portavoz Angela con su D.M. el emergente la nuera quién destaca la conflictiva familiar la cual es tratada de cubrir por Angela, quién refiere que todo marcha adecuadamente, y que la dieta como el ingreso económico que da Fernando no es adecuada y por lo tanto es difícil que se cubran los requisitos para la alimentación adecuada y menos para llevar una dieta para diabético, tanto Angela como la nuera toman un papel pasivo-dominado-dependiente, y Fernando el papel de dominante, existiendo un vínculo rígido entre la nuera y su esposo.

RELACION MEDICO FAMILIA.- Se aprecia aceptación por parte de la nuera y de Angela, siendo una comunicación abierta y eficiente, no así con Fernando con el cual existe una transferencia y contratransferencia.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Angela nunca ha querido reconocer los conflictos entre los esposos, inconformidad de la esposa por la situación económica actual, sentido de minusvalía de Angela por saberse diabética.

PRONOSTICO.- Reservado poca cooperación de Fernando hacia el grupo familiar y que es encubierto por Angela, además de existir alianza entre ellos contra la nuera, reservado para la D.M.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les hizo conciencia de que el grupo familiar no interviniere como grupo a las entrevistas, de que Angela no Sobreprotege a su hijo y que se de cuenta de la realidad en que viven (a pesar de lo an--

teriormente ya expuesto, Angela refiere que es la situación actual en que -- nos encontramos, y que su hijo realiza el trabajo necesario, pero que es difícil que pueda obtener más ingresos, se pudo observar gran cambio de actitud por parte de la paciente al final de las pláticas en relación a la diabetes pero en relación a la conducta tomada para con su hijo y la nuera, existiendo siempre esa alianza en contra de su nuera, por creer que le exige demasiado a su hijo. actualmente continúa a las pláticas de orientación en UMF-- No 13 las cuales se efectúan cada semana, cambios de actitud en sentido de -- minusvalía , con relación a explicarle que nadie sabe que es diabética y -- que solo se enteraran si ella se los dice.

FAMILIA: UARACHA NAVARRO

Dinámica Familiar

No de Entrevistas (5).

PACIENTE IDENTIFICADO.- Uaracha Navarro Esperanza, de 61 años de edad, se sa
be diabética desde hace 17 años, Fecha de inicio del estudio 23-Junio 63.

AHF.- Sin importancia.

APNoP.- Originari del Estado de Jalisco donde radico hasta los 35 años de -
edad, resto en D.F., tabaquismo positivo a base de 1 cajetilla diaria hasta-
los 35 años de edad, alcoholismo negativo, vive en casa que cuida con su es-
poso, donde cuentan con todos los servicios de urbanización, resto sin impor-
tancia.

APP.- I.Q. a los 18 años de edad por apencicectomía, y a los 21 años I.Q. de
patología ovarica, se ignoran más datos.

P.A.- Se sabe diabética desde hace 17 años, bajo control médico a base de -
hipoglucemiantes orales, refiriendo que desde el inicio de su enfermedad ha
disminuido notablemente de peso, el cual jamás logró recuperar, ha iniciado -
con retinopatía diabética.

FAMILIA.- Nuclear, urbana, integrada, se encuentra en fase de retiro y las --
principales funciones que ameritan atención son: cuidado y afecto.

INGRESO MENSUAL.- de \$20,000 pesos, -iedo un per cápita de \$ 10,000 pesos.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.- Esperanza proviene de una familia numero
sa, radico en Jalisco hasta los 35 años, vive actualmente con José en unión-
libre, de 66 años de edad el cual labora en diferentes funciones en la casa-
que cuidan, siendo lo principal de jardinero, du-ante su unión no procrearon
ningún hijo, siempre se encuentra Esperanza sola, se le observa triste, --
callada y ella prefiere también aislarse, de la demás gente, se mencionan re-
laciones sexuales satisfactorias.

CRISIS ANTERIORES.- seis meses antes de su estudio se le diagnóstico Neurosis
conversiva, en 2 ocasiones descompensaciones diabéticas, las cuales requiric

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ron ser manejadas en hospital.

SUBSISTEMA CONYUGAL.- Existe una comunicación abierta y hasta sobreprotección por parte de José hacia Esperanza.

SUBSISTEMA PARENTAL.- Viven separados de sus familias y no tienen hijos.

SUBSISTEMA FRATERNAL.- Son hijos.

DINAMICA FAMILIAR.- La demanda aparente es la Diabetes Mellitus de Esperanza y la demanda real continúa siendo la misma, mas la neurosis o el porque se pone muy mal Esperanza ante cualquier problema por mínimo que este sea así como la angustia que siente al estar sola, el emergente es José quién refiere lo que acontece en el núcleo familiar, y de que siempre su esposa morciona que porque nunca " Dios le mando hijos" para no estar en la soledad en que se encuentran, José sobreprotege a Esperanza, la manda a practicar con las vecinas pero ella se niega a salir.

RELACION MEDICO FAMILIA.- La comunicación es adecuada y eficiente, abierta por ambos lados.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- Sentido de minusvalía por parte de Esperanza por saberse diabética, la soledad en que se encuentra, angustia por saber que a pesar de llevar la dieta no controla las cifras de glucemia (incluso toma medicamentos).

PRONOSTICO.- Se espera bueno en relación a la dinámica de la familia, ya que ponen bastante interés en las entrevistas, malo en relación a la diabetes -- que ha crecido la aparición de sus complicaciones.

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se les comentó que es necesario que continúen asistiendo a las pláticas de orientación en la UMF No 13, esto a su vez le sirve de distracción a Esperanza, tener pláticas otras personas y tener más comunicación con el grupo, existió cambio de actitud al final del estudio, pero cabe mencionar que ella se encuentra preocupada por la baja de peso y que a pesar de llevar dieta no logra un buen control, se le explicó que debe ser necesario que se valore administración de insulina por su M.F.

FAMILIA: VILCHIS VILCHIS

Dinámica Familiar

No de Entrevistas (5).

PACIENTE IDENTIFICADO.- Vilchis Vilchis Luz, de 59 años de edad la cual se sabe diabética desde hace 1 mes antes del inicio del estudio. Fecha de inicio del estudio 10 julio de 1983.

AHF.- Abuela materna finada por Cirrosis hepática, 1 hijo con toxicomanías-- resto de antecedentes sin importancia.

APNoP.- Originaria del Estado de México, radica en D.F. desde los 6 años --- escolaridad 4o año de primaria, tabaquismo ocasional mínimo en la etapa de - adulto joven, alcoholismo social, separada del conyugue y vive actualmente - con su hijo Mario desde hace 15 años el cual es casado y con 3 hijos, el cual le solventa todos los gastos necesarios, ademas recibe ayuda económica - por parte de otro hijo. resto sin importancia.

APP.- Refiere cuadros eruptivos de la infancia, I.Q. en 1948 de vías biliares hace 14 años parálisis facial izq. y hace 3 años se le diagnóstico H.A.S. - resto sin importancia.

P.A.- Refiere que desde hace 3 años ha venido con cefaleas universales intermitentes en regiones temporales, en ocasiones astenia, adinamia, poliuria, las cuales se acentuaron cuando se le diagnóstico D.H. por exámenes de rutina, al recibir la noticia se sintió triste, presentó insomnio, depresión, lo cual solo duró refiere una semana y media, en que se volvió a reintegrar a su familia, (?????). se ha venido manejando con dieta exclusivamente.

FAMILIA.- Nuclear, compuesta, urbana, integrada, en fase de expansión y las principales funciones que ameritan atención son: reproducción, cuidado.

INGRESO MENSUAL.- La paciente no cuenta con ingreso económico, los gastos los absorbe su hijo con el que vive, ademas de tener otra ayuda económica por parte de otro hijo.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA. - Luz durante su vida, ha tenido 2 uniones libres, la primera con Paciano con quien tuvo 3 hijos de los cuales uno falleció, Mario de 38 años de edad el cual es casado y con el que vive, y Rosario de 30 años casada, al separarse de Paciano estuvo sola durante 3 años posteriormente se unió nuevamente en unión libre con Juan, procreando 4 hijos, de los cuales el primero falleció, volviendo a tener problemas nuevamente con Juan decidió separarse de él, desde hace 15 años, Juan trabaja como reparador de zapatos, tienen un hijo entre los dos, el cual es toxicómano y en ocasiones les ha llegado a hurtar cosas de la zapatería (reparadora), para continuar con el vicio, Luz no se encuentra a gusto en la casa de Mario porque la nuera no le deja hacer nada de labores en la casa, por lo que para distraerse visita frecuentemente a sus hijas, encontrándose la mayor parte del tiempo fuera de su hogar.

CRISIS ANTERIORES. - Las separaciones de las parejas con quienes ha vivido, - el saber que su hijo es adicto a drogas, .

SUBSISTEMA CONYUGAL. - Desde hace 15 años vive sin pareja sexual.

SUBSISTEMA PARENTAL. - Buena comunicación con los hijos, los vínculos son claros, ha excepción de Juan que siempre crea conflictos en la familia.

SUBSISTEMA FRATERNAL. - Adecuado y eficiente a excepción de Juan, existe una comunicación abierta y clara.

DINÁMICA FAMILIAR. - La demanda aparente es la diabetes Mellitus, y la demanda real son sus estados emocionales y como mejorar las relaciones con Juan - y ver en que se le puede ayudar, la emergente es la nuera quién destapa la conflictiva y exterioriza los problemas que existen en la familia y más de ella suegra, dando a entender que todo está dado por Juan y su vivio, siendo este el chivo expiatorio, por tener la culpa de todo lo que acontece a su madre, Luz continúa frecuentando a Juan su ex-pareja conyugal y platicar sin resentimientos.

RELACION MÉDICO FAMILIA. - Existe una comunicación adecuada, por ambos lados aceptándose las orientaciones y poniendo atención en indicaciones.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.- El tener un hijo drogadicto, el encontrarse sola -- sin compañero sexual, el saberse diabética, lo cual al inicio le creó sentido de minusvalía .

CAMBIOS EN LA FAMILIA.- Se realizaron todas las entrevistas en su domicilio a excepción de la primera que fue el envío al grupo, se le explicó los riesgos que corren los pacientes diabéticos si no llevan un control adecuado que es necesario que si desde este momento se controla con dieta lo continúe por el sentido de minusvalía se le comenta que solo las personas sabrán que es diabética si ella se los comenta, ya que por el momento no hay forma de ellos se den cuenta, de su problema. Su hijo al parecer es un caso en el que existe poco por hacer, ya que inicia con alteraciones psíquicas .

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las familias que se estudiaron fueron dieciocho a las que se les efectuó di
námica familiar.

Pacientes identificados, encontré un total de dieciocho pacientes, con un --
promedio de 65 años; en el que el rango de edad osciló entre 55 y 75 años de
edad, con respecto al sexo predominó el sexo femenino (12 casos), en rela-
ción al masculino (6 casos).

AHF.- En relación a los padres de los pacientes identificados se encontró
que doce de dieciocho hablan fallecido, de dos se ignoraba su paradero y el
resto aparentemente sanos. En una familia se encontró un dato de drogadic-
ción; cáncer (4 casos), diabéticos (10 casos), cirrosis (2 casos), EVC (3 ca-
sos), accidentes (2 casos), alcoholismo (2 casos), hipertensión arterial -
sistémica (3 casos), artritis (3 casos), neuropatías (3 casos), epilepsias -
(2 casos) y apendicectomía (1 caso).

APNoP.- Se encontró que de los dieciocho pacientes 12 provienen de los di-
ferentes estados de la República y 6 eran originarios del D.F., con escolari-
dad primaria incompleta (10), primaria completa (6), secundaria (1) y prepa-
ratoria (1); cuentan con casa propia (11) y rentan casa (7), se detectó ta-
baquismo en (7 casos) al igual que el alcoholismo en el mismo número de ca-
sos; 8 de los pacientes son pensionados; el número de pacientes que viven se-
los son 6, y los que se encuentran unidos actualmente a su pareja son 8, el
resto se encuentran separados (uno de ellos es soltero); 17 pacientes que -
provienen de un estrato socio-económico bajo y solo uno de los pacientes que
proviene de medio alto.

APP.- Encontré que de todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgica-
mente por diferentes patologías (12), 6 de ellos cursaban con hipertensión -
arterial sistémica, 3 con enfermedad vascular cerebral, una paciente con ci-
rrosis hepática y otra con absceso hepático amibiano.

El padecimiento actual, tiene una evolución de aparición de un mes a diecio-
ocho años, siendo un promedio de nueve años, el manejo ha sido con hipoglúce-
miantes orales en trece pacientes y con dieta tres y otros dos más con insu-
lina. En la mayor parte de los pacientes el cuadro clínico se caracterizó -
al recibir la noticia el paciente por: depresión, tristeza, insomnio, llan-

to fácil e irritabilidad, con el pensamiento de qué va a ser de nosotros.

FAMILIAS. - En su mayoría son de tipo nuclear (13), compuestas (3), y extensas (2); viviendo en zonas urbanas (15) y (3) en zonas suburbanas; encontramos 12 familias integradas parcialmente y 6 desintegradas; en la mayoría obreros y pensionados con una incidencia de dieciocho en total de los cuales se encuentran actualmente ocho pensionados; el 100% se encuentra o se dedica a su hogar; las socialización la requieren 17, el cuidado, el afecto, el estatus; la reproducción sólo en tres familias; en lo referente al ciclo de vida sólo cuatro se encuentran en expansión; y en relación a los pacientes identificados se encuentran en retiro, ya que la mayoría vive con sus hijos o bien se encuentran solos.

INGRESO MENSUAL. - El ingreso promedio es de \$ 15,250.00, existiendo oscilaciones de \$ 7,250.00 a \$ 18,720.00, el ingreso per cápita con una media de \$ 4,425.00 y con variantes de mínima y máxima, de \$ 2,426.00 y - - - \$ 5,740.00; obvio mencionar una paciente que integraba el grupo la cual no incluí ya que sus ingresos son elevados por ser dueña de un laboratorio médico, lo cual alteraría los datos antes mencionados.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA. - Tenemos en nuestra población que sólo tres familias provienen de uniones anteriores, y que actualmente cuatro se encuentran separadas de sus cónyuges, ocho se encuentran unidas y seis que están solos, ya sea porque haya fallecido el cónyuge o no se hayan unido a ningún compañero, de todos encontramos que existió unión libre en siete de los pacientes, diez que fueron casados y un soltero.

SUBSISTEMA CONYUGAL Y PARENTAL. - Las relaciones entre los cónyuges que es como a continuación se describe, menos de un paciente que continúa soltero:

VINCULOS	FRECUENCIA	POR CIENTO
CLARO	6	44.44%
DIFUSO	6	33.33%
RIGIDO	3	16.66%

Relación entre hijos y pacientes identificados:

VINCULO	FRECUENCIA	POR CIENTO
CLARO	10	55%
DIFFUSO	4	22.25%
RIGIDO	4	22.25%

El subsistema fraterno, no aporta datos de interés para el estudio ya que se ha ido mencionando en las diferentes partes de las conclusiones.

DINAMICA FAMILIAR.- En el 100% de los casos la demanda aparente es la diabetes mellitus en el paciente identificado, siendo éstos el porta voz y en algunas ocasiones tomaron el papel de emergentes: el papel de emergente fue tomado en diez ocasiones por el mismo paciente, y en cuatro ocasiones por los hijos, por la nuera o el yerno en (3) y el esposo en una ocasión; el papel de -chivo expiatorio lo tomaron: el esposo en siete dinámicas, y los hijos en otras siete, el propio paciente en tres y la nuera en uno; teneros que existen en siete familias que el esposo es dominante y en otras siete el dominante resulta ser el hijo, en el resto no se encuentra esta dominancia; en los catorce casos anteriores, la esposa toma el papel de: esposa-paciente-pasivo dominante.

RELACION MEDICO PACIENTE.- En las familias existieron un total de siete rechazos por lo que no se pudieron continuar con estas entrevistas hasta el final del estudio.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.-

	FRECUENCIA	%
1.- Problemas de la comunicación conyugal	8	44.44
2.- Sobreprotección de la familia al paciente	5	27.77
3.- Dependencia excesiva de la esposa o hijo	14	77.77
4.- Rechazo del esposo o de los hijos hacia el paciente	6	33.33
5.- Inestabilidad económica	15	83.33
6.- Negación del problema	2	11.11
7.- Relaciones sexuales insatisfactorias	3	16.66
8.- Otros casos: abandono del esposo	4	22.22

CAMBIOS EN LA FAMILIA. - En general se encontró disminución de la ansiedad en los pacientes identificados, al destaparse la conflictiva mejoró la comunicación, dejando mucho que desear ya que sólo fue en cuatro familias y la comunicación entre los conyugues solo en tres, se les hizo conciente lo que significa la diabetes mellitus y sus complicaciones cuando ésta no es controlada adecuadamente y la necesidad de llevar una dieta estricta, Esta orientación se le dió al cien por ciento de los pacientes; además de orientar a los pacientes de cómo poder salir adelante en relación a la situación económica (ya que ellos se quejan de que el esposo aporta económicamente poco, y anteriormente ellos habían manejado algún negocio).

Como se puede observar en las gráficas de las cuales es importante que sólo el 16.6% de las familias (3), se encuentran con dinámica sin alteraciones, viendo que el 53.4% (15) de las familias se encuentran con alteraciones de la dinámica familiar que van de leves a severas; haciendo notar dentro de estas el 55% (10) tiene alteraciones moderadas de la dinámica familiar en base a la clasificación señalada en las gráficas.

En la gráfica 2 se muestra que los pacientes que se encuentran con buen control de las cifras de glucosa en sangre, utilizándose en medio aritmético encontramos que sólo tenemos cinco familias con buen control, de las cuales tres no tienen alteraciones de la dinámica familiar y dos las tienen moderadas; dándonos en total el 27.77%.

En la gráfica 3 se observa la relación del grupo II tomando en cuenta los resultados de la gráfica III, vemos un total de trece familias que es el 77.2% y que se encuentra en descontrol en las cifras de glucosa y todas presentan algún grado de alteración de la dinámica familiar, siendo el más frecuente el moderado (ocho familias).

Lo anterior nos hace considerar la relación que existe entre alteraciones de la dinámica familiar y descontrol de las cifras de glucosa y sangre en los pacientes diabéticos.

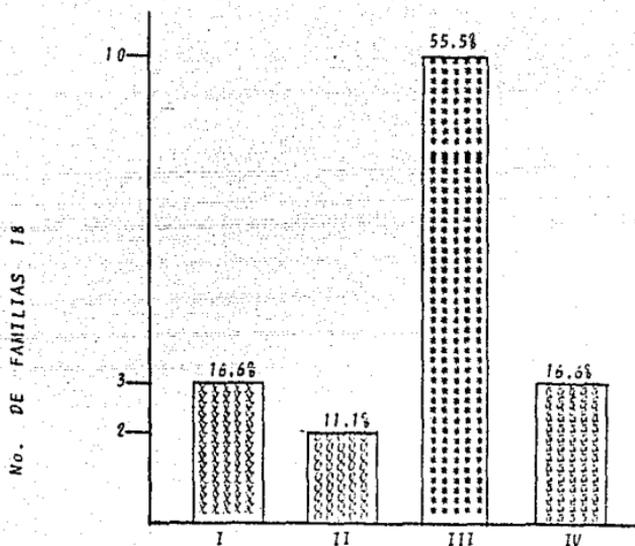
CIFRAS DE GLICEMIA DURANTE EL ESTUDIO DE PACIENTES DE ABRIL A NOVIEMBRE DE 1963
(DE ESTUDIO DINAMICA FAMILIAR)

FAMILIA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1.- AVILA MONTES	140	125	116	136		145	120		
2.- BADILO PINEDA	134		156	240	190		220	160	
3.- BECERRIL MUNOZ	230	240			212				
4.- CARRONA MONTOYA	196				166				
5.- CORREA AMAYA	186		202	166		190	174	180	
6.- ESCALONA DE ANDA	350					200	160	123	
7.- GARCIA DE CONDE	200								
8.- HIPALGO HERNANDEZ	200	420		194	291	263	150		
9.- HERRERA HERNANDEZ	156					140			
10.- JIMENEZ VAZQUEZ	176				190				*
11.- NICO MAYORGA		126	140	104	123	137			137
12.- PERLA LEAL		304	260		156		134		
13.- PINOWES RAYAS	136		120	118		152	144		
14.- RAMIREZ DE GANTE	167	154	182	190	163		220		
15.- RANGEL TRAGOSO		143		160	172	184	136		
16.- ROSAS RAMOS	136	124		118			140		
17.- UHARACHA NAVARRO	154	160	140	172		190		150	
18.- VILCHIS VILCHIS				135		91			*

CIFRAS DE GLICEMIA DURANTE EL ESTUDIO DE PACIENTES DE ABRIL A NOVIEMBRE DE 1983
(DE ESTUDIO DINAMICA FAMILIAR)

FAMILIA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1.- AVILA MONTES	140	123	116	136		145	120		
2.- BADILLO PINEDA	134		156	210	190		220	160	
3.- BECERRIL MUNOZ	230	240			212				
4.- CARMONA MONTOYA	196				166				
5.- CORREA AMAYA	186		202	166		190	174	180	
6.- ESCALONA DE AMDA	350					200	160	173	
7.- GARCIA DE CONDE	200								
8.- HUALGO HERNANDEZ	200	420		194	291	263	150		
9.- HERNANDEZ HERNANDEZ	156					140			
10.- JIMENEZ VAZQUEZ	176				190				
11.- MELO MAVORGA		126	140	104	123	137			137
12.- PERLA LUAL		304	260		156		134		
13.- PINCHES RAYAS	136		120	118		152	144		
14.- RAMIREZ DE GARTE	167	154	182	190	163		220		
15.- RANGEL FRAGOSO		143		160	172	184	136		
16.- ROSAS RAMOS	138	124		118			140		
17.- UIARACHA NAVARRO	154	160	140	172		190		150	
18.- VILCHIS VILCHIS				155		91			

GRAFICA I



RELACION DE FAMILIAS DE ACUERDO A LA INTERACCION DEL NUCLEO FAMILIAR

LA CLASIFICACION PARA DETERMINAR LA INTERACCION DE LAS FAMILIAS CON DIABETES MELLITUS ESTA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PUNTOS:

xxxx
xxxx
xxxx

SIN ALTERACIONES: I.- FAMILIA CON RELACION SATISFACTORIA ESTABLE.

oooo
oooo
oooo

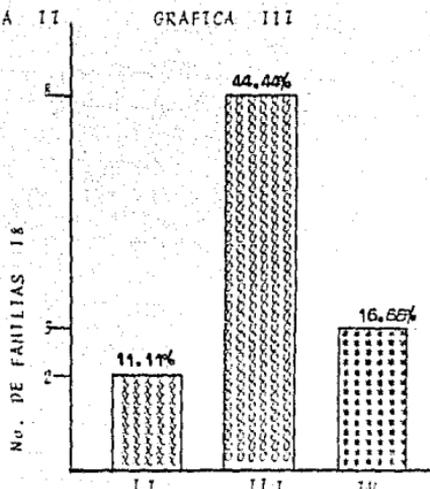
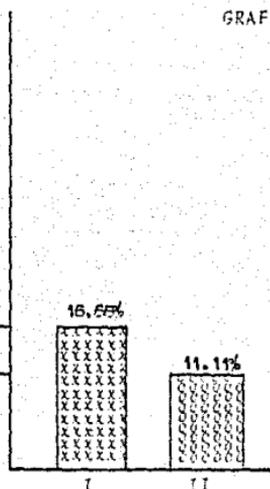
ALTERACION LEVE: II.- FAMILIA CON RELACION SATISFACTORIA INESTABLE.

FAMILIA CON ALTERACION MODERADA:
III.- FAMILIA CON RELACION INSATISFACTORIA ESTABLE.

ssss
ssss
ssss

ALTERACION SEVERA: IV.- FAMILIA CON RELACION INSATISFACTORIA INESTABLE.

No. DE FAMILIAS 16



PACIENTES CON CONTROL DE LA GLICEMIA EN RELACION A LA DINAMICA FAMILIAR: MENOR DE 170

PACIENTES CON DESCONTROL DE LA GLICEMIA EN RELACION A LA DINAMICA FAMILIAR: MAYOR DE 140 MGS. 3

RELACION DE LA DINAMICA FAMILIAR EN BASE A CIFRAS DE GLICEMIA

XXXX
XXXX
XXXX

SIN ALTERACIONES: I.- FAMILIA CON RELACION SATISFATORIA ESTABLE.

OOOO
OOOO
OOOO

ALTERACION LEVE: II.- FAMILIA CON RELACION SATISFATORIA INESTABLE.

FAMILIA CON ALTERACION MODERADA:
III.- FAMILIA CON RELACION INSATISFATORIA ESTABLE.

SSSS
SSSS
SSSS

ALTERACION SEVERA: IV.- FAMILIA CON RELACION INSATISFATORIA INESTABLE.

CONCLUSIONES [1]

Las familias que fueron estudiadas en un alto porcentaje de origen urbano, en las que las condiciones de saneamiento son de regulares condiciones, incluso hasta inadecuadas en algunas. La mayor parte de los pacientes viven con alguno de sus hijos y en menor proporción aquellos que reciben pensión. Pudiendo observarse un inarezo económico sumamente bajo en la mayoría de los pacientes, lo cual influye en el sistema familiar creando alteraciones de la dinámica el propio estatus económico y que por lo mismo que la mayor parte convive con algún familiar consanguíneo, teniendo múltiples problemas con el cónyuge del familiar, siendo habitualmente el hijo. Todos los pacientes estudiados son adultos y se encuentran en etapa de retiro, teniendo en cuenta que los familiares con quien conviven se encuentran en expansión. Se encontró que un gran porcentaje, son pacientes que requieren una necesidad y orientación en las funciones de, cuidado, afecto, estatus económico.

El ser diabético juega un papel muy importante en la familia, ya que los pacientes requieren de cuidados especiales como son: la medicación por parte de su médico con horario, la dieta que tiene gran importancia ya que al encontrarse en malas condiciones, la economía familiar no puede llevarse adecuadamente. La tranquilidad que es fundamental, también se encuentra alterada ya que la mayor parte de pacientes identificadas tienen a su cargo la administración; aseo ó de cuidado a los nietos, por lo cual el que el paciente tenga labores del hogar, en ese aspecto se le acepta; pero al tener que recibir afecto ó incluso los alimentos y el techo que le proporciona el familiar, no lo encuentra siempre como se pudo observar en el estudio, existe cierto rechazo hacia este tipo de pacientes, podríamos decir que este tipo de pacientes desde el punto de vista social inician con un abandono y rechazo por encontrarse en fase de retiro; cuando la problemática se hace más relevante en la familia, se puede observar que las pacientes llegan a presentar descompensaciones metabólicas y algunas con alteraciones Psíquicas, del tipo de las neurosis y ansiedades, lo que aparentemente, este desequilibrio, mientras el paciente se encuentra en condiciones poco aceptables de salud, hace que las alteraciones Psicodinámicas de la familia disminuyan momentáneamente probablemente por sentimientos de culpabilidad.

Las relaciones entre los esposos, se encuentran bastante afectadas, - donde existe un gran bloqueo por parte del esposo, tomando una actitud ó papel de acusador, actuando siempre como dominante; dominado pasivo la esposa, con temor.

Se encuentra en familias que la rigidez con que se desenvuelven es de moderada intensidad, niegan el problema, en donde se encuentra completamente rígida la comunicación el emergente generalmente es el propio paciente identificado.

La mayor parte de los pacientes presentan alteraciones Psicodinámicas familiares por el problema que presentan, por los datos obtenidos, solo - que éstos son cubiertos en gran parte por la situación económica por la - que atraviezan las familias, por lo que la mayoría de los pacientes no los identifican plenamente, pero los expresan en las entrevistas y también son exteriorizados por los familiares quienes notan los cambios de actitud.

Tomando en cuenta que la diabetes se le ha denominado de tipo multi--factorial, el aspecto Psicosocial toma un papel importante en las familias que en este caso fue diabetes pero que hubiera podido ser otro, trae consigo alteraciones mínimas a severas dentro de una familia; pero que en la - realidad jamás se toma importancia a la dinámica familiar, por lo que se ejerce poco ó nula ayuda a una familia con este tipo de desequilibrio. Pero para poder establecer algún criterio general en el pronóstico. En fami-lias con alteraciones debe conocerse cual es la capacidad de cada familia de adaptación ante un desequilibrio de tal magnitud y que también se real-izara ó se tomara en cuenta un estudio en familias con estrato socio-económico alto ó bajo para poder establecer otros parámetros que ayuden en estu-dios subsecuentes.

COMENTARIO:

En el inicio del estudio se hablan incluido un total de 30 pacientes con sus respectivas familias, al finalizar el estudio se observó que sólo fué posible realizarlo en 18 pacientes, ya que al inicio se les tomaban - los datos generales se les elaboró familiograma y se les realizó historia clínica; en las visitas a domicilio, hubo inconroversias, ya que los da-tos obtenidos no fueron auténticos, se buscaron los domicilios, no encon--

trando jamás a la familia (los datos que se encuentran en la UMF No. 18 en Registro, también son falsos).

Lo anterior fue realizado con ayuda de Trabajo Social de la Unidad, - así como personal técnico; importante es también mencionar que el estudio - no intervino en el manejo médico del paciente, encontrándose que hay grandes desviaciones como son, el que no se toman en cuenta los parámetros establecidos para calificar a un paciente como diabético; además que las citas que se supone deben ser de acuerdo a evolución, se llegó a observar - que existieron pacientes que se les daban citas demasiado prolongadas (de 2 hasta 4 meses), que muchos pacientes acudían a consulta por molestias ó descompensación de la enfermedad, pero sin tener cita.

Los exámenes que también se les efectuaron y muchos de ellos no aparecieron nunca en el expediente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Malacara, M., García, M., Valverde, C: Páncreas Endócrino-diabetes. En Fundamentos de Endocrinología. Eds. Prensa Médica Mexicana, México, D.F., 1979. p. 258-89.
- 2.- Harrison, Wintrobe, M., Thorn, G: Diabetes Mellitus. En Med. Int. Eds. Prensa Médica Mexicana, ed. 4a. México, D.F. 1973. p. 583-99.
- 3.- Ferreras, V., Agusti, A., Erill, S: Principales Enfermedades clínico - metabólicas. En Med. Int. eds. Marín, ed. 8a. T II. España Barcelona. 1976. p 553-57.
- 4.- Vázquez, C., Gutiérrez, G.: Progresos recientes en el conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificación. Diabetes Mellitus. Rev. Med. - IMSS. 1: p. 97-103. 1983.
- 5.- Anderson, B.J., Auslander, W.F., Research on diabetes Management and - the family: a critique. Journal American. Nov-Dec-1980; 3(6). p.696-702
- 6.- Isenberg y Barnett. Alteraciones Psicológicas en los pacientes con Diabetes Mellitus. Clínicas Médicas de Norte América. V:10, p. 1125-36. 1969.
- 7.- Estudio Comunidad de Unidad Médica Familiar No. 18 IMSS, 1982 p. 6-45.
- 8.- Bleger, J. Psicología de la Conducta. Ed. Paidós 7a. edición, Buenos - Aires, 1977.
- 9.- Pichón Riviere, E. El Proceso Grupal, Ed. Nueva Visión, 4a. edición, - Buenos Aires, 1978.
- 10.- Ackerman, N.; Aspectos clínicos del diagnóstico familiar. - Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Home, 6a. ed., Argentina 1978, Págs. 133-145
- 11.- Virginia, S.; Comunicación de la familia, Patrones de la comunicación. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Ed. - PAX, México, D.F., 1980, Págs. 30-79.