# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

## ÁREA DE LA SALUD HUMANA.

## CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**TÍTULO:**

**"LA DIABETES Y SU REPERCUSIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015". LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.**

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA.

**DIRECTORA DE TESIS:**

DRA. ANA CATALINA PUERTAS AZANZA, Mg. Sc.

**AUTORA:**

PAMELA KATHERINE MORA CARRIÓN.

**LOJA – ECUADOR**

**2015.**

# CERTIFICACIÓN.

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS Y DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: "LA DIABETES Y SU REPERCUSIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015" LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS, de autoría de la señorita Pamela Katherine Mora Carrión, ha sido dirigida, corregida y revisada prolijamente en todas sus partes por lo tanto cumple con lo establecido en la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Loja, 13 de julio del 2015.

**Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.**

**DIRECTORA DE TESIS.**

# DECLARACIÓN DE AUTORIA.

Yo, Pamela Katherine Mora Carrión, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autora:** Pamela Katherine Mora Carrión.

**Firma:** _____

**Cédula:** 1104109812.

**Fecha:** Loja, 13 de julio del 2015.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Pamela Katherine Mora Carrión, declaro ser autora de la tesis titulada "LA DIABETES Y SU REPERCUSIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015" LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS, como requisito para optar al Grado de Psicóloga Clínica; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Registro Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los trece días del mes de julio del año dos mil quince, firma la autora.

**Firma:** _____

**Autora:** Pamela Katherine Mora Carrión.

**Cédula:** 1104109812.

**Dirección:** Ciudadela Borja Bajo.

**Correo Electrónico:** kath1608@hotmail.com.

**Teléfono:** 2617226 **Celular:** 0990789786.

**Directora de Tesis:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

## TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. María Susana González García.

**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL.**

Dra. Dolores Esperanza Auquilla Ortega.

**VOCAL DEL TRIBUNAL.**

Lic. Diego Segundo Andrade Mejía.

**VOCAL DEL TRIBUNAL.**

# DEDICATORIA.

La presente tesis lleva en su dedicatoria a Dios y a dos angelito que hace poco dejaron este mundo y hoy están en su compañía, uno de ellos es mi padre el Sr. FAUSTO VICTORIANO MORA CAMPOVERDE, a quién le agradezco por haberme enseñado a no rendirme jamás por más obstáculos que hubieran en el camino, gracias por haber confiado y creído en mí, mil gracias por tus consejos y tus bellas enseñanzas. A mi madre la Sra. MARÍA DEL CARMEN CARRIÓN RAMÓN por brindarme su amor incondicional, por saber escucharme, comprenderme y apoyarme cuando más lo he necesitado. A mi hijo, que antes de su llegada ha sido el motor primordial en mi vida y es quién alegrar mi corazón día con día. A mis hermanos TALÍA MIREYA MORA CARRIÓN y FAUSTO DAVID MORA CARRIÓN, porque a pesar de nuestras diferencias siempre hemos tratado de disfrutar juntos los buenos y malos momentos. A todos ellos muchísimas gracias por ser los impulsores de, éste, un logro académico más en mi vida.

GRACIAS.

Pamela Katherine Mora Carrión.

# AGRADECIMIENTO.

Agradezco principalmente a Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, de forma especial quiero agradecer también el esfuerzo que hiciera mi padre durante los años que su presencia me acompañó pues fue el quien conjuntamente con mi madre me guiaron por el camino del bien y del saber. En definitiva agradezco a todas las personas que en estos momentos tan difíciles de mi vida, supieron brindarme palabras de aliento pues de ésta forma lograron tenderme la mano para seguir adelante.

El agradecimiento imperecedero al personal Académico y Administrativo de la Universidad Nacional de Loja, en especial de la Carrera de Psicología Clínica. Y finalmente agradezco a la Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc. por las sabias enseñanzas impartidas y por aquellos conocimientos adquiridos pues sin su acertada dirección, esto no hubiera sido posible.

LA AUTORA.

## a. TÍTULO:

“LA DIABETES Y SU REPERCUSIÓN EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015” LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

# b. RESUMEN.

El desarrollo de la presente tesis consiste en un trabajo investigativo, orientado a determinar como la diabetes repercute sobre la dinámica familiar de los pacientes que asisten al grupo de Autoayuda FUVIDA; y, conocer cuáles son los factores que se encuentran influyendo en dicha dinámica, pretendiendo determinarla, para así poder elaborar un plan psicoeducativo encaminado a ayudar a los familiares y al paciente diabético. Para lo cual se realizó un estudio inductivo, trasversal, estadístico y descriptivo en personas que padecen diabetes tipo II, que acuden al Grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja. En cuanto a las técnicas e instrumentos, se utilizó el Test de Funcionamiento Familiar (FF - SIL) que consta de 14 ítems; y, una encuesta estructurada, que mide en 6 preguntas los factores familiares. El proceso investigativo nos permitió conocer que los pacientes que padecen esta enfermedad desarrollan familias moderadamente funcionales; seguida de las familias funcionales al igual que las familias disfuncionales; mientras que el impacto causado en la dinámica familiar dependerá de la etapa del ciclo familiar en que se encuentren y de cómo utilicen los recursos (cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y capacidad de adaptación), presentes en cada familia. En cuanto al nivel socioeconómico la mayoría de los pacientes se ubicó en el estrato D con ingresos económicos por debajo de los 700 dólares mensuales, seguido del estrato C (Medio Bajo) con ingresos económicos superiores a los 700 dólares mensuales. Como producto de la investigación se determinó, que la diabetes se encuentra repercutiendo en la dinámica familiar, así como en las diferentes dimensiones que presenta esta, por lo que se debe intervenir en el funcionamiento familiar, mediante la implementación de un plan psicoeducativo, creando así un escenario adecuado que permita fortalecer de las relaciones familiares.

**PALABRAS CLAVES:** Diabetes, familia, dinámica familiar, plan de intervención psicoeducativo.

# ABSTRACT.

The development of this thesis that consists in a research job, It was oriented to determine as the diabetes impacts over patients familiar dynamic that attend in the group of self – help (FUVIDA); and knowing which are the factors that found influencing in this dynamic, to aim determined. So that could elaborate a psych educative plan, on track for helping their families and diabetic patients. For which was realized in an inductive, transversal, statistical and descriptive study in people that suffer diabetes type two, that come up self – help group (FUVIDA) filial Loja. As soon as the techniques and instruments, was used the Familiar Performance Test (FF – SIL), It contains 14 items and a structural survey that measure in 6 questions the familiar factors. The research process allowed to know that the patients suffer this kind of disease develop functional moderate families followed of functional families is balance with dysfunctional families meanwhile this impact causes in the dynamic familiar depends on the familiar cycle in that is found and it was used in resources (cohesion, armory, communication, permeability, effectiveness, roles and adaptation capacity), It is present in every family. In that socioeconomic level the majority of the patients was located in the strate D with economical incomes for lower in the 700 monthly dollars. As products in the research was determine that diabetes is found impacts in the dynamic familiar So that in the different dimensions that show it. That could invest in the familiar performance in the implementation of an psych educative plan. It was created in an appropriate scenery that allows to support the familiar relations.

**Key words:** Diabetes, family, dynamic familiar, investment psych educative plan.

# c. INTRODUCCIÓN.

La diabetes es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas. En la actualidad se calcula que más del 6 % de la población mundial, padece esta enfermedad, aunque cerca de la mitad lo desconoce. Además, la diabetes se asocia al estilo de vida actual, proclive al sedentarismo y a una alimentación inadecuada, lo que se traduce en un aumento imparable en la incidencia de la obesidad y, como consecuencia, de la diabetes, hasta el punto de que ambas patologías se consideran epidemias del siglo XXI.

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF), Ha dado hoy a conocer las cifras que arrojan el último atlas de esta dolencia: hay 382 millones de casos en el mundo, de los que el 46% aún no han sido diagnosticado. (MARTÍN, María; 2013)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Se espera que este número aumente a 91,1 millones para el año 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS, OMS. (OPS; OMS; 2012)

En Ecuador, hay alrededor de 500 mil personas que sufren de diabetes, pero apenas unas 100 mil reciben tratamiento adecuado. (OMS, Ecuador; Diario el Telégrafo; 2011)

En la cuidad de Loja no se han realizado estudios epidemiológicos sobre la enfermedad de la diabetes.

Es preciso pararse a considerar la importancia del entorno y la posibilidad de incidir positivamente en un paciente concreto, e intentar encauzar posibles desequilibrios. Esperando que en un futuro se puedan mejorar estos aspectos, llevando un mayor bienestar a los pacientes, familiares y amigos. (Diabetes: Aspectos psicológicos y sociales)

El entorno del paciente es importante sobre el control de la enfermedad, de modo que aquellos que no tengan un buen apoyo familiar presentan mayores dificultades. Sin embargo, a veces dicho entorno puede hacerse asfixiante, lo que resulta contraproducente, ya que estos pacientes “hiperapoyados” obtienen peores resultados en el control metabólico.

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes.

Es importante que las personas con diabetes y la comunidad en general estén informadas, capacitados y tengan acceso a todos los insumos y debida atención médica para controlar adecuadamente su diabetes y no presenten complicaciones en el futuro.

La Fundación FUVIDA, es una organización sin fines de lucro, nació en el año 1998 y se encuentra legalmente constituida desde el año 2006. Brinda ayuda tanto a

pacientes con diabetes como a sus familiares, proporcionándoles información; así como atención médica, gracias al voluntariado existente en dicha institución.

En síntesis, la familia y la diabetes pueden influirse mutuamente. Es decir, la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento diabetológico.

Por lo que se considera que la familia es un apoyo importante para el paciente diabético, la descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

En el presente trabajo investigativo se utilizaron métodos inductivo, transversal, estadístico y descriptivo las mismas que sirvieron para tabular, interpretar y analizar como muestra la información que se recabó en los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II, los cuales se encuentran acudiendo al Grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja.

En cuanto a los instrumentos aplicados fueron dos, el Test de Funcionamiento Familiar (FF – SIL) y una encuesta estructurada.

# d. REVISIÓN DE LITERATURA.

## 1. DIABETES.

### 1.1. Definición.

La diabetes es una enfermedad sistémica, crónico – degenerativa de carácter heterogéneo, con una importante predisposición hereditaria así como presencia de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica (cifras elevadas de glucosa sanguínea), debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. (ROJAS, Magdalida; BONILLA, Martha; TREJO, Luis; 2005)

La diabetes, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. (CERVANTES, Rodolfo; PRESNO, José; 2013)

### 1.2. Incidencia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS, OMS. (OPS, OMS; 2012)

La OMS, agregó que las proyecciones indican que si no se toman medidas urgentes de prevención, el número de diabéticos podría aumentar a 40 millones para el año 2025. (MENDIZABAL, O; PINTO, B, 2006).

### 1.3. Fisiopatología.

La diabetes es una enfermedad metabólica caracterizada por un defecto en la regulación de la glucemia por la insulina. La fisiopatología de la enfermedad involucra un deterioro progresivo de la integridad de las células β pancreáticas encargadas de la secreción de insulina en respuesta al incremento de la glucemia. La muerte celular como consecuencia de la hiperglucemia es un proceso común en los diferentes tipos de diabetes, y el esclarecimiento de los mecanismos involucrados en dicho proceso permitirá el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas útiles para prevenir el daño e incluso revertir la pérdida de la masa celular en pacientes con diabetes avanzada. Algunos procesos que se alteran durante la diabetes, como la secreción de insulina y la señalización del receptor para insulina, además de los mecanismos que participan en la pérdida de la integridad de las células β pancreáticas por fenómenos inflamatorios. (CERVANTES, Rodolfo; PRESNO, José; 2013)

### 1.4. Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo son la probabilidad que tiene un individuo o una población de enfermarse si se expone a dicho factor. Los factores de riesgo no sólo se relacionan con la etiología de la enfermedad, sino también se refieren a aquellos factores que modifican su presentación, o factores pronósticos.

Existen factores de riesgo no codificables como:

1) Edad y sexo.
2) Raza.
3) Concentración sérica de glucosa.
4) Obesidad.
5) Lípidos plasmáticos.
6) Tensión arterial.
7) Enfermedad vascular periférica. (ISLAS, Sergio; LIFSHITZ, Alberto)

## 1.5. Clasificación.

Se puede clasificar al síndrome diabético en dos grandes grupos: la diabetes mellitus idiopáticas y la diabetes mellitus secundaria.

Se reconoce cinco tipos de fundamentales de diabetes mellitus idiopáticos que reflejan las amplias variaciones de la deficiencia insulínica.

1) **Diabetes mellitus tipo I o insulinodependiente:** El déficit insulínico es casi total. La diabetes tipo 1 es una deficiencia absoluta de insulina por falta total de su producción. Es el resultado de un defecto de las células beta – pancreáticas (islotes de Langerhans); puede estar relacionada con la corteza suprarrenal, tiroides, hipófisis anterior u otros órganos. La forma mediada imnunológicamente por lo general se inicia en los niños o adultos jóvenes, pero puede surgir a cualquier edad. El tratamiento intensivo para alcanzar concentraciones de glucosa cercanas a las normales retrasa las complicaciones o las atenúa.

2) **Diabetes mellitus tipo II o no insulinodependiente:** La deficiencia hormonal es relativa o casi parcial. Los pacientes con diabetes tipo 2 tienen resistencia a la insulina y existe una falla de su uso adecuado, junto con una deficiencia relativa. Tienen deterioro progresivo de las células beta. Estos pacientes suelen tener sobrepeso, antecedentes familiares de diabetes y ser sedentarios. La obesidad durante más de diez años es un factor importante. Si la acumulación de grasa se observa en la parte superior del cuerpo (androide) está más más estrechamente relacionada con este tipo de diabetes que la obesidad de la parte inferior del cuerpo (ginecoide). El riesgo es mayor cuando hay adiposidad central. (REYES, Martha; MORALES, José; 2009)
3) **Diabetes gestacional:** La diabetes gestacional se da solamente durante el embarazo. Generalmente para controlarla basta un régimen de alimentación especial y ejercicio. Si hay necesidad de usar un medicamento, sólo se puede usar la insulina. Las pastillas para la diabetes podrían afectar al bebé. Se recomienda efectuar la prueba de glucosa alrededor de semana 26 del embarazo o antes si la mujer presenta mayor riesgo para sufrir diabetes gestacional.
4) **Diabetes mellitus asociada con desnutrición:** Predomina en África, Asia y el Caribe Ocurre en ciertas partes del mundo. Es más frecuente en la diabetes dependiente de insulina. Tiene frecuencia particular en la India y ciertas partes de África, Asia y el Caribe.
5) **Otros tipos de diabetes:** Incluye entidades secundarias o asociadas con ciertas alteraciones o síndromes: Diabetes asociada con acromegalia, o Síndrome de Crushing, etc.; o bien secundaria a la administración de ciertos fármacos como diuréticos, preparaciones a base de estrógenos, etc. (ISLAS, Sergio; LIFSHITZ, Alberto)

## 1.6. Sintomatología.

Los síntomas principales de la diabetes son: sensación de mucha sed, producción de grandes cantidades de orina (ir al aseo frecuentemente), cansancio y pérdida de peso. Otros síntomas son: picor alrededor de la vagina o el pene, contraer afta regularmente y tener visión borrosa.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 pueden desarrollarse rápidamente, normalmente en cuestión de días o semanas.

Normalmente, los síntomas de la diabetes tipo 2 se desarrollan a lo largo de varias semanas o meses. (CHOISES; 2008).

## 1.7. Consecuencias.

**Pie diabético:** La definición propuesta por el International Consensus on the diabetic foot Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), y tomada por la OMS, es la siguiente:

> "El pie diabético es la infección y destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior". (BONILLA, Elvira; 2011)

## 1.8. Impacto psicológico de la diabetes.

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada

por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes. Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes. (JIMÉNEZ, María; DÁVILA, Mariel; Junio 2007)

Un individuo con cierta predisposición genética, sumada a factores ambientales como infecciones, altos niveles de estrés, alimentación inadecuada, etc., puede exacerbar una alteración pancreática ya existente. (VELASCO, María; SINIBALDI, Julián; 2001)

### 1.9. Relación entre depresión y diabetes.

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.

Según el DSM – IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ta Edición), la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes mellitus, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una

disfunción o falla multiorgánica, hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse. (HEREDIA, Juan; PINTO, Bismarck: 2008; Págs. 24 – 26)

La diabetes como un estresor psicosocial que aumenta el riesgo de presentar depresión hasta explicaciones fisiológicas que asocian la diabetes con la depresión.

Una teoría para explicar la relación entre ellas es que la depresión puede ser una respuesta al estrés psicosocial causado por la diabetes y su manejo (ej. restricciones en la dieta, carga económica, fluctuaciones en el estado de ánimo por los síntomas de la diabetes). Por otro lado, cambios neuroquímicos (alteraciones en ciertos neurotransmisores) y neurovasculares asociados con esta patología sugieren que la depresión en la diabetes puede ser causada por cambios estructurales en el cerebro.

### 1.10. Relación entre ansiedad y diabetes.

Según el DSM – IV – R y el ICD – 10, es un conjunto de síntomas característicos que pueden manifestarse tanto en desórdenes específicos de ansiedad (ej. desorden de ansiedad generalizada), como en otros desórdenes mentales (ej. desórdenes de estado de ánimo). Algunos síntomas de ansiedad son nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular, disturbios en el sueño, preocupación excesiva o incontrolable y síntomas somáticos (ej. náusea, vómitos, dolor de cabeza).

Los síntomas de ansiedad, usualmente relacionados al estrés, han demostrado estar significativamente asociados con una conceptuación negativa de la diabetes. En particular, una percepción de un número mayor de síntomas presentes, un mayor número de complicaciones y menor control sobre la diabetes.

Estudios médicos han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés.

La activación a largo plazo de este circuito fisiológico provoca enfermedades físicas y psicológicas crónicas y dañinas, como obesidad, adicciones, depresión, desórdenes específicos de ansiedad y la debilitación del sistema inmunológico. Del mismo modo, exacerba enfermedades existentes en la persona, como lo es primordialmente la diabetes, y la predispone al desarrollo de complicaciones relacionadas con la condición.

### 1.11. Relación entre los trastornos alimentarios y diabetes.

La etiología de los trastornos alimentarios es aún desconocida, pero actualmente se piensa que resultan de una interrelación compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Hay distintos estudios que han documentado que los trastornos alimentarios están asociados a esfuerzos de llevar a cabo dietas estrictas y/o mantener un bajo peso irreal, y que el aparente aumento en la tasa de disturbios alimentarios puede ser secundario al énfasis sociocultural sobre la delgadez.

Dentro de las posibles explicaciones para la relación entre trastornos alimentarios y diabetes, se ha identificado que los/as pacientes con diagnóstico de diabetes son constantemente educados/as para mantenerse enfocados en su dieta de manera que puedan controlar su niveles de glucosa en la sangre. (JIMÉNEZ, María; DÁVILA, Mariel; Junio 2007)

# 2. FAMILIA.

## 2.1. Concepto de Familia.

A lo largo de la historia el concepto de familia ha sufrido transformaciones, en un intento por aproximarse a la comprensión del funcionamiento de las relaciones humanas. Estos cambios han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, de las cuales no es una excepción la psicología.

Al respecto Sánchez (citando a Roche; 2006), define a la familia como "una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros".

La familia puede ser vista como un sistema sociocultural abierto, compuesto por individuos que tienen entre sí lazos de parentesco de tipo consanguíneo o de tipo político. Este sistema es capaz de autorregularse, fijarse objetivos a largo plazo y mantener su equilibrio intercambiando continuamente materia, energía e información con su medio ambiente. Ella mantiene su estabilidad a lo largo del proceso de desarrollo porque es capaz de cambiar constantemente, sin dejar de ser ella misma. Tampoco la composición o el número de sus integrantes es inmutable, sino que se modifican con el tiempo, al igual que sus objetivos, sus reglas y sus procesos de control. (DELGADO, Ana; RICAPA, Enrique; 2010).

## 2.2. Tipos de familia.

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento". No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cinco tipos de familias:

**La familia nuclear o elemental:** Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

**La familia extensa o consanguínea:** Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

**La familia monoparental:** Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la

mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

**La familia de madre soltera:** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

**La familia de padres separados:** Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que se encuentren. Por el Bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad. (BARAJAS, Jhoni)

**Familias reconstituidas o combinadas:** En este tipo de familias existe al menos un hijo de una relación anterior y dos adultos que forman pareja, y su origen puede ser la ruptura de un matrimonio o pareja de hecho anterior, o el matrimonio de un viudo o viuda con hijos. Este tipo de familia ha sido poco estudiada.

**Familias homoparentales:** Las nuevas formas de familia homoparentales plantean nuevas preguntas. El aspecto más debatido es la posible incidencia sobre el desarrollo de niños y niñas. En esta línea, la Asociación de Psicología Americana no se identifica desventajas en el desarrollo de niños y niñas de parejas homosexuales.

Los niños y niñas que crecen en familias homoparentales muestran un desarrollo sano y armónico y no difieren significativamente de otros de similar realidad

sociocultural. Se encontraron diferencias que indican más flexibilidad en los roles de género y muestran una menor tipificación en su concepción de los roles de género que los hijos de heterosexuales. (SECADES, Roberto; FERNÁNDEZ, José; 2011)

## 2.3. Etapas del ciclo vital familiar.

Cuando hablamos de ciclo vital nos referimos a las etapas que las personas atraviesan en general a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Pasar de una etapa a otra implica necesariamente un cambio, y todo cambio implica en sí mismo una crisis, no solo en la persona que la está atravesando sino también en el grupo familiar. Estas etapas son conocidas y bien definidas ya que están previstas por la vida, forman parte del desarrollo evolutivo. En cada una de estas etapas las personas tienen que realizar unas determinadas tareas, y el hecho de que aparezcan nuevos cometidos, supone un reajuste que a veces puede conllevar un desequilibrio. Si este reajuste no se hace de forma adecuada, la fase no se habrá resuelto bien y completamente, lo que supone que cuando haya otra etapa, los reajustes no se puedan realizar de forma correcta ya que los anteriores no estaban completados.

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura a la que pertenece la familia y las diferencias van a estar condicionadas por el nivel social, cultural, los mitos y creencias de cada familia y esto debe de tenerse en cuenta a la hora de actuar con la familia. Dentro de ciclo vital podemos reconocer las siguientes etapas:

**Constitución de la pareja:** Con la formación de la pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia con características propias. A su

vez cada miembro traerá creencias, actitudes y expectativas que habrán heredado de sus propias familias. Una de las tareas que deben acometer es la de examinar cada una de estas creencias y negociarlas para establecer su nueva identidad como familia.

**Nacimiento y crianza:** El nacimiento de un hijo crea muchos cambios en la relación de pareja y en toda la familia. La incorporación de un hijo a la familia puede provocar mucha tensión en la pareja y supone también un vuelco hacia la familia extensa. Esto a veces puede ser recibido de forma positiva y otras aumenta la tensión y los conflictos. Los problemas frecuentes que suelen aparecer en esta etapa son: persistencia de la simbiosis madre e hijo a lo largo del tiempo, intolerancia por parte del padre de ocupar un lugar secundario en esta triada durante los primeros meses y una excesiva participación por parte de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse al siguiente escenario. Entre las tareas que deben realizar es la de seguir manteniendo su relación de pareja a la par que dedicarse a la crianza del hijo/a.

**Hijos en Edad Escolar:** Supone el primer desprendimiento del hijo del seno familiar. La red social del niño se amplia y entra en contacto con otros adultos significativos (Maestro/a). Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño/a como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva, o pueden ser vividas de forma negativa, con muestras de ansiedad por parte de los padres ante la separación, lo cual hará que el menor se encuentre en una situación muy conflictiva que dificulte su adaptación. Las tareas a realizar están encaminadas a facilitar la adaptación del menor al colegio y seguir realizando las funciones educativas con sus hijos/as y no delegarlas a la escuela.

**Familia con Hijos Adolescentes:** Etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en las relaciones de estos con el exterior.

El adolescente se enfrenta a un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, con muchas turbulencias a nivel emocional. Tienen que definir su identidad y conseguir autonomía, aunque siguen necesitando el apoyo y supervisión de los padres para realizar con éxito este camino.

En esta etapa suelen aparecer problemas relacionados con la dificultad de los padres para establecer límites adecuados a sus hijos/as y dificultad para permitir el desprendimiento del adolescente del seno familiar. (Crisis Evolutivas; 2012)

**Salida de los Hijos:** Etapa que se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos. Se caracteriza porque los hijos son jóvenes adultos dispuestos a independizarse de la familia como parte de un proceso natural del que se pueden derivar o no, decisiones de conformar nuevas familias con las Implicaciones, responsabilidades, cambios y posibilidades ya expuestas en las etapas anteriores y que se inician con el noviazgo.

La etapa es también conocida como “el destete” lo que pretende describir el momento de emancipación ante la inminente salida de la prole; con sentimientos de pérdida en los padres por no tener ya el control sobre los hijos lo que coincide con la etapa de madurez de la pareja, cuando sus fuerzas empiezan a menguar y justamente cuando los hijos están fortalecidos para producir y ser independientes económicamente.

Es también la etapa del ciclo vital que anuncia a la pareja una oportunidad para el reencuentro cuando ya no estén los hijos, lo que estará conectado con la historia que haya vivido la pareja y la interacción que sostuvieron como cónyuges a pesar de las demandas de la crianza.

**Jubilación y Vejez:** La familia se reduce generalmente a la pareja, en pleno retiro laboral, una pareja envejeciente y envejecida, con los hijos independientes. Estas características han llevado a comparar la etapa con un "Nido Vacío". La tensión se presenta en el cambio de roles pues los padres ya no son la autoridad ni los proveedores, pasando a ser dependientes de los hijos y en la reacomodación de la pareja que posiblemente proyectó sus esfuerzos en la crianza descuidando el subsistema conyugal sin visualizar que el ciclo vital los pondría de nuevo cara a cara en el ocaso de la construcción familiar.

Cuando la mirada se detiene en lo que hay es posible encontrar un "Nido lleno" al regresar los hijos y las hijas con nueras, yernos y nietos en un encuentro intergeneracional en el que los abuelos son acogidos solidaria y afectuosamente por los hijos. (CARDONA, Juan; 2007)

## 2.4. Funciones de la familia.

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

**Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

**Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

**Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (Archivos en Medicina Familiar; 2005)

# 3. DINÁMICA FAMILIAR.

## 3.1. Definición de dinámica familiar.

La dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones. (TORRES, Laura y cols., 2008)

La familia es una estructura dinámica que evoluciona con la sociedad de la que forma parte y de la que constituye una fundamental referencia para entenderla. Los factores que determinan su composición, su tamaño y cómo se forman no son sólo demográficos sino que tienen que ver también con cuestiones económicas y sociales.

Los cambios demográficos y sociológicos producidos nos dan una pista de los cambios en la estructura familiar que llevan a una composición cada vez más heterogénea de los hogares: familias encabezadas por una sola persona, familias en las que cada miembro de la pareja aporta los hijos/as de una anterior relación o personas de origen extranjero que comparten vivienda, mayores que viven solos, son solo algunos ejemplos de los cambios que están aconteciendo y que modifican el modelo de familia que hemos conocido hasta el momento. (BERZOSA, Javier; y Cols.; 2011)

## 3.2. Tipos de dinámica familiar.

Según la funcionalidad de la dinámica familiar podemos encontrar cuatro tipos que son:

**Dinámica Familiar Funcional:** La principal característica de una dinámica afectiva familiar funcional es que promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

La Dinámica Familiar Funcional tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente. (EGUILUZ; 2013)

Las relaciones entre todas las personas pertenecientes a la familia se dan de manera horizontal; guardando la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos.

**Dinámica Familiar Moderadamente Funcional:** Es una expresión característica esencial es que alguno de sus miembros generalmente pierde su rol, o su jerarquía, o incumple con sus responsabilidades, etc., pero siempre inclinado al lado, de que las dificultades presentadas se las puede sobrellevar o superar armoniosamente con el apoyo de los demás miembros del sistema familiar.

**Dinámica Familiar Disfuncional:** Deterioro significativo de las características de la dinámica familiar, que genera conflictos e irrumpe el desarrollo personal de cada uno de los miembros o del sistema familiar propiamente dicho.

**Dinámica Familiar Moderadamente Disfuncional:** Se denomina como dinámica familiar moderadamente disfuncional cuando no cumplen con las expectativas

de rol, cuando sus miembros tienen conductas inapropiadas, cuando existen conflictos interpersonales, abusos, ausencia de valores y maltrato en forma regular y cotidiana, que hacen que sus miembros se adapten a esas circunstancias y las consideren normales.

Los sostiene una precaria estabilidad que se puede desmoronar ante cualquier situación adversa inesperada y afectar a los hijos más de lo acostumbrado.

Estas familias se caracterizan por la dificultad en manifestar los afectos adecuadamente, por su conducta errática, por la negación, por la ausencia de límites o por el autoritarismo, por el desprecio por el otro, la falta de palabra y de honestidad, por las mentiras y por el trato diferencial entre ellos.

### 3.3. Características de la Dinámica Familiar.

La dinámica familiar presenta ciertas características, las principales son:

**Única:** Todos y cada uno de los sistemas familiares son únicos, puesto que los miembros de la familia son universalmente diferentes, pero cabe recalcar que hay patrones de disfuncionalidad que se han agrupado para poder estudiarlos de una forma categórica e integral.

**Modificable:** Es decir que la naturaleza de la dinámica afectiva familiar puede ser cambiado bajo determinadas condiciones, cítese entre estas la separación o muerte de un familiar, la separación de un integrante de la familia, etc.,

**Intransferible:** Cada familia es un sistema totalmente diferente, razón por la cual es improbable que la dinámica afectiva familiar pueda ser transferible de una familia funcional a otra disfuncional o viceversa, y por mucho que se quiera mostrar funcionalidad donde no lo hay, el tiempo y las acciones marcaran la discordancia.

### 3.4. Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar saludable.

Los indicadores más utilizados para valorar dinámica familiar, son los siguientes: adaptabilidad, flexibilidad, cohesión, clima emocional y comunicación.

**Adaptabilidad familiar:** Se refiere a la capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos.

**Cohesión:** Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. La cohesión familiar es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Estas responsabilidades morales son inculcadas por los padres y ayudan a mantener a la familia funcionando integralmente en cada etapa o crisis que se presente.

C**omunicación familiar:** refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos

afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma.

La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales. (ZALDIVAR, Dionisio; Pág. 3)

**Armonía:** Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Pudiendo llevar así las responsabilidades propias del individuo y aun así generar la disponibilidad y buena actitud para ayudar a resolver las necesidades familiares.

**Permeabilidad:** Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. La permeabilidad en sus diferentes niveles refleja el grado de apertura de la familia a los contextos en que esta insertada, de ahí que pueda hablarse de la familia como un sistema que tiende hacer permeable o no permeable.

**Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones asignadas por el núcleo familiar. Cada individuo debe tener unas funciones armónicamente distribuidas, de modo que el funcionamiento de todas ellas hace que el sistema funcione adecuadamente. Si alguna de las funciones falla decimos que hay una disfunción familiar. El conjunto de funciones que asume cada miembro es lo que conocemos como “su rol” dentro de la familia. (EGUILUZ; 2013)

### 3.5. Efectos emocionales de la diabetes en el individuo.

Uno de los errores más frecuentes que se han cometido con los pacientes que padecen diabetes es creer que ésta es una simple enfermedad que puede controlarse "si el paciente se apega al tratamiento", lo cual constituye una visión muy simplista del problema. El equipo de salud que se dedican al tratamiento de personas con esta enfermedad tendría que considerar numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. (JIMÉNEZ, María; Cols; 2007)

Depresión, mal humor, estrés, ansiedad y frustración son algunas de las consecuencias emocionales de la enfermedad.

Los extremos en los niveles de azúcar en la sangre pueden causar cambios en el estado de ánimo y la calidad de vida de las personas que viven con este mal.

Además de un mayor riesgo de depresión, la diabetes puede afectar el estado de ánimo del paciente, llevándolo a un estado de letargo y cansancio. Por ejemplo, si alguien tiene niveles altos de azúcar en la sangre y le bajan repentinamente, se puede tornar irritable, incluso combativo, y puede actuar como si estuviera borracho, arrastrando sus palabras. Otro campo emocional, a menudo asociado con la diabetes tipo 2 es el concepto de culpa. (SANTOS, Evelisse; 2013)

### 3.6. Impacto de la diabetes en el grupo familiar.

Cuando se habla de una enfermedad crónica, es necesario hacer énfasis en el individuo y en la unidad familiar más que en el síntoma o en la enfermedad específica.

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como es su entorno. La adaptación de la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente y el tipo de enfermedad y sus tratamientos. (ROJAS, Magdalida; BONILLA, Martha; TREJO, Luis; 2005)

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.), que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. (CIFUENTES; y Cols; 2005)

### 3.7. Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia.

Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar:

1) Etapa del ciclo vital.
2) Flexibilidad o rigidez de roles familiares.
3) Nivel socioeconómico.

4) Comunicación familiar. (FERNÁNDEZ, Miguel)

### 3.8. Adaptación de la familia a la diabetes.

La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces enfermedad de otros miembros. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos.

La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuración que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos.

### 3.9. Reacción de mala adaptación.

La familia puede expresarse de una o dos maneras: Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, saboteando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característico de miedo, negación y falta de educación.

En otras situaciones, la familia en cambio, se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio paciente. (CIFUENTES, Jeannette; YEFI, Nivia; Abril 2005; Pág. 7 - 9)

# 4. GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA.

## 4.1. Historia.

La fundadora nace en Calceta-Manabí el 25 de Marzo de 1965, Empezó sus labores en el año de 1993 cuando su hija fue diagnosticada con diabetes tipo 1, Buscó opciones para enfrentar esta condición y decidió capacitarse en educación en diabetes fuera del país y traer la ayuda para las personas que se encontraban en su misma situación.

Es una organización sin fines de lucro con sede en la ciudad de Guayaquil, nació en el año 1998 y se encuentra legalmente constituida desde el año 2006. Ayuda con medicina control médico, y educación a pacientes con diabetes tipo 1, insulinodependiente.

Empezamos nuestra labor comunitaria en los hospitales, cuando los niños con diabetes eran discriminados y mal atendidos e inclusive morían por no tener el recurso necesario para su tratamiento, en vista de toda esta necesidad optamos por crear la Fundación, comenzando con 15 miembros.

Actualmente asisten 190 niños y jóvenes y damos cobertura a nivel Nacional, en las Provincias del Oro, Manabí, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsachillas, Azuay, Guayas. Ellos reciben donaciones, para sostener su tratamiento mensualmente, educación diabetológica, campamentos (anualmente), nos reunimos los primeros sábados de cada mes en las instalaciones para recibir todos estos beneficios.

Fuvida, se ha convertido en los niños y en sus familias, un apoyo invaluable, les permite compartir y conocer sobre su enfermedad, saber que no están solos y que no son los únicos con esta condición, mejoramos la calidad de vida del niño y su entorno.

## 4.2. Misión.

Prestar atención de calidad a los pacientes con diabetes, con profesional capacitado en diferentes áreas, aplicando educación integrada y desarrollando en ellos credibilidad hacia un tratamiento eficaz y reduciendo sus complicaciones.

## 4.3. Visión.

Que las personas con diabetes y la comunidad en general estén informadas, capacitados y tengan acceso a todos los insumos y debida atención médica para controlar adecuadamente su diabetes y no presenten complicaciones en el futuro.

## 4.4. Objetivos:

### Objetivos Generales.

Incrementar la calidad de vida del paciente con diabetes y su familia, con profesionales capacitados, dar herramientas necesarias para tomar decisiones informadas, ser sus propios médicos, y en un futuro pacientes libres de complicaciones y creyentes en un tratamiento eficaz.

### Objetivos Específicos.

Concienciar al paciente diabético en la importancia de seguir el tratamiento, la dieta y el ejercicio por medio de charlas educativas. Subsidiar el tratamiento y control de los pacientes diabéticos de bajos recursos económicos.

Informar a la comunidad, para prevenir la diabetes cambiando solo dos parámetros en su estilo de vida, alimentación y ejercicio.

# e. MATERIALES Y MÉTODOS.

Para el presente trabajo investigativo se utilizaron los métodos: inductivo, transversal, descriptivo, explicativo; los mismos que sirvieron para la tabulación, interpretación y el análisis de la información que se recabó a través de los instrumentos de campo.

**Universo:**

- Pacientes diabéticos que asisten al grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja al cual acuden aproximadamente 150 personas.

**Muestra:**

- 120 pacientes diagnosticados con diabetes tipo II y que se encuentren asistiendo al grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja.
- Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes diagnosticados con diabetes tipo II que acuden al grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja.
- Pacientes que oscilan de entre 18 – 45 años de edad.

**Criterios de exclusión**:

- Pacientes diagnosticados con diabetes tipo I.

- Pacientes que no deseen colaborar con la investigación.
- Pacientes diagnosticados con algún trastorno mental.

## TÉCNICAS:

En cuanto a la utilización de técnicas e instrumentos empleados fueron dos: el test de Funcionamiento Familiar y una encuesta estructurada.

- **TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF – SIL):**

Entre las técnicas e instrumentos que se utilizaron en esta investigación, están el Test De Funcionamiento Familiar (FF – SIL), de los autores: Teresa Ortega, Dolores Cuesta, Caridad Díaz, que consta de 14 ítems y mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.

La prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF – SIL) se diseñó en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria.

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti – cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Dicho instrumento se aplicó de forma grupal a los 45 pacientes del Grupo de Autoayuda FUVIDA, en un tiempo de 30 minutos, luego de darles las explicaciones e indicaciones de cómo responder a cada uno de los ítems. Este test permitió medir la percepción del funcionamiento familiar por ser un instrumento de fácil aplicación y clasificación, el cual ha llegado a obtener una alta confiabilidad y validez en sus resultados.

1. **Baremo:**

   De 70 a 57 ptos…….. Familia funcional

   De 56 a 43 ptos……. Familia moderadamente funcional

   De 42 a 28 ptos……. Familia disfuncional

   De 27 a 14 ptos……. Familia severamente disfuncional

- **ENCUESTA ESTRUCTURADA:**

Otra de las técnicas e instrumentos utilizados en esta investigación fue la encuesta estructurada, la misma que fue validada antes de su aplicación por cinco personas, las mismas que fueron escogidas al azar.

En el proceso de validación se pidió a las cinco personas que fueron escogidas con anterioridad, que leyeran y contestaran cada una de las preguntas que fueron formuladas previamente, para así poder verificar si estas eran comprensibles y entendibles a cada uno de ellos.

La encuesta consta de 6 preguntas y mide los factores familiares que se encuentran influyendo dentro de la dinámica familiar, los cuales son: etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles, nivel socioeconómico y comunicación familiar, lo que sirvió para conocer si los pacientes con diabetes tipo II, que acuden al Grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja, presentan conflictos en estas áreas.

Dicho instrumento se aplicó de forma grupal a los 45 pacientes del Grupo de Autoayuda FUVIDA, en un tiempo de 30 minutos aproximadamente, luego de darles las explicaciones e indicaciones de cómo responder a cada uno de los ítems.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

## PROCEDIMIENTO:

- Se pidió la respectiva autorización al Director de la Fundación, con la finalidad de poder la realizar la investigación, a través de la aplicación de reactivos psicológicos.
- Se explicó a los pacientes en qué consistía la presente investigación, y se aclaró cualquier duda que pudieran tener respecto a su participación.
- Se pidió a los pacientes que confirmaran si participarían o no en dicha investigación (consentimiento informado).
- Se realizó una nueva reunión con el propósito de explicarles, cómo responder cada uno de las preguntas, de los dos instrumentos que se le iba a aplicar en ese momento.
- Se les dio a conocer el tiempo que tenían para contestar cada uno de los instrumentos.
- Se procedió a entregar a cada uno de los pacientes que se encontraban colaborando de la investigación el test de funcionamiento familiar FF – SIL, luego de haber concluido con éste se les retiró para así poder seguir con la entrevista estructurada.
- Luego de haber concluido la aplicación de los instrumentos se realizó la calificación de los mismo para así poder continuar con el proceso investigativo.

# f. RESULTADOS.

**OBJETIVO 1:** Determinar la dinámica familiar del paciente diabético**.**

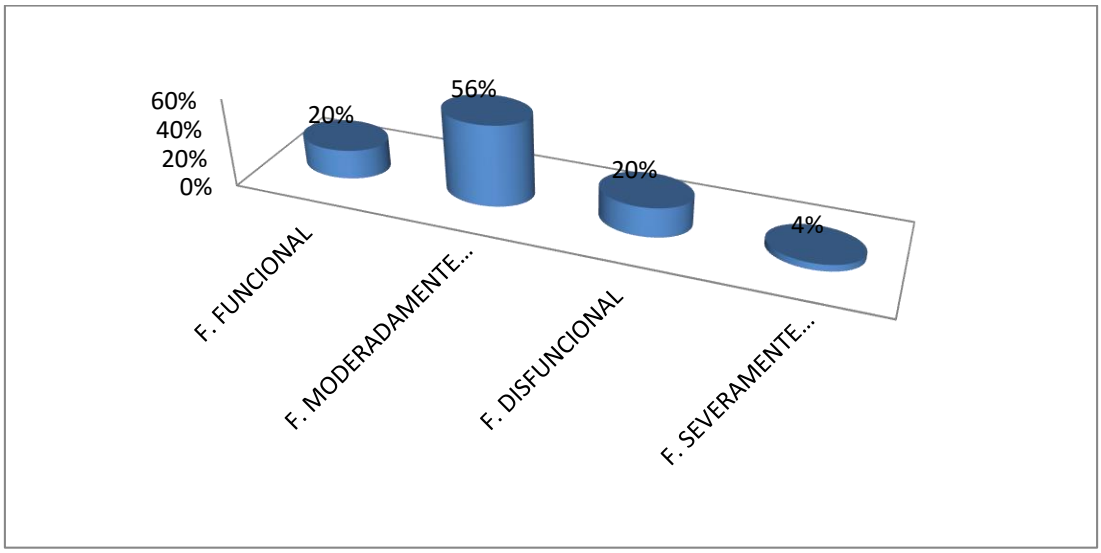
**DINÁMICA FAMILIAR EN LOS PACIENTE QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA.**

**TABLA N° 1.**

| DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO. | | |
|---|---|---|
| **VARIABLE** | **FRECUENCIA** | **PORCENTAJE** |
| FAMILIA FUNCIONAL | 9 | 20% |
| FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL | 25 | 56% |
| FAMILIA DISFUNCIONAL | 9 | 20% |
| FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL | 2 | 4% |
| **TOTAL:** | 45 | 100% |

**Fuente:** Test de Funcionamiento Familiar.
**Autora:** Pamela Mora.

**GRÁFICO N° 1.**




**Fuente:** Test de Funcionamiento Familiar.
**Autora:** Pamela Mora.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con los resultados obtenidos, el 20% de los pacientes diabéticos que equivale a 9 de ellos tienen una familia funcional caracterizada por un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías, roles y límites claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio; el 56% correspondiente a 25 de ellos posee una familia moderadamente funcional caracterizada por que alguno de sus miembros generalmente pierde su roll, jerarquía, o incumple con sus responsabilidades, etc.; el 20% que equivale a 9 de ellos presenta una familia disfuncional caracterizado por que genera conflictos e irrumpe en el desarrollo personal de cada uno de los miembros o del sistema familiar; finalmente tenemos con un 4% equivalente a 2 de los pacientes diabéticos la familia severamente disfuncional caracterizado por no cumplir con las expectativas de rol, cuando sus miembros tienen conductas inapropiadas, cuando existen conflictos interpersonales, abusos, ausencia de valores y maltrato en forma regular y cotidiana, que hacen que sus miembros se adapten a esas circunstancias y las consideren normales.

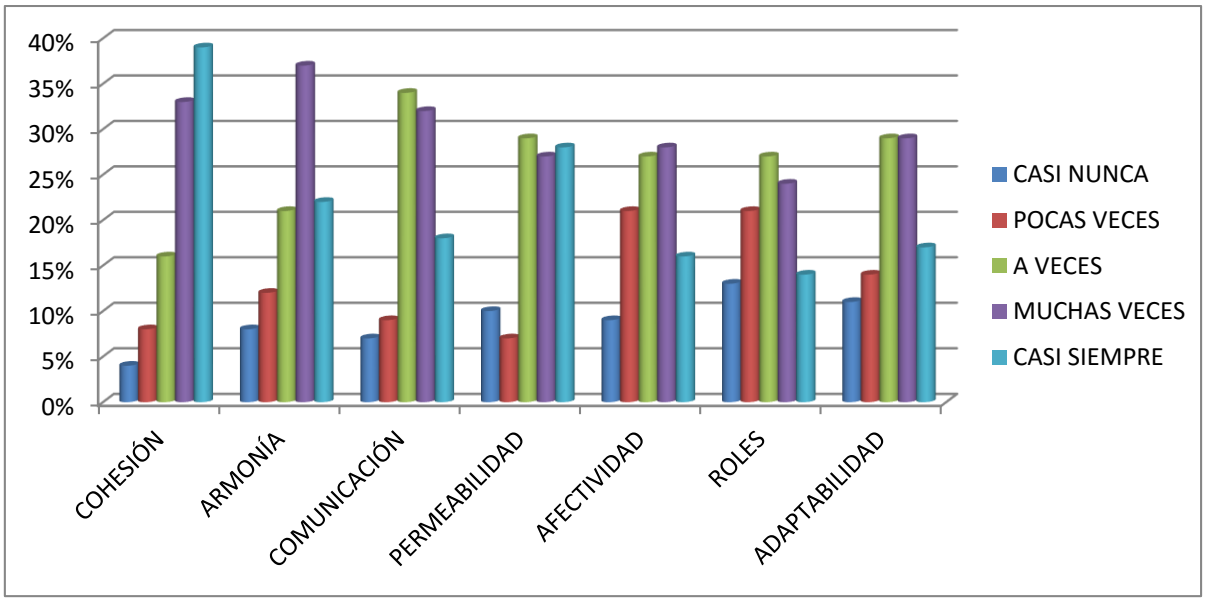
## DIMENSIONES PRESENTES EN LA DINÁMICA FAMILAR.

### TABLA N° 2.

| DIMENSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| INDICADORES | ESCALAS | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | TOTAL: |
| | CASI NUNCA | POCAS VECES | A VECES | MUCHAS VECES | CASI SIEMPRE | |
| COHESIÓN | 4% | 8% | 16% | 33% | 39% | 100% |
| ARMONÍA | 8% | 12% | 21% | 37% | 22% | 100% |
| COMUNICACIÓN | 7% | 9% | 34% | 32% | 18% | 100% |
| PERMEABILIDAD | 10% | 7% | 29% | 27% | 28% | 100% |
| AFECTIVIDAD | 9% | 21% | 27% | 28% | 16% | 100% |
| ROLES | 13% | 21% | 27% | 24% | 14% | 100% |
| ADAPTABILIDAD | 11% | 14% | 29% | 29% | 17% | 100% |

**Fuente:** Test de Funcionamiento Familiar.
**Autora:** Pamela Mora.

### GRÁFICO N° 2.




**Fuente:** Test de Funcionamiento Familiar.
**Autora:** Pamela Mora.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con los resultados obtenidos, el 39% de los pacientes diabéticos equivalente al 17,5 de ellos, presentan casi siempre cohesión familiar, mientras que el 4% representado por 2 de ellos casi nunca presenta cohesión familiar, siendo esta la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; el 37% correspondiente a 16,5 de ellos posee armonía en su familia, mientras que el 8% que corresponde a 3,5 casi nunca poseen armonía que es la correspondencia entre los intereses y las necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo; el 34% que equivale a 15,5 de ellos mantienen a veces comunicación dentro de su familia, mientras que el 7% equivalente a 3 de ellos que casi nunca se comunican siendo esta la capacidad de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa; el 29% correspondiente a 13 de ellos a veces presentan permeabilidad familiar, mientras que el 7% correspondiente a 3 de ellos pocas veces presentan permeabilidad siendo la capacidad familiar de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; el 28% equivalente a 12,5 de ellos conservan muchas veces la afectividad hacia su familia, mientras que el 9% que equivale a 4 de ellos casi nunca conservan su afectividad familiar siendo la capacidad de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; el 27% representa a 12 de ellos a veces conservan sus roles dentro de la familia, mientras que el 13% representado por 6 de ellos que casi nunca han conservado sus roles caracterizados por el cumplimiento de las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar; finalmente tenemos con un 29% correspondiente a 13 de los pacientes diabéticos que mantienen muchas veces su adaptación familiar, mientras que con un 11% que corresponde a 5 de ellos, casi nunca hay adaptabilidad familiar siendo esta la habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**OBJETIVO 2:** Conocer los factores familiares que influyen en la dinámica familiar.

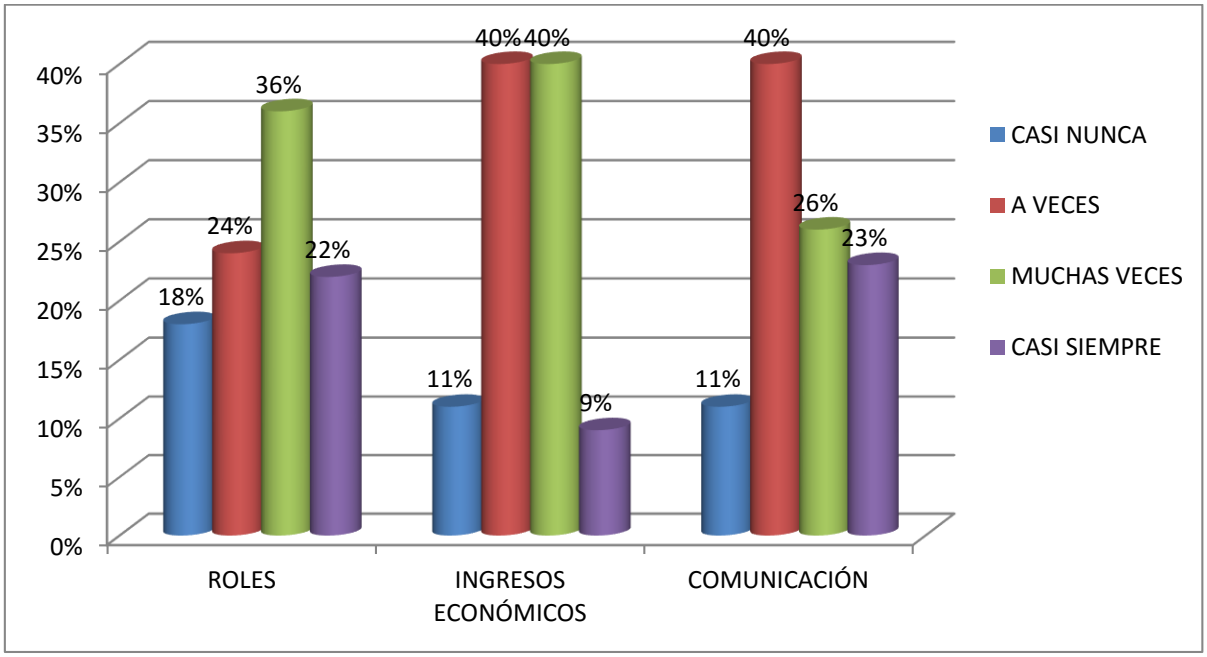
## FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA DINÁMICA FAMILIAR.

### TABLA N° 3.

| FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DINÁMICA FAMILIAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **INDICADORES** | **CASI NUNCA** | **A VECES** | **MUCHAS VECES** | **CASI SIEMPRE** | **TOTAL** |
| ROLES | 18% | 24% | 36% | 22% | 100% |
| INGRESOS ECONÓMICOS | 11% | 40% | 40% | 9% | 100% |
| COMUNICACIÖN | 11% | 40% | 26% | 23% | 100% |

**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

### GRÁFICO N° 3.




**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** De acuerdo con los resultados obtenidos, el 36% de los pacientes diabéticos equivalente a 16 de ellos, presentan a veces roles familiares, el 18% representado por 8 de ellos casi nunca poseen roles dentro de su familia; el 40% correspondiente a 18 de ellos muchas veces tienen ingresos económicos, el 9% que corresponde a 4 de ellos casi siempre gozan de ingresos económicos; el 40% que equivale a 18 de ellos mantienen a veces comunicación dentro de su familia, mientras que el 11% equivalente a 5 de ellos que casi nunca se comunican siendo esta la capacidad de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

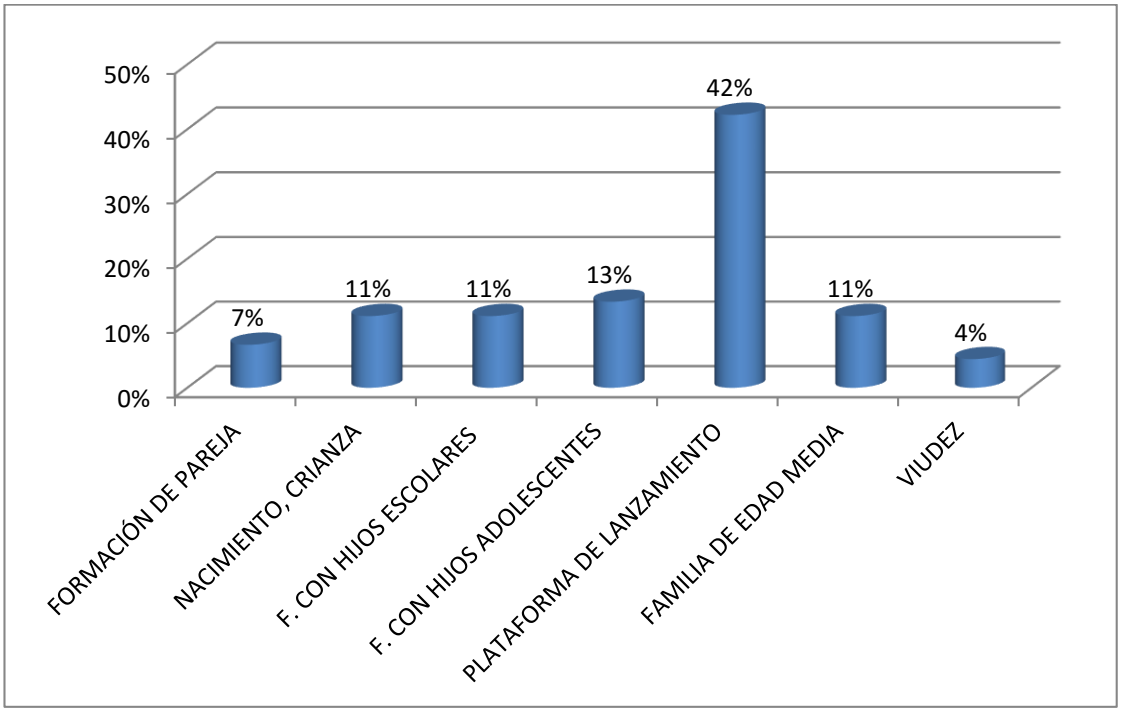
**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR, EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE DIABÉTICO.**

**TABLA N° 4.**

| CICLO FAMILIAR. | | |
|---|---|---|
| **VARIABLE** | **FRECUENCIA** | **PORCENTAJE** |
| FORMACIÓN DE PAREJA | 3 | 7% |
| NACIMIENTO, CRIANZA | 5 | 11% |
| F. CON HIJOS ESCOLARES | 5 | 11% |
| F. CON HIJOS ADOLESCENTES | 6 | 14% |
| PLATAFORMA DE LANZAMIENTO | 19 | 43% |
| FAMILIA DE EDAD MEDIA | 5 | 11% |
| VIUDEZ | 2 | 5% |
| **TOTAL:** | 45 | 100% |

**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

**GRÁFICO N° 4.**




**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los datos obtenidos, el 7% de los pacientes diabéticos que corresponde a 3 encuestados, se encuentran en la etapa de formación de pareja quedando constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia, este nuevo sistema tendrá características nuevas y propias; el 11% equivalente a 5 de ellos se están en la etapa de nacimiento y crianza, el nacimiento de un hijo crea muchos cambios tanto en la relación como en toda la familia, desde la gestación el sistema pasa a estructurarse de a tres y los padres van creando un espacio para este bebé; el 11% correspondiente a 5 de ellos son familias con hijos en etapa escolar, esta es una etapa crucial en la evolución familiar, es el primer desprendimiento del niño del seno familiar, se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar; el 13% equivalente a 6 de ellos son familias con hijos adolescentes, la adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias, se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar, el adolescente sufre una gran crisis de identidad; el 42% que representa a 19 de ellos se encuentran en la etapa denominada plataforma de lanzamiento, que es la separación de los hijos de sus familias de origen por trabajo o matrimonio, el hijo debe llegar a separarse de su familia y, seguir involucrado en ella, la tarea es permitir la partida de los hijos como resultado de un proceso natural; el 11% equivalente a 5 de ellos están se encuentran en la etapa denominada familia en edad media, la pareja vuelve a estar sola, la tarea de esta etapa es el redescubrimiento conyugal, el acercarse uno al otro y renegociar una relación despojada del rol de padres; finalmente con el 4% de ellos que representa 2 de ellos tenemos la etapa de viudez, con el tiempo uno de los cónyuges muere, y el otro queda solo y buscando una manera de involucrarse con la familia, a veces una persona puede encontrar una función útil.

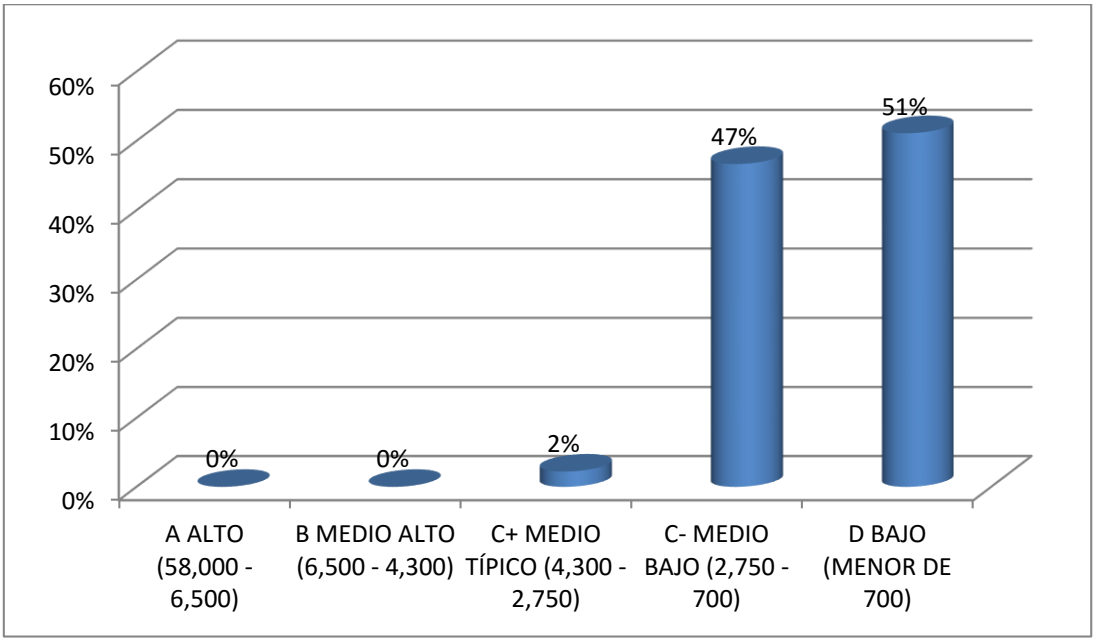
## FACTOR SOCIOECONÓMICO FAMILIAR:

### TABLA N° 5.

| NIVEL SOCIOECONÓMICO. | | |
|---|---|---|
| **VARIABLE** | **FRECUENCIA** | **PORCENTAJE** |
| A ALTO (58,000 - 6,500) | 0 | 0% |
| B MEDIO ALTO (6,500 - 4,300) | 0 | 0% |
| C+ MEDIO TÍPICO (4,300 - 2,750) | 1 | 2% |
| C- MEDIO BAJO (2,750 - 700) | 21 | 47% |
| D BAJO (MENOR DE 700) | 23 | 51% |
| **TOTAL:** | 45 | 100% |

**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

### GRÁFICO N° 5.




**Fuente:** Encuesta.
**Autora:** Pamela Mora.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** De los porcentajes obtenidos, podemos mencionar que el 0%, equivalente a 0 paciente diabético presentan un nivel socioeconómico alto; el 0% correspondiente a 0 presentan un nivel socioeconómico familiar medio alto; el 2% equivalente a 1 de ellos poseen un nivel socioeconómico familiar medio típico; el 47% correspondiente a 21 persona diabética, presenta un nivel socioeconómico familiar medio bajo; finalmente tenemos con un 51% equivalente a 23 de ellos mencionan tener un nivel socioeconómico bajo.

# g. DISCUSIÓN.

La diabetes es una enfermedad crónica, incapacitante que puede alterar la dinámica del grupo familiar.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos. (CIFUENTES, Jeannette; YEFI, Nivia; Abril 2005)

En la literatura se reporta que la funcionalidad familiar es muy importante en relación al control de la Diabetes, aunque la mayoría de los artículos que lo relacionan se han aplicado estudios para determinar la funcionalidad familiar con baja sensibilidad y especificidad.

En el 2005, Cifuentes considera que la familia es un apoyo importante para el paciente con Diabetes, por lo que, la descompensación del mismo estaría directamente relacionada a una falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar.

En el 2006, se realizó un estudio a 126 personas con diabetes, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar de Colima, Colombia, dando como resultado un 44% de familias moderadamente disfuncionales. En el presente estudio se encontró un 56% de familias moderadamente disfuncionales, lo que concuerda con el estudio realizado. (RAMIREZ, Vicente; 2006)

Posteriormente la familia pondrá en marcha los recursos con los que cuenta como cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y capacidad de adaptación, buscando así el poder conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento en 20 familias con Proceso de Atención de Enfermería del Municipio Playa, en Ciudad de La Habana. Estas familias tenían como elemento en común que existía un miembro alcohólico y se identificaron como factores relacionados a la Alteración de estos procesos familiares poca permeabilidad, incorrecta distribución de roles y la poca adaptabilidad, se le intervino de acuerdo con las causas de cada familia y las respuestas fueron favorables en 15 días en 5 familias, en el término de 20 a 30 días en 13 familias y en 2 se obtuvo las expectativas planteadas entre 40 y 45 días de iniciado el PAE.

El impacto de la Diabetes en el paciente y su familia depende también de la fase del ciclo vital en la que establezca el diagnóstico. El diagnóstico de Diabetes o la aparición de sus complicaciones se realizan con más frecuencia en la quinta etapa del ciclo vital familiar según el estudio realizado por Ramírez en el 2006, en el presente estudio se evidenció que un 43% que los pacientes se encuentra en la quinta etapa del

ciclo vital familiar (salida de los hijos), iniciándose con la salida del primer hijo del hogar paterno. En esta fase de contracción, la partida de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja; la mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida, que venía constituido por la crianza de los hijos; el marido revisa su trayectoria vital. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. (RAMIREZ, Vicente; 2006)

Uno de los aspectos importantes en las pacientes con diabetes es su economía, pues tienen que ajustar su enfermedad a los ingresos que reciben, pues la falta de ingresos suficientes causa problemas socioeconómicos en la familia que se ven exacerbados por las necesidades que se derivan por estar enfermos alguno de sus miembros. (TEJADA, Luz; 2006)

En el presente estudio el 51% de los pacientes con diabetes se ubicaron en el nivel socioeconómico D (menos de $700); se debe hacer notar que estudios similares han demostrado que personas con diagnóstico de diabetes pertenecen a la clase obrera (nivel socioeconómico bajo), siendo esta patología hasta tres veces más frecuente en este estrato, donde en el cual predominan condiciones sanitarias deficientes y bajo nivel sociocultural. (HERRERA, Luis; 2007)

No existen más investigaciones para poder seguir contrastando con la información obtenida en el presente estudio de como la Diabetes impacta en la dinámica familiar.

# h. CONCLUSIONES.

1) La dinámica familiar es considerada como uno de los puntos claves en el desenvolvimiento de un paciente con diabetes, sin embargo el estudio realizado deja ver que aquellas personas que poseen esta enfermedad, se desarrollan mayoritariamente entre una familia moderadamente funcional.
2) El impacto que causa la existencia de un paciente con diabetes dentro de una familia puede variar debido a la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad , roles y adaptabilidad que presenta cada sistema familiar, tanto así que el núcleo familiar puede volverse ciertamente funcional aunque otras pocas veces disfuncional.
3) El ciclo de la vida familiar gira de manera interminable, conectando las distintas etapas con cada una de las generaciones existentes, siendo la plataforma de lanzamiento, la etapa que prevalece entre las familias estudiadas. Mientras que en la viudez, aparte de la crisis propia de esta etapa, las personas tienen que aprender a sobrellevar su enfermedad.
4) El nivel socio económico es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica, basado en la educación y en la ocupación que presenten los jefes de hogar. De tal forma que resaltan como principales el nivel socio económico medio- bajo y bajo, aun así son los pocos ingresos económicos familiares los que ayudan a cubrir los gastos que presentan los pacientes diabéticos.

# i. RECOMENDACIONES.

1) Fortalecer los lazos familiares mediante una adecuada comunicación y constante colaboración para con el paciente diabético, a fin de evitar cualquier tipo de conflicto familiar, que lejos de ser ayuda para ésta persona, podría ocasionar la disfuncionalidad del núcleo familiar.
2) Capacitar a los familiares del paciente sobre la diabetes como enfermedad en sí; y, sobre la repercusión o cambios conductuales que éstas personas tienen tras la adquisición de esta enfermedad, a fin de que puedan sobrellevar con armonía el padecimiento que posea su familiar.
3) Educar a la familia sobre las crisis que atraviesa cada etapa del ciclo vital familiar, para que no influya de manera negativa sobre el sistema familiar y el paciente diabético.

## j. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO.

**TEMA:**

“SEMINARIO TALLER SOBRE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS, PARA MEJORAR LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN AL GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA FILIAL LOJA”.

**PRESENTACIÓN.**

La diabetes es una enfermedad crónica, incapacitante que puede alterar la dinámica del grupo familiar. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre.

La presente investigación se dirigió a explorar la dinámica familiar y las dimensiones que la componen, en los pacientes diabéticos tipo II que acuden al Grupo de Autoayuda FUVIDA. Al concluir la investigación se obtuvieron resultados que nos acercan más al problema, por lo que se propone un plan psicoterapéutico orientado a resolver, aunque sea en parte, la disfunción familiar de los pacientes diabéticos.

La intervención psicoterapéutica tiene como objetivo: Brindar un plan psicoterapéutico para los pacientes diabéticos tipo II, que acuden al Grupo de Autoayuda FUVIDA a fin de mejorar la dinámica familiar, las dimensiones que existen dentro de la misma, y así sus relaciones sean más adecuadas y satisfactorias.

El propósito capacitar y desarrollar estrategias, procedimientos y conocimientos, respecto a su enfermedad y a los efectos que tiene sobre el sistema familiar.

**OBJETIVOS:**

**OBJETIVO GENERAL:**

Brindar un plan psicoeducativo para los pacientes diabéticos tipo II, que acuden al Grupo de Autoayuda FUVIDA a fin de mejorar la dinámica familiar, las dimensiones que existen dentro de la misma, y así sus relaciones sean más adecuadas y satisfactorias.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Tomar conciencia de su posición en la dinámica familiar y mejorar su funcionalidad
- Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.
- Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones en la familiar.

**UBICACIÓN.**

Para la ejecución de este proyecto se ha seleccionado, la infraestructura de la Escuela Manuel Benjamín Carrión ubicada en la ciudadela Tebaida Baja en la ciudad de Loja, el que servirá para capacitar tanto a los pacientes como a los familiares.

## METODOLOGÍA.

La intervención psicoeducativa, se la efectuara de manera grupal, bajo la modalidad de taller, con contenidos y técnicas inherentes, encaminado a mejorar la familia disfuncional y fortalecer a la familia moderadamente funcional; tendrá una duración de cuatro días, en el horario de 09h00 a 12h00, será dirigido tanto a los familiares como al pacientes con diabetes tipo II que se encuentran acudiendo al Grupo de Autoayuda FUVIDA Filial Loja, debo indicar que se cuenta con un diagnóstico, por cuanto se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar (FF – SIL) y una encuesta estructurada.

## ETAPAS DEL PROCESO PSICOEDUCATIVO:

- **PRIMERA ETAPA:**

En esta etapa se realizara el encuadre respectivo, en el cual se explicara el propósito del taller de manera detallada, lo que permita establecer los compromisos de trabajo, y se generara la predisposición de los docentes a trabajar de manera optimista y sincera en el mismo; además se recogerá las expectativas, compromisos y temores de los participantes.

- **SEGUNDA ETAPA:**

Cronograma de actividades a realizar en el seminario taller.

- **TERCERA ETAPA**

Una vez definido el programa de intervención se procede al desarrollo del mismo, que consiste básicamente, en poner en juego la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas y los recursos necesarios, ya sean éstos internos, o externos a los mismos, conjugando las distintas intervenciones en función del paciente y su familia.

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PRIMER DÍA.** | | | | |
| **HORA** | **TIEMPO** | **CONTENIDOS** | **METODOLOGÍA** | **ASISTENTES** |
| 09:00 - 09:45 | 45 minutos. | Presentación.<br>Dinámica. | Presentación del taller, se dará la bienvenida a todos los asistentes, abordando de maneja general sobre la diabetes y la dinámica familiar.<br>Se aplicara la dinámica la noticia con la finalidad de crear empatía y enganche hacia el taller, permitirá la presentación de los asistentes. | Paciente y familia. |
| 09:45 – 10:15 | 30 minutos. | Que es la diabetes.<br>Factores de riesgo.<br>Síntomas de la diabetes.<br>Tipos de diabetes. | Primera Parte: Exposición de las temáticas, a través de diapositivas. Duración: 20 minutos.<br>Segunda Parte: Clarificación y orientación; sobre las dudas existentes acerca de los temas tratados durante la exposición. Duración: 10 minutos. | Paciente y familia. |
| 10:15 – 10:45 | 30 minutos. | Coffe break. | | Paciente y familia. |
| 10:45 – 12:00 | 75 minutos. | Impacto psicológico.<br>Diabetes y depresión.<br>Diabetes y ansiedad.<br>Video educativo.<br>Trabajo grupal. | Primera Parte: Exposición de las temáticas, a través de una conferencia interactiva, con espacios para preguntas y reflexiones, se utilizará diapositivas, como recurso didáctico, para captar la atención de los participantes Duración: 20 minutos. Proyección de video: Video Educativo sobre cómo controlar la diabetes. Duración: 15 minutos.<br>Segunda Parte: Se conformaran 9 grupos de 5 personas organizados por el modelador; los cuales se organizaran para realizar un rol playin simulando que es a uno de ellos a quién le diagnostican diabetes, seguido de la actividad se reflexionara sobre cómo se sintieron cuando les dijeron el diagnóstico. Duración: 30 minutos.<br>Tercera Parte: Cierre del primer día / 10 minutos. Cada participante va a comentar cual fue la temática que más le llamo más la atención. | Paciente y familia. |

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **SEGUNDO DÍA.** | | | | |
| **HORA** | **TIEMPO** | **CONTENIDOS** | **METODOLOGÍA** | **ASISTENTES** |
| 09:00 - 10:15 | 75 minutos. | Familia.<br>Tipos de familiar.<br>Etapas del ciclo familiar.<br>Crisis en las etapas familiares.<br>Funciones de la familia.<br>Trabajo grupal. | Primera Parte: Exposición de las temáticas, a través de una conferencia interactiva, con espacios para preguntas, se utilizará diapositivas, como recurso didáctico, para captar la atención de los participantes Duración: 40 minutos.<br>Segunda Parte: Se organizaran 9 grupos; para realizar técnicas psicodramáticas y rol playing, en la cual se ponga de manifiesto una situación cotidiana, un tipo de familia, la etapa y la crisis que les llamo más la atención y que les resulte más difícil sobrellevar. Duración: 35 minutos. | Paciente y familia. |
| 10:15 – 10:35 | 20 minutos. | Coffe break. | | Paciente y familia. |
| 10:45 – 12:00 | 85 minutos. | Proyección de la película croods. | Primera Parte: Proyección de la película Los Croods es una familia que tiene que embarcarse en el viaje de su vida, cuando la cueva que siempre los ha protegido se destruye. Viajando por unos paisajes espectaculares, los Croods descubren un nuevo mundo increíble y su forma de ver las cosas cambia para siempre. Duración: 75 minutos.<br>Segunda Parte: Cierre y despedida 10 minutos. Cada participante luego de haber observado la película decidirá cuál es el personaje que más le llamo la atención, posterior a eso compartirán cual es el mensaje o enseñanza que les deja el video. | Paciente y familia. |

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TERCER DÍA.** | | | | |
| **HORA** | **TIEMPO** | **CONTENIDOS** | **METODOLOGÍA** | **ASISTENTES** |
| 09:00 - 09:45 | 75 minutos. | Dinámica familiar.<br><br>Tipos de dinámica familiar.<br><br>Características de la dinámica familiar.<br><br>Trabajo grupal. | Primera Parte: Exposición de las temáticas, a través de una conferencia interactiva, con espacios para preguntas, se utilizará diapositivas, como recurso didáctico, para captar la atención de los participantes Duración: 40 minutos.<br><br>Segunda Parte: Se organizaran 9 grupos; con la finalidad de realizar un collage sobre los tipos y característica de la dinámica familiar; se les entregara todos materiales necesarios para la elaboración de dicha actividad, la misma que procederá a ser explicada luego de su culminación. Duración: 35 minutos. | Paciente y familia. |
| 10:15 – 10:45 | 30 minutos. | Coffe break. | | Paciente y familia. |
| 10:45 – 12:00 | 75 minutos. | Indicadores de la dinámica familiar.<br><br>Comunicación.<br><br>Roles.<br><br>Adaptabilidad. | Primera Parte: Exposición de las temáticas, a través de una conferencia interactiva, con espacios para preguntas, se utilizará diapositivas, como recurso didáctico, para captar la atención de los participantes Duración: 30 minutos.<br><br>Segunda Parte: Se impartirá técnicas como mensaje yo para mejorar la comunicación entre los integrantes de la familia; se preguntara si creen que los roles en sus hogares están bien definidos o hay que redefinirlos haciendo una confrontación. Duración: 35 minutos.<br><br>Tercera Parte: Reflexiones individuales / 5 minutos, se le solicita a cada participante, que de una opinión sobre la jornada de trabajo. | Paciente y familia. |

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CUARTO DÍA.** | | | | |
| **HORA** | **TIEMPO** | **CONTENIDOS** | **METODOLOGÍA** | **ASISTENTES** |
| 09:00 - 09:45 | 40 minutos. | Técnicas de relajación:<br>✓ Ejercicio de respiración.<br>✓ Visualización<br><br>Cierre del Seminario Taller. | Primera Parte: Ejercicios de respiración (10 minutos), Sentado, pon las manos encima de los muslos, las piernas paralelas y los pies bien apoyados en el suelo, la columna vertebral derecha y en línea con la cabeza, la nuca estirada y la barbilla metida.<br><br>Dirige tu atención a la respiración. Pon la mano derecha en el plexo solar y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula. Observa lo que ocurre debajo de tus manos al respirar: cuando entra el aire, nota la expansión de tu cuerpo, primero el abdomen, y después el pecho.<br><br>Segunda Parte: Visualización: Imagínate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas. Fíjate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y ves como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.<br><br>La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara. Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz. Sigue caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo. Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbar cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura y descansa profundamente, muy profundamente. Duración: 20 minutos.<br><br>Tercera Parte: Se realizará un cierre motivacional en el cual se les agradecerá por su colaboración. Duración: 10 minutos. | Paciente y familia. |

# k. BIBLIOGRAFIA.

BERZOSA, Javier; SANTAMARÍA, Lourdes; REGODÓN, Cristina; La familia un concepto siempre moderno; Centro Regional de Formación e Investigación en Servicios Sociales; Madrid noviembre 2011; Págs. 2 – 4.

BONILLA, Elvira; Cols; Guía de protocolos de pie diabético; Consejo General de colegios Oficiales de Podólogos; Comisión de formación; 1° Edición; Mayo 2011; Impreso en España.

CARDONA, Juan; Ciclo Vital Familiar; Salud Familiar: Atención Primaria; 11 de noviembre del 2007.

CASTRO, Rodríguez; RAMOS, R.; Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus; Revista de la Facultad de Ciencias de Salud; Vol. 2 N° 2; Duazary; Mayo 2005; Págs. 148 – 149.

CERVANTES, Rodolfo; PRESNO, José; Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células beta pancreáticas; Revista de Endocrinología y Nutrición; Vol. 21, N° 3, Julio – Septiembre 2013; Pág. 98.

CIFUENTES, Jeannette; YEFI, Nivia; La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético?; Programa de Diplomado en Salud Publica y Salud Familiar; Osorno, Abril 2005; Págs. 7 – 8.

DELGADO, Ana; RICAPA, Enrique; Relación entre los Tipos de Familia y el Nivel de Juicio Moral en un Grupo de Estudiantes Universitarios; Revista IIPSI; Facultad de Psicología; Vol. 13; N° 2; Octubre 2010.

EGUILUZ, Luz de Lourdes; Dinámica de la Familia, Un Enfoque Psicológico Sistémicos.

FERNÁNDEZ, Miguel; El impacto de la enfermedad en la familia; Departamento de Medicina Familiar; Facultad de Medicina; UNAM; Págs. 2 – 3.

HEREDIA, Juan; PINTO, Bismarck; Depresión en diabéticos: Un enfoque Sistémico; AJAYU; 2008, Vol. VI, Nº 1; Págs. 24 – 26.

HERRERA, Luis; QUINTERO, Olga; HERNÁNDEZ, Morelia; Funcionalidad y Red de Apoyo Familiar en Pacientes Diabéticos Tipo 2; Servicio de Endocrinología; Iahula – Mérida; Médico de familia; Coordinadora Postgrado de Medicina familiar; ULA; Vol. VI; Julio – Diciembre 2007.

ISLAS, Sergio; LIFSHITZ, Alberto; Diabetes Mellitus; Impreso en México; Programas Educativos S.A. de C.V.; Empresa Certificada por el Instituto Mexicano.

JÍMENEZ, María; DÁVILA, Mariel; Avances en Psicología Latinoamericana; Psicodiabetes; Volumen N° 25; Bogotá Junio 2007.

MARTÍN, María; Un millón más de diabéticos en España en solo dos años; Atlas de la Diabetes; Biomedicina y Salud: Epidemiología; 14 de noviembre del 2013.

MENDIZABAL, Orietta; PINTO, Bismarck; Estructura familiar y diabetes; Vol. IV N° 2; Universidad Católica Boliviana; Ajayu 2006.

MENDIEZABAL, O; Terapia Grupal Individual en el tratamiento de la depresión profesional; Volumen 3; 2004; Pág. 16.

RAMIREZ, Vicente; Disfunción y Falta de Apoyo como Factor Desencadenante de Control Glucémico del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo II; Instituto Mexicano del Seguro Social; Hospital General de Zona y Medicina Familiar N° 1 Colima; Coordinación Clínica Educación e Investigación Médica; Noviembre 2006.

REYES, Martha; MORALES, José; Diabetes: Tratamiento nutricional; Medicina Interna de México; Volumen 25; Núm. 6; Noviembre – Diciembre 2009; Págs. 454 – 456.

ROJAS, Magdalida; BONILLA, Martha; TREJO, Luis; Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético; Revista Neurología, Neurociencia y Psiquiatría; 2005.

VA, Alexandria, Guía para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; National Diabetes Information; Agosto 2013.

SALDÍVAR Dionisio. Teoría y práctica de la psicoterapia; Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo. 2007. Pág. 23.

SÁNCHEZ, Cinthya; Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes; Facultad de Psicología; Psicología Iberoamericana; Cuidad de México; Enero – Junio 2012; Vol. 20, No. 1.

SECADES, Roberto; FERNÁNDEZ, José y Cols.; Estrategias de Intervención en el Ámbito Familiar; Diputació de Barcelona; Noviembre 2011; Diseño y producción: Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona.

SIMÓN, Miguel; Psicología de la Salud; Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención; Edición Pirámides S. A.; Impreso en Gráficas Ortega S. A.

TEJADA, Luz; GRIMALDO, Blanca; MALDONADO, Olga; Percepciones de Enfermos Diabéticos y Familiares Acerca del Apoyo Familiar y el Padecimiento; RESPYN; Revista Salud Pública y Nutrición; Volumen .7 N° 1; Enero – Marzo 2006.

TORRES, Laura; ORTEGA, Patricia y Cols., Dinámica Familiar en Familias con Hijos e Hijas; Revista Intercontinental de Psicología y Educación; ISSN Versión Impresa; Vol. 10; Núm. 2; Julio – Diciembre 2008; Universidad Internacional de México.

VELASCO, María; SINIBALDI, Julián; Manejo del enfermo crónico y su familia: Sistemas, historias y creencias; Editorial: El Manual Moderno; México 2001; Pág. 195.

BARAJAS, Jhoni; Tipos de Familia; Recuperado de: http://es.scribd.com/doc/5398126/TIPOS-DE-FAMILIA

CHOISE; NHS; LA diabetes; Spanish; Translated 04/08; Queen's Printer and Controller of HMSO 2008; Recuperado de: http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Diabetes_Spanish_FINAL.pdf

El Ciclo Vital. Crisis Evolutivas; Mediación e Intervención Psicosocial con Familias y Menores; 11 de Diciembre del 2012: Recuperado de: https://resuelveahora.wordpress.com/2012/12/11/el-ciclo-vital-crisis-evolutivas/

Conceptos básicos para el estudio de las familias; Archivos en Medicina Familiar; Vol. 7 Supl. 2005; Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf

Día Mundial de la Diabetes; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de las Américas / Ecuador; 24 nov 2010;

Recuperado de: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=251URL

Diabetes, Aspectos psicológicos y sociales; Infodiab; Boletín de la Fundación para la Diabetes; N° 13; Enero 2002; Recuperado de: http://www.fundaciondiabetes.org/activ/publicaciones/infodiab/infodiab13.pdf

Diabetes: Aspectos psicológicos y sociales; Recuperado de: http://www.fundaciondiabetes.org/activ/publicaciones/infodiab/infodiab13.pdf

Diabetes Atlas; IDF DIABETES ATLAS; 2014 International Diabetes Federation; Sixth Edition; Recuperado de: http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/europa

Diabetes en Latino America; Recuperado de: http://www.onetouchla.com/col/vida-diabetes/conoce-diabetes/sobre-diabetes/diabetes-en-america-latina

FUVIDA; Aprendiendo a vivir con Diabetes: http://www.fuvida.org.ec/

La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Oficina Regional de las Américas; 16 de noviembre del 2012; Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453&Itemid=1926

La diabetes: ¿Qué es?; National Diabetes Education; Program; Pág. 2; Elaborado por Connie Crawley, MS, RD, LD; Especialista de extensión en nutrición y salud; Publicación No. FDNS-E-11-7a-SP Recuperado de: https://diabetesatwork.org/_files/factsheets/cleanhls_whatisdiabetes_092105.pdf

OMS: En Ecuador hay 500 mil enfermos de diabetes; El Telégrafo; 14 nov 2011; Recuperado de: http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/oms-en-ecuador-hay-500-mil-enfermos-de-diabetes.html

Sobre la Diabetes: Diabetes en Latino América; Recuperado de: http://www.onetouchla.com/col/vida-diabetes/conoce-diabetes/sobre-diabetes/diabetes-en-america-latina

ZALDIVAR, Dionisio; Funcionamiento Familiar Saludable; Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

# ANEXOS.

# ANEXO 1.

## CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF – SIL).

| Ítems | INDICACIONES<br>A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda. | 1 CASI NUNCA | 2 POCAS VECES | 3 A VECES | 4 MUCHAS VECES | 5 CASI SIEMPRE | Ítems |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **1** |
| **2** | En mi casa predomina la armonía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **2** |
| **3** | En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **3** |
| **4** | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **4** |
| **5** | Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **5** |
| **6** | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **6** |
| **7** | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **7** |
| **8** | Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **8** |
| **9** | Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **9** |
| **10** | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **10** |
| **11** | Podemos conversar diversos temas sin temor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **11** |
| **12** | Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **12** |
| **13** | Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **13** |
| **14** | Nos demostramos el cariño que nos tenemos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **14** |
| | SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA **SUMA TOTAL** — SUME LAS COLUMNAS | | | | | | |

**Fuente:** Rev. Cubana Enfermer 1999; 15 (3): 164 – 8.

## ANEXO 2.

## ENCUESTA.

**Nombre del paciente: _____**

**Edad: _____** **Fecha: _____**

1) **¿En qué etapa del ciclo familiar se encuentra?**
   - ✓ Formación de Pareja.
   - ✓ Nacimiento, Crianza.
   - ✓ Familia con Hijos Preescolares.
   - ✓ Familia con Hijos Escolares.
   - ✓ Familia con Hijos Adolescentes.
   - ✓ Plataforma de Lanzamiento.
   - ✓ Familia de Edad Media.
   - ✓ Viudez.
2) **¿En su hogar los roles se encuentran claros y bien definidos?**
   - ✓ Siempre.
   - ✓ Muchas Veces.
   - ✓ A Veces.
   - ✓ Casi Nunca.
3) **Nivel socioeconómico familiar:**
   - ✓ A Alto (58,000 y 6,500).
   - ✓ B Medio Alto (6,500 y 4,300).
   - ✓ C+ Medio Típico (4,300 y 2,750).
   - ✓ C- Medio Bajo (2,750 y 700).
   - ✓ D Bajo (Menos de 700).
4) **¿Los ingresos económicos familiares cubren todas las necesidades básicas?**
   - ✓ Siempre.
   - ✓ Muchas Veces.
   - ✓ A Veces.
   - ✓ Casi Nunca.

5) **¿La comunicación en su familia es clara y directa?**

- ✓ Siempre.
- ✓ Muchas Veces.
- ✓ A Veces.
- ✓ Nunca.

6) **¿Dentro de las relaciones familiares, la comunicación se da de forma espontánea y cercana?**

- ✓ Siempre.
- ✓ Muchas Veces.
- ✓ A Veces.
- ✓ Casi Nunca.

## ANEXO 3.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE LA DINÁMICA FAMILIAR.

**Fecha: _____**

**Yo: _____** con **C.I: _____**, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio que académico que el estudiante _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente; libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

_____

**Estudiante de Psicología Clínica.**

**C.I: _____**

_____

**Paciente.**

**C.I: _____**

SE REQUIERE PARA LA APLICACIÓN DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF – SIL Y UNA ENCUENTA ESTRUCTURA, SI LO CONSIDERA PUEDE MODIFICARLO TOTAL O PARCIALMENTE DESDE QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES GENERALES PARA CONSENTIMEINTO INFORMADO.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS.

**CONTENIDO** **Pág.**

PORTADA ……..… i

CERTIFICACIÓN ……..…… ii

AUTORÍA …… iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN ……. iv

DEDICATORIA …….……..……. vii

AGRADECIMIENTO …….……. viii

a. TEMA …….…….. 1

b. RESUMEN – ABST ……..……..……. 2

c. INTRODUCCIÓN ……..…….. 5

d. REVISIÓN DE LITERATURA ……..……. 8

1. DIABETES …….…..…… 8

1.1. Definición ……..…..…….. 8

1.2. Incidencia ……..…….…... 8

1.3. Fisiopatología ……...……. 9

1.4. Factores de Riesgo ……. 9

1.5. Clasificación …….....……... 10

1.6. Sintomatología ……... 12

1.7. Consecuencias ..... 12

1.8. Impacto psicológico de la diabetes …….…….…… 12

1.9. Relación entre depresión y diabetes ……..……..… 13

1.10. Relación entre ansiedad y diabetes ……..…… 14

1.11. Relación entre los trastornos alimentarios y diabetes ……. 15

2. FAMILIA ……...…… 17

2.1. Concepto de Familia ……... 17

2.2. Tipos de familia ……...……..... 17

2.3. Etapas del ciclo vital familiar …….…….……... 20

2.4. Funciones de la familia ……...…… 23
3. DINÁMICA FAMILIAR ……...……. 25
3.1. Definición de dinámica familiar ……...…….. 25
3.2. Tipos de dinámica familiar ……...…….. 25
3.3. Características de la Dinámica Familiar ……..... 27
3.4. Indicadores de dinámica y funcionamiento familiar saludable …….….. 28
3.5. Efectos emocionales de la diabetes en el individuo ……..….… 30
3.6. Impacto de la diabetes en el grupo familiar ……...……...…… 30
3.7. Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia ……...….. 31
3.8. Adaptación de la familia a la diabetes …….....…... 32
3.9. Reacción de mala adaptación …….…...….. 32
4. GRUPO DE AUTOAYUDA FUVIDA …….…… 33
4.1. Historia ……..……..…… 33
4.2. Misión …….…….…… 34
4.3. Visión …….……..…….. 34
4.4. Objetivos …….……..……. 34
e. MATERIALES Y MÉTODOS ……...……... 36
f. RESULTADOS ……..…….……... 41
g. DISCUSIÓN ……..…….…… 51
h. CONCLUSIONES ……..…….….. 54
i. RECOMENDACIONES ……..…….……..… 55
j. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO ….…..…….. 56
k. BIBLIOGRAFÍA …….….…….. 64
l. ANEXOS ……..…….. 70