UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Evaluación y comparación de dos intervenciones familiares para la atención y cuidado del Adulto Mayor con Diabetes tipo 2

TESIS PRESENTADA POR

Lucía Pérez Sánchez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctora en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Director)
Doctor en Psicología

Judith López Peñaloza
Doctora en Psicología

José María de la Roca Chiapas
Doctor en Ciencias Médicas

REVISORES

María Inés Gómez del Campo del Paso
Doctora en Psicología

María Elena Rivera Heredia
Doctora en Psicología

MORELIA, MICH., NOVIEMBRE DE 2015

¿Qué cuántos años tengo? -
¡Qué importa eso !
¡Tengo la edad que quiero y siento!
La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.
Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso o lo desconocido..
Pues tengo la experiencia de los años vividos
y la fuerza de la convicción de mis deseos.
¡Qué importa cuántos años tengo!
¡No quiero pensar en ello!
Pues unos dicen que ya soy viejo,
y otros "que estoy en el apogeo".
Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice,
sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.
Tengo los años necesarios para gritar lo que pienso,
para hacer lo que quiero, para reconocer yerros viejos,
rectificar caminos y atesorar éxitos.
Ahora no tienen por qué decir: ¡Estás muy joven, no lo lograrás!...
¡Estás muy viejo, ya no podrás!...
Tengo la edad en que las cosas se miran con más calma,
pero con el interés de seguir creciendo.
Tengo los años en que los sueños,
se empiezan a acariciar con los dedos,
las ilusiones se convierten en esperanza.
Tengo los años en que el amor,
a veces es una loca llamarada,
ansiosa de consumirse en el fuego de una pasión deseada.
y otras... es un remanso de paz, como el atardecer en la playa.
¿Qué cuántos años tengo?
No necesito marcarlos con un número,
pues mis anhelos alcanzados,
mis triunfos obtenidos,
las lágrimas que por el camino derramé al ver mis ilusiones truncadas...
¡Valen mucho más que eso!
¡Qué importa si cumplo cincuenta, sesenta o más!
Pues lo que importa: ¡es la edad que siento!
Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.
Para seguir sin temor por el sendero,
pues llevo conmigo la experiencia adquirida
y la fuerza de mis anhelos
¿Qué cuántos años tengo?
¡Eso!... ¿A quién le importa?
Tengo los años necesarios para perder ya el miedo
y hacer lo que quiero y siento!!.
Qué importa cuántos años tengo
o cuántos espero, si con los años que tengo,
¡¡aprendí a querer lo necesario y a tomar, sólo lo bueno!!

José Saramago

Agradecida infinitamente con mi familia por el amor, compañía, paciencia, y espacio otorgado para que este proyecto pudiera culminar con éxito. Sin Ustedes el tesón, dedicación y esfuerzo perdería todo el sentido.
Agradecida con las familias que de manera sincera abrieron las puertas de su vida y permitieron que una servidora entrara y los conociera.
Agradezco a mi director Dr. Roberto Oropeza Tena que de manera sencilla y paciente pudo acompañarme en esta travesía.
Finalmente agradezco a mis profesores que contribuyeron en mi crecimiento como investigadora, así como a cada uno de mis compañeros sin los cuales este camino hubiera sido un aburrido viaje.

Dedicada a mis abuelos….
Con especial énfasis a mi abuelita Lucy, con todo mi amor hasta la eternidad.

INDICE

TABLA DE ABREVIACIONES 6

RESUMEN 7

ABSTRACT 8

INTRODUCCIÓN 9

CAPÍTULO I: EL ADULTO MAYOR 14

CAPITULO II: DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR 30

CAPÍTULO III: EL SISTEMA FAMILIAR EN EL PROCESO SALUD–ENFERMEDAD 47

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN SISTÉMICA FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR 77

MÉTODO 100

PRIMER ESTUDIO: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN SUS DOS MODALIDADES 107

SEGUNDO ESTUDIO: EVALUACIÓN DE LA *ISFC-AM* 118

TERCER ESTUDIO: EVALUACIÓN DE LA *BIBLIOFAM* 193

COMPARACIÓN DE LAS DOS INTERVENCIONES: ISFC-AM -BIBLIOFAM 255

REFERENCIAS 286

APÉNDICES 300

TABLA DE ABREVIACIONES

Siglas	Significado
AM	Adulto Mayor
CP	Cuidador primario
FAM	Familia
DM1	Diabetes mellitus tipo 1
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
ISFC-AM	Intervención sistémica familiar para el cuidado del adulto mayor
BIBLIOFAM	Biblioterapia familiar
AVD	Actividades de la vida diaria
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria

Resumen

Los cambios demográficos a nivel mundial, han impactado en el aumento en la esperanza de vida en la población; sin embargo, las enfermedades crónicas constituyen un problema aún no resuelto, por lo que los profesionales de la salud, tienen un escenario complejo: población con mayor tendencia al envejecimiento, aunado al incremento de padecimientos crónicos, entre ellos, la diabetes. A su vez, los cambios demográficos han posibilitado la producción de modelos diversos en las estructuras familiares y en los roles intergeneracionales, originando el llamado fenómeno de la verticalización familiar, incrementando las responsabilidades de los miembros que las componen. Por ello, el siguiente trabajo propone una intervención familiar para el cuidado del AM con DM2. Este trabajo está constituido por tres estudios, con el objetivo general del desarrollo y evaluación de una intervención familiar, en que se comparó la eficacia de dos programas de tratamiento: la ISFC-AM y la BIBLIOFAM. Ambos programas buscaron mejorar la calidad de vida y autoeficacia del AM con DM2, regular la sobrecarga del familiar cuidador principal, así como establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional. La metodología empleada fue el estudio de caso único con réplica o N=1 y el tipo de muestreo, no probabilístico por conveniencia. Los resultados manifestaron que la ISFC-AM en comparación con la BIBLIOFAM, tuvo mayor efectividad para alcanzar rangos de control en los indicadores metabólicos: hemoglobina glucosilada (HbA1c), glucosa y colesterol, del AM con DM2; por su parte la BIBLIOFAM lo fue para la presión arterial y ambos tratamientos en los relacionado a los triglicéridos disminuyendo sus niveles registrados. La ISFC-AM mejoró la calidad de vida en lo referente a satisfacción con el estado de salud física, psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, a través de la evaluación de los cambios de tendencia y nivel de las variables dependientes; con respecto a la independencia ambos tratamientos mostraron efectividad; así como en la autoeficacia la ISFC-AM mostró mejores resultados. También la ISFC-AM reguló de mejor forma la sobrecarga del cuidador principal, y estableció cambios al interior de la dinámica familiar, repercutiendo en una mejor distribución en el cuidado de su familiar mayor. Por ello la recomendación que se hace es la aplicación de la ISFC-AM porque mostró ser mas efectivo en la mayoría de la variables, sin embargo la características de ambos pueden complementarse y mutuamente enriquecerse, pues lo que los distingue de cualquier otro tipo de intervención es su aproximación familiar.

Palabras claves: Adulto Mayor, Diabetes Mellitus tipo 2, Cuidador Primario, Funcionamiento familiar.

Abstract

Demographic changes worldwide have impacted the increase in life expectancy in the population. However, chronic diseases are an unresolved problem so health professionals are challenged with a complex scenario: aging population is most likely to have chronic illnesses such as diabetes. In turn, demographic changes have made it possible to produce various family structure models and intergenerational roles, causing the phenomenon called multigenerational family, thereby increasing the responsibilities of the members who compose them. Therefore, This study proposes a family intervention aimed to care for the AM with DM2. Consisting of three studies, with the general objective of developing and assessing a family intervention in which the efficacy of two treatment programs was compared: ISFC-AM and BIBLIOFAM. Both programs sought to improve the quality of life and efficacy of AM with DM2, regulate family primary caregiver overload and establish changes towards a development of a more functional family configuration. The methodology used was a single case study to replicate or N = 1 (León & Montero, 1995) and the type of sampling was non-probability convenience. The results showed that the ISFC-AM compared with BIBLIOFAM, had greater effectiveness in achieving control ranges of metabolic indicators: glycosylated hemoglobin (HbA1c), glucose, cholesterol, meanwhile the BIBLIOFAM was for both blood pressure and related treatments on triglycerides. The ISFC-AM significantly improved quality of life in terms of satisfaction with the state of physical, psychological health, social relationships, environment and spirituality; independence regarding both treatments showed effectiveness; and efficacy in the ISFC-AM showed better results. ISFC-AM also regulated to better primary caregiver overload and established changes within family dynamics, have better repercussions with the distribution in the care of their elderly relative. Therefore the recommendation made is the application of the ISFC-AM because it was shown to be more effective in most variables, however the characteristics of the two can be complemented and mutually enrich themselves, because the difference with any other type of intervention is its approach family.

Keywords: Elderly, Diabetes Mellitus type 2, Primary Caregiver, Family functioning.

Introducción

Uno de los desafíos mayores que la sociedad debe enfrentar es el envejecimiento de su población. Se estima que la característica del siglo XXI es el aumento de la duración de la vida, teniendo que el porcentaje de personas con más de 75 años en el mundo se ha incrementando en una proporción de cinco veces más que la del resto de la población (ENASEM, 2012). Esto replantea nuevas necesidades que atender; necesidades que implican mayor complejidad, sobre todo en lo concerniente al equilibrio de dos factores:

- Promoción de la autonomía del adulto mayor (AM).
- Brindar protección socio sanitaria en situación de dependencia (Muñoz, 2002).

Cada uno de estos factores además deberá integrar el desarrollo de un envejecimiento saludable, definido como el proceso de optimización de las oportunidades de bienestar subjetiva, participación y seguridad del AM, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Esta definición expone las demanda a atender: protección social, sanitaria, cultural, recreativa y asociativa, entre otras, que fomenten la convivencia y atiendan a las o los AM en general y de manera especial a los que se encuentran en situación de dependencia; la cual casi siempre se encuentra vinculada algún padecimiento o enfermedad (Muñoz, 1994; 2002; Programa de atención al envejecimiento 2007-2012).

El punto crucial es prolongar la esperanza de vida saludable a través del envejecimiento saludable que implica cuidado y salvaguarda en los derechos de los y las AM, así como su participación activa y constructiva (Belsky, 2001).

En lo que refiere a los AM dependientes, la atención y derechos a resguardarse conllevan garantizar los cuidados de larga duración, la asistencia sanitaria continuada, la cobertura socio sanitaria consolidada, el apoyo informal (como la familia, amigos, vecinos

o comunidad) y los servicios formales, así como nuevos servicios y readaptación de los ya existentes.

Un hecho real es que la salud de las personas mayores no es una cuestión exclusiva de las instituciones designadas para ello, tampoco de los que laboran en ellas, en ocasiones esta tarea es obviada y emprendida por los cuidadores informales, responsables directos del cuidado y atención en casa del paciente dependiente (Ramos del Rio, 2008).

Así entonces, se tiene que la familia del AM con algún padecimiento, recibe el compromiso de su cuidado y de ser el puente de comunicación con los profesionales de la salud, pero pocas veces se les da un soporte de orientación (Placeres, De León y Delgado,2011).

Aunado a lo anterior, López-Ortega y Matarazzo (2007) destacan que existen al menos cuatro aspectos relacionados con una potencial influencia sobre las familias para aumentar el tiempo dedicado al cuidado de enfermos en el hogar las cuales son el envejecimiento cada vez mayor de la población, la cual se considera la principal, seguido por el aumento en el padecimiento de alguna enfermedad crónico degenerativa, y sus consecuencias, la incorporación de la mujer en la vida laboral, y los cambios en los sistemas de salud.

Por ello, a pesar de que se reconoce la importancia de la participación de la familia como principal soporte en el cuidado del AM, así como en los procesos de salud enfermedad, la atención que es proporcionada a los pacientes y sus familiares, se realiza principalmente desde una postura biomédica y de manera individualizada, sin considerar al AM como parte de su sistema familiar (Marrero, 1994; Muñoz, 1994; 2002).

Por tal razón, en este trabajo de investigación se considera que la perspectiva de la familia como sistema es importante a ser considerada, ya que es en ella donde las

personas se desarrollan, donde se aprenden hábitos, costumbres, estilos de interacción, saludables o no saludables (Kanán, Caballero y Medellin, 2009).

Visualizar a la familia como favorecedora en el tratamiento y rehabilitación de sus integrantes, posibilita propuestas de tratamiento alternos, ecológicos, contextualizados y socialmente pertinentes, que incidan en lo que se denomina modelo de empoderamiento, caracterizado por el desarrollo de una cultura del autocuidado y la prevención, reconociendo la capacidad del paciente y su sistema familiar. Este tipo de abordajes estimula la participación activa y conjunta, propiciando la aceptación y distribución equitativa de la responsabilidad del cuidado y atención de cada uno de los miembros que compone el grupo familiar (Velasco y Sinibaldi; 2001; programa MIDE ISSSTE).

Por ello, para esta investigación se tomó en cuenta lo que se describe en los párrafos anteriores, y se presentan los resultados del desarrollo y evaluación que se hizo a una intervención familiar para el cuidado y atención del AM con DM2, a través de la comparación de dos programas de tratamiento: uno desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica basada en el modelo estructural de Minuchin (1974) y el modelo de la narrativa de White (1994); y el segundo basado en el aprendizaje significativo de Ausubel (1983) a través de la biblioterapia. Ambos tratamientos buscaron mejorar la calidad de vida y autoeficacia del AM con DM2, regular la sobrecarga del familiar cuidador principal, así como establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional.

En la primera parte de la tesis se describe los fundamentos teóricos de los dos programas desarrollados, para lo cual se tomaron tres perspectivas teóricas: la psicogerontología que enfatiza la importancia del envejecimiento saludable y el respeto hasta el último momento de los derechos de las personas mayores; la psicología social de la salud, que fundamenta la importancia del papel activo de los individuos en los procesos de salud enfermedad y por último la perspectiva sistémica de la familia, la cual explica que la alteración en uno de los miembros que componen el sistema familiar, altera al todo en su conjunto.

En el primer capítulo teórico se aborda el concepto de AM desde la psicogerontología, en donde se hace énfasis en lo que es un envejecimiento saludable y la importancia del desarrollo de la autoeficacia y autonomía aun en estado de enfermedad, que repercutirá en una percepción positiva de calidad de vida.

En el segundo capítulo se explora el desarrollo histórico de la diabetes, su clasificación y etiología, así como su aspecto epidemiológico, con acento en lo concerniente a sus características en la población de las personas mayores y sus particularidades en el cuidado y atención que se brinden a este sector de la población.

El tercer capítulo revisa la conceptualización de familia desde la perspectiva sistémica, y la enfermedad como crisis así como las formas de llevar a cabo una evaluación sistémica de la familia en contexto de un padecimiento crónico.

Por último en el cuarto capítulo se aborda la problemática que enfrenta la familia en el contexto psicogerontológico, las modificaciones sociales que hacen que surja el fenómeno denominado verticalización familiar y el papel que tiene el cuidador familiar con este rol, así como lo que debe vigilarse y que vulnera a la familia presentándose en dos problemáticas específicas: el síndrome del cuidador y la claudicación familiar.

La segunda parte de este trabajo expone lo relacionado con el método utilizado para llevar a cabo este trabajo de investigación: objetivos, participantes, diseño, instrumentos utilizados, procedimientos y el análisis de los datos.

La parte en la que se exponen y describen los resultados, se estructuró de acuerdo a los tres estudios que compone la investigación y a su vez, cada estudio se subdividió en secciones que explican el método utilizado para cada uno de estos estudios.

El segundo y tercer estudio se dividió en cuatro apartados generales. La primera sección se refiere a las características de las familias participantes en los dos programas

de intervención familiar propuestos.

La segunda sección describe los resultados de las evaluaciones clínicas, de calidad de vida y de autoeficacia de los AM participantes antes y después del tratamiento.

La tercera describe el nivel de sobre carga percibido por el cuidador primario, antes y después de los tratamientos. Y en la cuarta, se describen los resultados obtenidos antes y después de los tratamientos, sobre el funcionamiento familiar. Posteriormente, se presenta el apartado de discusión y conclusiones, donde se analizan y discuten los resultados obtenidos.

Capítulo I: EL ADULTO MAYOR

El tema del adulto mayor (AM) ha cobrado interés en los últimos años. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su propósito de implantar un criterio internacional, han establecido convencionalmente los 60 años como la edad del inicio de la adultez mayor (Zetina, 1999).

En el contexto mundial, la tendencia del incremento poblacional proyectado de 1980 a 2025 en 29 países, indica un crecimiento de la población general que va del 14.74% y del 76.91% para los mayores de 60 años. La población mundial mayor de 65 años aumenta en más de 750 000 personas por mes. El 70% de ellos vive en países en desarrollo. Se estima que para el año 2025 habrá más de 800 millones de AM de 65 años en el mundo. Dos tercios de ellos en países en desarrollo, con una mayoría absoluta de mujeres. En muchos países en desarrollo, particularmente en América Latina y Asia, se estima que dentro de 15 años, el aumento se encuentre en un orden del 300% en la población de AM (Vassallo y Sellanes, 2000).

La población de todo el mundo incluyendo México, está envejeciendo; según proyecciones de la ONU, a mediados de este siglo el número de personas mayores en el mundo superará al número de jóvenes, por primera vez en la historia (ENASEM, 2012). Existe una mayor esperanza de vida, que en México actualmente es de 75.3 años y se espera que para el año 2025 sea de 78.8 años.

El envejecimiento de la población mexicana se torna en un problema emergente, pues implica un proceso que a los países más desarrollados les consumirá un siglo, mientras que a México le tomará la mitad del tiempo (aproximadamente 50 años). El envejecimiento de la población en nuestro país se puede ver en la pérdida neta de 12.0 millones de niños y jóvenes menores de quince años, equiparada con la ganancia de 12.3 millones en los primeros 10 años de la senectud (60-69 años); o bien, la reducción de 6.5 millones en las primeras dieciocho edades laborales (15-32 años), lo cual se

compensa con el incremento de 6.8 millones de las siguiente diecisiete (33-49 años) (ENSANUT, 2013).

Si México no actúa de manera eficaz y eficiente con programas adecuados y acordes a las necesidades específicas de la población AM, además de trazar una estrategia prospectiva, el panorama se contempla desalentador y tendrá un impacto fuerte en lo económico y por ende en la calidad de vida de los mexicanos. Por ello el tema de la adultez mayor es de importancia atenderse, estudiarse e investigarse, para dar una respuesta pronta antes de enfrentar soluciones improvisadas.

En este capítulo se hablará sobre el concepto y perspectivas teóricas que sobre el AM se han construido, haciendo énfasis en la psicogerontología, disciplina que aboga por la autoeficacia y calidad de vida como características propias del envejecimiento saludable.

1.1. Cambios en la edad adulta mayor.

En ocasiones, la etapa de adultez mayor, ha sido asumida como una época de declive mental y físico, y las personas que forman este grupo social, bajo el calificativo de viejas, son percibidas con moldes y estereotipos subjetivos, como seres que viven bajo estigmas tales como la enfermedad, soledad, tristeza y abandono. La realidad indica que durante todo el desarrollo evolutivo, el sujeto está sometido a una serie de situaciones de cambio o crisis; en cada una de las etapas por las que pasa la vida el ser humano desarrolla una serie de competencias determinadas que le ayudarán a resolver los retos que tendrá que superar en la siguiente etapa de su vida.

En la etapa del AM, la crisis que se atraviesa impacta en áreas psicológicas, sociales, laborales y familiares y por consiguiente se enfrentará a un proceso de duelo constante: la crianza de los hijos ha finalizado, las relaciones procedentes del mundo laboral se van abandonando progresivamente, el grupo de parientes y pares disminuye por efecto de la mortandad y los familiares más jóvenes registran intereses distintos,

incluso distancia geográfica (Meléndez, 1998; Rodríguez, 2007; Espín, Leyva y Vega, 2014).

La pérdida del cónyuge es otro de los cambios importantes porque impacta directamente en el rol, jerarquía y función del AM dentro de la familia, situándolo en una condición dependiente o de eterno doliente. Es frecuente que los familiares más jóvenes quieran que el AM no llore, se aísle o se apegue a los recuerdos o pertenencias de su extinta pareja; otras veces se trae al familiar mayor a la casa de los hijos e incluso se turnan en la estancia por diferentes casas de sus hijos, sin tener en cuenta que esto afecta al AM tanto emocionalmente como en su capacidad de adaptarse.

Aunada a la pérdida de la pareja, la pérdida de seres allegados provoca en las personas mayores sentimientos de tristeza y soledad, así como una disminución significativa de las relaciones sociales. A esto se añade una reducción de las posibilidades de obtener cuidados, llegado el momento de necesitarlos (Espín et al., 2014). Además de lo anterior, García y Madrigal (1999) señalan que de la capacidad de satisfacer las necesidades de alimento, vestido, salud, recreación y vivienda depende la calidad de vida y, en última instancia, la reproducción social de la población envejecida.

La trayectoria laboral del AM, su situación familiar, su estado de salud física y mental son algunos de los factores que condicionan el desarrollo de dicha capacidad y, por lo tanto, el acceso de las personas a los diferentes tipos de recursos y satisfactores disponibles en su entorno. Por lo que el objetivo de cualquier programa de atención enfocada a este sector de la población deberá favorecer dos aspectos en especial: calidad de vida y autoeficacia, ya que estos son los que proporcionaran a la persona de 60 y más un lugar significativo dentro de la sociedad.

1.2. Calidad de vida del AM y autoeficacia, dos conceptos interrelacionados.

Desde el año 1984, la OMS estableció como un estado aceptable de salud en el AM, la capacidad funcional para desarrollarse en el seno de la familia y la comunidad, la cual le

permita de una forma dinámica realizar sus actividades de la vida diaria, de ahí que estas sean las claves para las propuestas de planes de acción en el envejecimiento saludable de la población.

Todas las personas llegan a ser mayores, sin embargo la manera como se envejece y la calidad de vida en la vejez se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el transcurso de la vida. Actualmente, un AM tiene aún todo un horizonte por delante y la sociedad no se ha preparado para brindar el espacio placentero que legítimamente les pertenece. Contribuir de esta manera a mejorar la calidad de vida es una tarea obligatoria.

Desde la psicología, la calidad de vida se convierte en un concepto alusivo básicamente al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de escenarios reales de la vida diaria, y en este sentido más que una enunciación teórica, existe consenso científico en relación a las dimensiones componentes de la calidad de vida, definiéndolo como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo. El concepto de calidad de vida es multidimensional, pues deben evaluarse aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin obviar el cuadro sintomático (Grau, 1997).

Asociado a lo anterior, se erigen los problemas relacionados con la naturaleza de la calidad de vida de sus componentes subjetivos y objetivos: al primero de ellos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad (Moreno, Ximénez, 1996).

El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997).

La evaluación de la calidad de vida en este grupo etario, debe valorarse a través de las actividades de la vida diaria (ADV) que realiza el AM; concernientes a su cuidado personal (Sánchez-Sosa y Gonzáles-Celis, 2006); sin embargo a estas ADV, debe agregarse y tomar en cuenta para esta valoración de calidad de vida, las actividades llevadas a cabo por el AM en lo relacionado a la manera en que se involucra en el medio externo y en actividades de enriquecimiento personal, razón por la cual existe una clasificación realizada por Hogars, Wilms y Baltes (1998), para hacer la diferenciación del tipo de actividad (ver fig. 1):

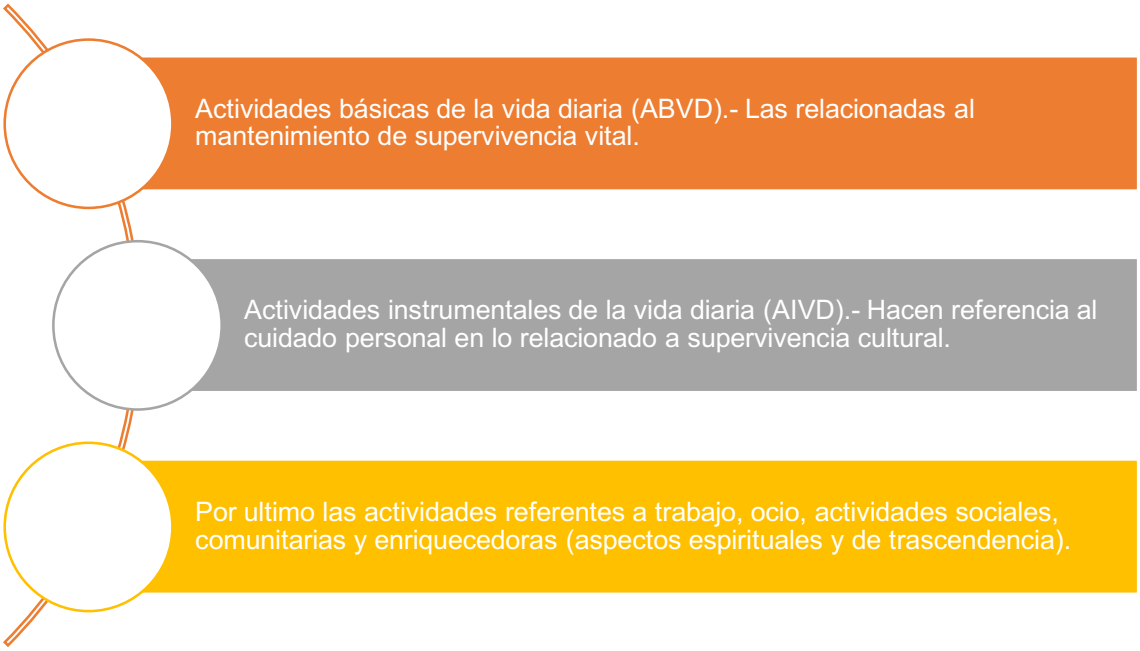


Fig. 1. Clasificación de las actividades cotidianas de la vida del AM. Basados en Hogars, Wilms y Baltes (1998).

Las AVD son factores claves para medir la calidad de vida y el estado funcional en los AM (Acosta, 2009), y versan sobre un conjunto de tareas diarias comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente (Wiener, Hanley, Clark y Van Nostrand, 1990). Las AIVD, son más complejas, que las AVD, pero definen el funcionamiento normal de los AM en el hogar y la comunidad; hacen referencia a la capacidad para usar el teléfono por ejemplo, ir de compras, preparación de alimentos, cuidar el hogar, usar medios de transporte, asumir la responsabilidad de la medicación y manejar asuntos económicos.

En la medida que estas actividades estén presentes y puedan ser llevadas a cabo por el AM, su percepción de satisfacción y bienestar será valorado como positivo. Por su parte, las actividades de trabajo y ocio se basan y se explican en la Teoría de la Actividad desarrollada por Lemon, Bengston y Peterson (1972). Estas se refieren a viajar, posibilidad de entablar contacto con generaciones más jóvenes y socializar, como por ejemplo: nietos, sobrinos, etc., realizar manualidades o tomar cursos de cocina o hasta universitarios, así como realizar actividades de recreación con sus coetarios, participación en comunidades religiosas o incuso activistas sociales, el ejemplo más claro es la experiencia de las abuelas de la plaza de mayo en Argentina. Estas actividades, dependerán en gran medida de los gustos y condición económica del AM.

Por otro lado, se pueden agregar a esta clasificación otras actividades propuestas por Rowen y Kahn (1997) que se enmarcan y aluden en el envejecimiento exitoso: Actividades de protección a la salud, y que se refieren al mantenimiento de conductas protectoras que minimicen el riesgo para la salud y maximizan la capacidad física y cognitiva.

De lo anterior, puede entenderse que la descripción y evaluación que se haga de las actividades de la vida diaria en los AM o sus habilidades funcionales permite considerar el nivel de independencia que las personas mayores tienen, donde la autosuficiencia o autoeficacia en el cuidado de el mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles, lo que que impactará de manera significativa en la percepción que se tenga de calidad de vida (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Por ello, el concepto de calidad de vida, está íntimamente relacionado con la percepción que el propio AM tiene de las habilidad para llevar a cabo tareas, sin la necesidad de un apoyo contante; es decir al hablar de calidad de vida es hablar al mismo tiempo de autoeficacia o independencia en la vida de las personas mayores.

1.3. La psicogerontología.

De acuerdo a los trabajos que durante la historia se han hecho sobre los AM, pueden distinguirse de manera general dos modelos de abordaje imperantes: el biomédico, que consistía en subordinar procesos psicológicos y sociales a lo biológico, siendo el eje central la patología; y el activista, donde la persona mayor debía estar en continua actividad (sin importar el sentido y objetivo) y como forma de ocupar el tiempo para evitar los cuadros depresivos asociados a las pérdidas.

Aquí cabe señalar por anticipado la existencia de la diferencia entre declive y deterioro. Por declive se entiende el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de los seres humanos; por deterioro se entiende cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo y, por tanto, puede considerarse como anormal (Sánchez, 2000). Esta consideración da cuenta de la diferenciación del enfoque psicogerontológico respecto al modelo biomédico, en el intento de explicar el envejecimiento psíquico.

Existe un énfasis en los aspectos sociales, culturales y psicológicos del proceso de envejecimiento; sin embargo, es innegable que los factores biológicos e individuales del AM son de gran relevancia para su bienestar, ya que son condicionantes de su funcionalidad social y productiva.

Ante estas conceptualizaciones, surge una perspectiva teórica tendiente a la integración conceptual de lo antes dicho, que hace hincapié en la subjetividad del ser que envejece, en donde el papel de lo biológico, psicológico y social pero sobre todo el histórico cultural tiene una relevante incursión en el sujeto y en el cómo decide envejecer; esta aproximación es la Psicogerontología; termino que como tal fue acuñado por Minnichs (1966), al identificar a Hall (1922) como el antecesor a esta disciplina y al que categorizó como primer psicogerontólogo por sus investigaciones y aportaciones conceptuales.

La psicogerontología nace como especialización de la Psicología del desarrollo, encargada de investigar las causas y condiciones del envejecimiento como proceso, estudiando y describiendo cuidadosamente los cambios de comportamiento regularmente progresivos, que se encuentran relacionados con la edad avanzada.

El envejecimiento desde esta perspectiva teórica, es conceptualizado como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores interrelacionados de tipo biológico, psíquico y social (Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001).

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se puede definir (Zarebski, 2005) como el proceso que está asociado generalmente a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, y que lleva, más tarde o más temprano, a la muerte; es en este aspecto en el que se comprende la vejez, con la aclaración que no es sinónimo de envejecimiento.

Desde el punto de vista social, el envejecimiento se observa por una ausencia de roles formales desempeñados por las personas mayores dentro de las principales instituciones de la sociedad y que está asociada a la jubilación, a la falta de la salud y a la muerte de uno de los cónyuges como ya se explicaba. El envejecimiento también se ha asociado al proceso del deterioro en el concepto que se tiene del *self*, la autoestima, con la satisfacción en la vida y con su estado de ánimo (Espín et al., 2014).

La etapa de AM desde el punto de vista tradicional del ciclo vital en el desarrollo humano, es la última etapa de la vida, y se ha descrito como la fase en que la persona se preocupa menos por su posición social y está menos enfocado en sus logros, su sintonía está relacionada con sus sentimientos internos, todo está más acorde con las experiencias que conllevan a un orden del mundo y a un sentido espiritual (Zetina, 1999).

Así, se observa que mientras la vejez cronológica se refiere al tiempo objetivo que no causa los mismos efectos en todas las personas; la vejez como etapa vital significa

simplemente eso, una nueva fase en la vida con múltiples posibilidades de desarrollo. Por cuanto a la edad cronológica, ésta hace referencia a coordenadas biológicas diferentes para cada sujeto, la edad social implica las funciones que el AM realiza en su contexto y la psicológica se conecta con los cambios de perspectivas a los que hace frente la persona a medida que avanza su edad (Rizo, 2007).

Por ello la psicogerontología, compuesta a su vez, por un conjunto de teorías, trata de explicar este proceso de envejecimiento. A continuación se muestra un esquema (Zarebski, 2005) en el cual se puede sintetizar la evolución epistemológica que la fundamenta (ver fig. 2 y fig. 3).

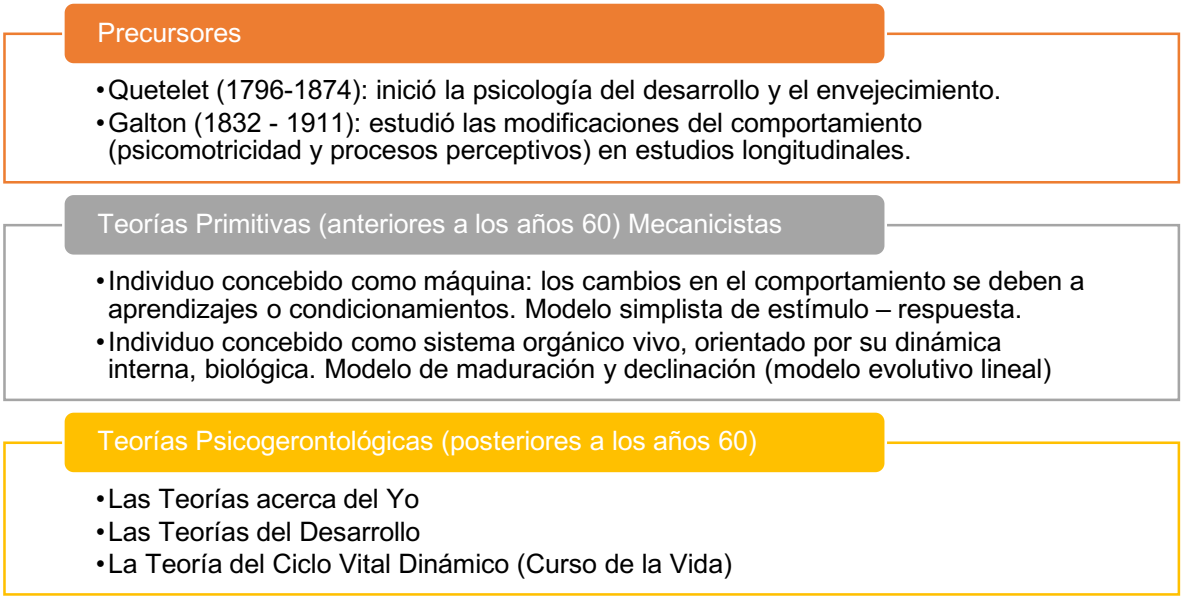


Fig. 2. Desarrollo histórico teórico del estudio del envejecimiento (Zarebski, 2005; 2008).

De estas teorías, es el enfoque del ciclo vital el que explica el desarrollo y la adaptación personal para que la vejez resulte satisfactoria y sana mediante tres factores: selección (decisiones que se toman en la vida), optimización (maximizar posibilidades de desarrollo personal y laboral) y compensación (ajuste de pérdidas).

Si las adaptaciones son satisfactorias y se supera la crisis vital que acompaña a los ajustes que deben realizarse en las distintas etapas del desarrollo, la probabilidad de

una vejez gratificante y satisfactoria es alta (Zarebski, 2005; 2008), teniendo en cuenta un envejecimiento normal sin enfermedades graves. Es por lo tanto importante un desarrollo, que siguiendo el enfoque del ciclo vital, favorezca la adaptación en las diferentes etapas de la vida para poder envejecer sanamente.

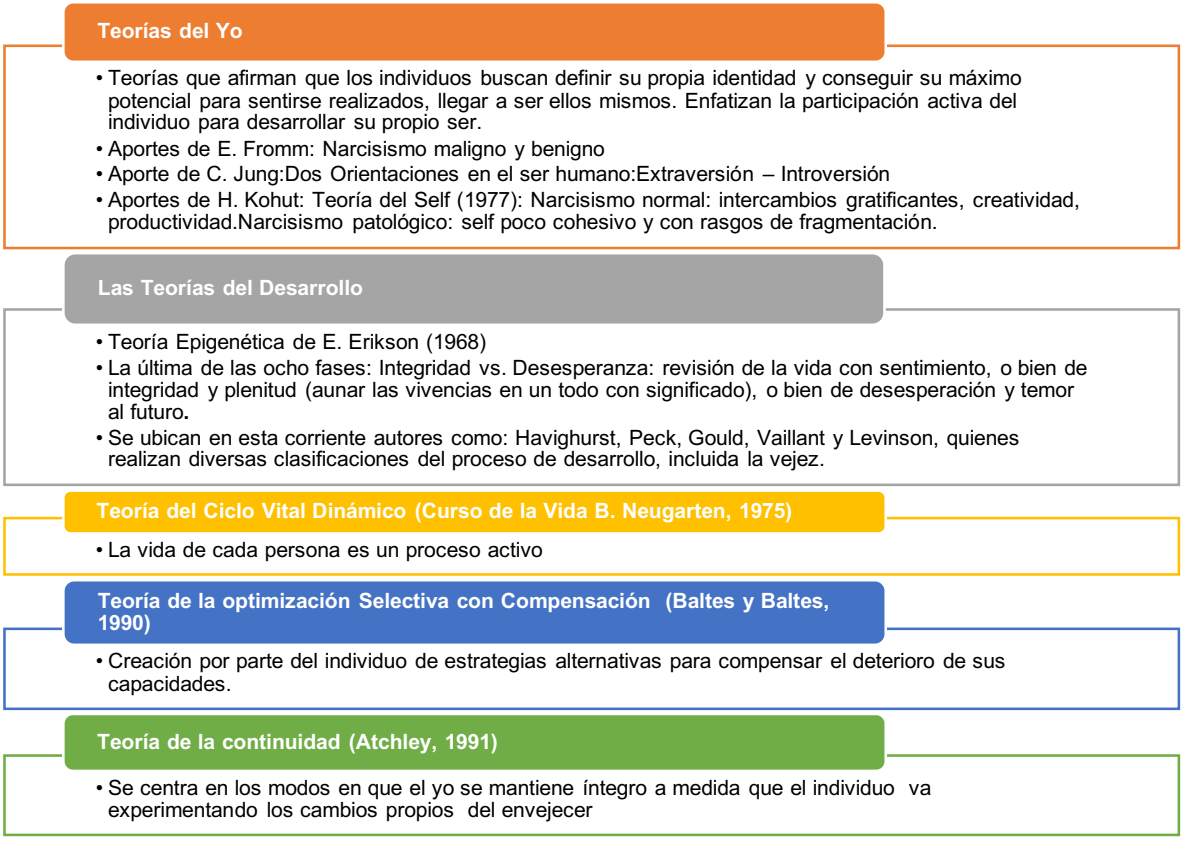


Fig. 3. Teorías psicogerontológicas posteriores a la década de 1960 (Zarebski, 2005;2008).

Estas teorías psicogerontológicas precursoras, son un intento de explicar qué cambios ocurren en el funcionamiento psicológico con el paso del tiempo y con la edad del ser humano (Fernández-Ballesteros, 2008).

Estas teorías explican que mientras en el patrón de funcionamiento biológico, como ya se explico con anterioridad, existe un período de desarrollo, madurez y declive, en el funcionamiento psicológico existen aspectos que se incrementan a todo lo largo del

ciclo de la vida, otros que tras un período de desarrollo permanecen constantes y, finalmente, otras condiciones que se ajustan, más o menos, al patrón biológico.

Por lo que no puede ajustarse de manera isomorfa los aspectos del envejecimiento biológico con el psicológico, ya que uno responde a posturas darwinianas y las otra a principios lamarkianos (Munich, 1966); es decir el ser humano es además de biológico un ser socio histórico y cultural.

Por ello la psicogerontología, desde sus fundamentos teóricos, expone que el proceso de envejecimiento se constituye de manera singular y colectiva, es decir, cada sociedad, cultura, época histórica, construyen sus modos de envejecer, por lo cual su estudio se deberá conformar en observaciones desde varios niveles (Salvarezza, 1988; Morin, 2004). Desde esta base, cada AM, es el resultado de su historia, de la interacción entre el legado biológico y el repertorio de comportamientos de la persona mayor, así como del contexto y ambientes que han ido ocurriendo a lo largo de su vida, su estudio conllevará la complejidad del fenómeno del envejecer, como proceso durante todo el desarrollo humano, su foco de atención es el ser que envejece, desde el momento mismo en que este ser existe como ser biopsicosocial.

1.3.1. El campo de acción de la psicogerontología.

El aporte teórico de esta rama de la psicología es el estudio de la subjetividad del ser que envejece, es decir, de las imágenes y creencias que se posee en relación a la vejez, sea la propia o la del otro; con los condicionamientos a partir de la propia historia (Zarebski, 2005; 2008).

Por otro lado, si se aspira a que la psicogerontología se integre a los equipos preventivos e incluso intervenga en el diseño de políticas para este sector, se debe ser capaz, además, de poder dar cuenta de qué es lo que a un sujeto le lleva a deprimirse en la vejez e incluso a sufrir demencias; de cómo los temas del envejecer (jubilación, viudez, duelos, abuelidad), inciden diferencialmente en cada individuo.

Hablar del campo de la psicogerontología es hablar del estudio y abordaje del envejecimiento normal y patológico; abarca la tarea preventiva, asistencial y de rehabilitación, desde una concepción compartida y articulada acerca de la normalidad y la patología en el envejecer de un sujeto.

Esta definición se asienta en un paso adelante en el desarrollo histórico de este campo de trabajo: implica haber dejado de lado prejuicios teóricos que matizaron y siguen matizando los abordajes del AM, desde teorías que no ponen en consideración el despliegue de la dimensión simbólica del sujeto (Salvarezza, 1988; Zarebski, 2005).

Así entonces, al no poder incorporar el devenir cotidiano de los adultos mayores, se comprueba el error teórico a que lleva la experiencia clínica sola, que no toma en cuenta la normalidad, se sacan conclusiones acerca del proceso de envejecer y se establecen dispositivos clínicos, técnicas, encuadres comunes para todo AM de manera generalizada. Superar estos prejuicios teóricos permitió ampliar el campo de la Psicogerontología del ámbito parcial y restringido de la clínica, a la prevención, la interdisciplína y la intersectorialidad (ver fig. 4).

Figura 4. Proceso de envejecimiento: objeto de estudio de la Psicogerontología (Zarebski, 2005).

El reto es encontrar esas formas de articulación interdisciplinaria, con óptica especifica desde su especialización, que sirva para la construcción de estructuras y andamiajes congruentes y correspondientes para la mejor comprensión del AM como sujeto que envejece que construye su propio proceso de envejecer hacia dentro y hacia fuera: medio interno (subjetividad) y medio externo (social, histórico, económico, cultural).

Es aquí entonces, que si el envejecimiento es un proceso influido tanto por el exterior como por lo interior, lleva a reflexionar a manera de interrogante sobre: ¿cómo se experimenta este proceso de envejecer? ¿por qué para algunos individuos es un proceso que se vive en angustia y con una percepción catastrófica, y en otros es una vivencia que invita a explorar nuevas formas de interacción e incluso de reconocimiento? Estas interrogantes son los retos que postula la psicogerontología actual y que debe encaminar al desarrollo de mayor investigación al respecto.

1.4. Envejecimiento normal o patológico desde la psicogerontología.

La vivencia de un envejecimiento normal o patológico, esta dado en relación a la existencia de procesos psicológicos que se ponen en juego (Zarebski, 2005), es decir, la construcción que se hace de la identidad misma, de la significación que hace en relación a si mismo el AM. Situado inicialmente en el cuerpo, al mirarlo en el otro, ese otro reflejo de la propia vejez anticipada, en el que se construye un proyecto de vejez o se cae en la angustia al vivirlo y experimentarlo como amenaza. Sin duda alguna la vejez cuestiona de manera directa al constructo que se tiene de si mismo, y del propio proyecto de vida, si éste ha tenido sentido o no.

Salverezza (1998) distingue entre un envejecimiento basado en la nostalgia y otro en la reminiscencia. El concepto de nostalgia, por el cual se transparenta un echar de menos lo que no se es, y la aceptación de un sentimiento de incompletitud.

La nostalgia, aun cuando también identifica en sus límites un sentimiento de pérdida, no se refiere a una vivencia corriente, sino a una difusa, a la vez que persistente

y dolorosa, como la que denota la palabra dolor. El self o el Yo no está satisfecho de ser lo que es, pero no sabe hacia qué regresar, ni cómo volver a un estado del que ha perdido todo recuerdo claro. La nostalgia que tiene de él constituye el fondo de su ser y, a través de ella, comunica con lo más antiguo que subsiste en él (Cioran, 2000).

Así entonces, el que envejece en la nostalgia transitará por sus recuerdos poniendo el énfasis en lo que considera que ha perdido y que ahora pertenece a otros: los jóvenes. Así entonces se ubica al envejecimiento en lo patológico, desde el territorio del sujeto que se rigidiza en el estadio que anhela solo los logros pasados, con una perspectiva de nada está sujeto a cambios. Lo que fue no volverá a ser, sostenido sobre un yo ideal y que llegada la vejez se presenta como profecía auto cumplida, siendo una experiencia frustrante y devastadora.

Este tipo de AM, vive de acuerdo a una concepción lineal del tiempo, según la cual crecer y envejecer serían dos etapas radicalmente distintas, una de subida y otra de bajada, con la adultez joven en la cúspide. Simón de Beauvoir (1970) hace referencia sobre el proceso de envejecer como un modo de ser adulto que no establece reciprocidad, ni con el niño ni con el viejo, puede interpretarse de dos maneras; por un lado, este modo de ser adulto implica que la persona no estará en condiciones de ser permeable a su propia niñez ni a los mensajes que le lleguen de su futuro ser viejo; y por otro lado no podrá vincularse fluidamente con niños ni con viejos, pues se sentirá radicalmente distinto a ellos, ya que evocarán en él esos aspectos internos que rechaza (Zarebski, 2008).

Por su parte, en lo que se define como envejecimiento saludable, esta etapa se ve como la oportunidad para anticipar, por lo cual el AM tendrá un proyecto previo, además de flexibilidad a los cambios, aceptación de la metamorfosis (biológica, psicológica, y social) propia y del otro, contraponiéndose a las concepciones de personalidad unívoca, con un solo significado o identificación posible.

Siguiendo a Salvarezza (1998) refiere que este tipo de individuos son los que envejecen en la reminiscencia, por lo contrario a los que envejecen en la nostalgia, podrán enfrentar los conflictos con un mínimo de ansiedad, mediante la utilización plástica, flexible y creativamente adecuada del variado repertorio de comportamientos que tienen a su disposición, pues la reminiscencia es en sí la acción de representarse u ofrecerse a la memoria el recuerdo de algo que pasó.

Estas características del funcionamiento psíquico, serán el cimiento sobre lo cual se realizará una elaboración anticipada y progresiva en la mediana edad ante el proceso de envejecer.

Es así que, los adultos en mediana edad deberán decidir qué camino tomar: abalanzarse al espacio de la complejidad que conforma la vivencia y experiencia humana, teniendo la posibilidad y oportunidad para recrearse, reencontrarse, reconstruirse, o perderse en el camino de la angustia, anquilosándose, rigidizándose y por ende viviendo la etapa de la vejez de manera catastrófica y patológica.

Salvarezza (1998), también habla de la vulnerabilidad emocional; la cual ha estando presente durante todo el trascurso de la vida del individuo; como rasgo a explorar a manera de diagnostico para conocer las condiciones que facilitarían aún más la aparición de uno u otro tipo de envejecimiento (ver tabla 1).

Tabla 1

Algunas características de vulnerabilidad emocional como riesgo de envejecimiento patológico

Sucesos vitales traumáticos (desamparo)
Patología del apego, con intención de llenar vacíos
Vinculación dependiente
Escases de redes de apoyo
Vivencia del fenómeno denominado Bastón único (sentido de vida cristalizado y rigidizado en un rol o status: ser madre, esposo, profesionista, etc.)
Duelos no elaborados
Pensamiento de todo o nada
Tendencia a la somatización como medio de descarga psíquica
Un pobre recurso lúdico imaginario de lo simbólico y lo emocional.
Desnutrición emocional o carencia de vínculos de apego seguro temprano

Salvarezza (1998) y Zarebski (2005, 2008).

Por tanto, si estas manifestaciones se ponen en evidencia desde edades jóvenes del individuo, habrá que hacer prevención tanto en lo individual como en lo colectivo, en cada una de las áreas que represente grado de vulnerabilidad, pues éstas son las condiciones psicológicas que darán lugar a las manifestaciones clínicas más comunes del AM: depresiones o demencias y enfermedades crónico degenerativas.

Así entonces, se tiene que la psicogerontología se enfrenta a un reto en la actualidad: por una parte los determinantes culturales del envejecimiento, y por otro lado los factores biológicos, y estos a su vez supeditados por la vulnerabilidad emocional. Toca a la psicogerontología hacer esa bifurcación tecnológica y científica, como eje de la prevención y atención, con la única finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, aún en procesos de enfermedad, como en el siguiente capítulo se abordará.

Capitulo II: DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR

Se estima que las enfermedades crónicas representan el 85% de las carga de atención sanitaria en países avanzados y el 44% en países de mediano y bajo ingreso. Si esta estimación se centra en las edades avanzadas de la población, las enfermedades crónicas se acumulan en el 87% en la población de 60 años y más en los países de mediano y bajo ingreso (García y González, 2012).

La probabilidad de padecer una enfermedad crónica se incrementa con la edad. Los datos que reporta la Encuesta Nacional Sobre el Envejecimiento en México (ENASEM) en el 2012, señala que son tres los padecimientos que más afectan a la población de AM: hipertensión arterial, diabetes y artritis. Les siguen las afecciones pulmonares, infartos, embolias y cáncer. Los datos de la ENASEM (2012) también señalan que poco más de 67% de la población de 60 años y más reportan tener al menos una enfermedad diagnosticada.

Debido a que la enfermedad crónica representa un importante problema de salud global y una carga significativa sobre la población y sobre los sistemas de salud, tanto por sus repercusiones en el estado de salud como por el escalamiento en costos, la diabetes tipo 2 (DM2) se destaca y de ella se habla en este capítulo.

2.1. Historia de la diabetes.

La diabetes ha estado presente en la vida del humano desde hace ya largo tiempo. La historia de la lucha contra la diabetes se remonta aproximadamente a 3.500 años atrás, cuando ya los médicos egipcios describen esta enfermedad y comienzan los primeros medicamentos buscando aliviar sus síntomas. Desde entonces, investigadores de toda las épocas han volcado sus esfuerzos en descubrir en inicio qué causaba la enfermedad, posteriormente su tratamiento, y más recientemente, cómo poder evitarla (Giménez, 2003).

En el oriente, el dato más antiguo que se tiene sobre la diabetes, se debe a Súsruta, un médico hindú que en el siglo V a. C., observó los síntomas de esta enfermedad, a la que definió como una patología de ricos ya que afectaba sobre todo a personas obesas y grandes, consumidoras de dulces y arroz.

En el occidente, Arateo de Capadocia, aproximadamente en la época del siglo I d. C., durante el reinado de Nerón o Vespasiano, hace mención de ella, describiéndola como una enfermedad fría y húmeda, en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina. Es a él a quien se le atribuye el nombre que la define, pues diabetes proviene de la palabra Sifón, aludiendo al síntoma más característico: la exagerada micción. Aunque diabetes mellitus como tal es un léxico que significa pasar por la fuerza (diabeinenen en griego) y dulce como la miel (Mellitus en latín). En el siglo II Galeno d. C. (padre de la medicina) también hace referencia a este padecimiento.

En los siguientes siglos no hay registro en los escritos médicos en referencia a esta enfermedad. Es hasta el siglo XI, cuando Avicena habla con clara precisión de esta enfermedad en su Canon de la Medicina. Paracelso, en el siglo XVI, también refiere sobre sus hallazgos en los residuos de la orina, atribuyendo el problema al consumo excesivo de sal, y de lo cual se explicaba la poliuria y la sed excesiva experimentada por los enfermos.

Tomas Syderham (1624-1689), estudió la posibilidad de que la diabetes fuera una enfermedad sistémica de la sangre que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina.

Pero es Tomás Willis, quien en 1679, hace una descripción detallada de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool, realiza por primera vez estudios en grupos de pacientes, reportando que éstos tenían glucosa en la sangre y en la orina (1775) y describió los síntomas de la diabetes.

Por la misma época, el médico inglés John Rollo obtuvo mejorías notables con un régimen dietético prescrito a un paciente, rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Claude Bernard realiza los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos y descubrió en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras. Finalmente es Thomas Cawley quien, en 1788, indica que la diabetes mellitus tenía su origen en el páncreas.

En el siglo XIX el francés Bouchardat indicó la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta.

Es hasta 1921 que Sir Frederick Grant Banting descubre la insulina, como consecuencia de una serie de experimentos realizados en la cátedra de fisiología del profesor MacLeod, en la Universidad de Toronto (Canadá). El término de insulina (del latín que significa islote) se debe a Jean de Meyer, debido a que es una sustancia procedente de los islotes de Langerhans (racimos de células pancreáticas).

El esclarecimiento de la estructura de la insulina fue una proeza realizada en 1954 por Frederick Sanger y sus colaboradores de la Universidad de Cambridge. Pronto se difundió por todo el mundo, siendo uno de los principales tratamientos, aunque se administraba varias veces al día mediante inyecciones, hasta aparecer la insulina retardada. A partir de entonces, en la mayoría de los casos, solo se necesitaba una inyección diaria.

El tratamiento de la diabetes se relaciona también con el empleo de las sulfonamidas (Giménez, 2003) cuando estas se desarrollaron no fue con este propósito. Se cuenta de manera anecdótica que estas sustancias fueron introducidas en los años 30 por Domagk para el tratamiento de las infecciones bacterianas, y de manera inesperada demostraron tener un efecto hipoglucemiante. En 1953, Frank y Funchs utilizaron en el sanatorio Auguste-Victoria de Berlín el nuevo preparado sulfamídico de

los laboratorios Boehringer para tratar a 50 diabéticos, confirmando su acción antidiabética.

Años después, los antidiabéticos orales han escalado puestos en la industria farmacéutica en el tratamiento de esta enfermedad y muchos pacientes pueden ahora prescindir de las inyecciones diarias de insulina.

Sin embargo, la investigación en relación a la prevención ha caracterizado al siglo XXI, sobre todo a través de la realización de investigaciones transdisciplinarias, incluyendo a la psicología, sociología, antropología, entre otras, con un objetivo concreto que es la de poder modificar patrones comportamentales que impacten en los estilos de vida tanto del individuo como de su comunidad. Hasta la fecha, este es el reto que enfrenta la ciencia, intervenciones que ayuden a prevenir la aparición de esta enfermedad crónico degenerativa.

2.2. Clasificación de la diabetes.

La clasificación de la DM se puede realizar con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia, en contraste con criterios previos como edad de inicio o tipo de tratamiento. Las dos formas más importantes son la diabetes tipo 1 (DM1) y la diabetes tipo 2 (DM2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) estas se define como una enfermedad crónica disfuncional del páncreas, manifestado como la no producción de insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina producida. La insulina es una hormona reguladora de la glucosa en la sangre; es por ello que el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (o aumento de glucosa en la sangre), que con el tiempo deteriora gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente el nervioso y el cardiovascular.

El primer evento en la secuencia que conduce a la diabetes es una resistencia insulínica que lleva a un incremento de la síntesis y secreción de insulina, con un consecuente hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia

metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica (Mussi, 2004; Balcázar, s.f.).

La clasificación de diabetes incluye cinco clases clínicas (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003).

1) Prediabetes: incluye los estados antes descritos como glucemia basal alterada (GBA, glucemia basal de 100-125 mg/dl) y tolerancia alterada a la glucosa (TAG, glucemia de 140-199 mg/ dl dos horas después de una sobrecarga oral de glucosa –SOG- de 75g). La importancia de esta categoría radica en que representa un factor de riesgo de presentar diabetes y enfermedad cardiovascular.
2) DM1: Constituye un trastorno caracterizado por una producción deficiente de insulina, por la destrucción de las células Beta-pancreáticas; requiriendo la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la DM1, y aún no se puede prevenir. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.
3) DM2: Constituye un trastorno progresivo que se caracteriza por diferentes grados de resistencia a la insulina y disfunción progresiva de las células beta, lo que conduce una falta relativa, y en algunos casos total, de secreción de insulina.
4) Otros tipos específicos de diabetes: debidos a otras causas como por ejemplo: defectos genéticos en la acción de insulina, enfermedades del páncreas exocrino como fibrosis quística, o inducidas por fármacos como los empleados en el tratamiento de la infección por VIH o posterior a un trasplante. Esta categoría incluye a menos del 3% de las personas con diabetes.
5) Diabetes gestacional (DMG): término que se emplea para describir la intolerancia a glucosa que se detecta por primera vez durante el embarazo. Las

mujeres con diabetes conocida antes de la concepción no forman parte de este grupo. La DMG afecta entre el 4% y el 7% de embarazos. Hasta el 50% de mujeres con DMG desarrollan posteriormente DM2.

2.3. Epidemiología.

En el año 2011 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comunicó que en el mundo hay 62,8 millones de personas diabéticas y se espera alcance los 91,1 millones para el 2030. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Su prevalencia mundial se estima que aumentará en un 40% durante los próximos 10 años, pasando de 150 a 210 millones de pacientes (Hernández, Elenecavé, Huerta y Reynoso, 2011). Desde su origen, el crecimiento de este evento se relaciona con la importancia que esta enfermedad ha adquirido a escala mundial. De ser una enfermedad característica de los países desarrollados, ha pasado a ser una pandemia que se ha extendido principalmente en países en desarrollo y, a pesar de que existe un progreso considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias, las estrategias para su prevención han resultado insuficientes (Fauci, 2009).

2.3.1. Situación epidemiológica en México.

En México esta enfermedad se presenta, igual que en la mayoría de los países en desarrollo, de forma rápida y sin remplazar a los problemas como la desnutrición y las enfermedades infecto-contagiosas, lo que ha complicado todavía más la situación (Barquera, 2003).

En este mismo país, durante los años 1998 al 2012, se ha observado una tendencia hacía el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes. Específicamente en el año 2012 se reportaron

418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana). El 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. Cabe señalar que si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes del mundo, constituyéndose como la cuarta causa de muerte en la mayoría de países de ingresos altos, con dimensiones epidémicas en muchos países en desarrollo económico y de reciente industrialización. La diabetes es, sin lugar a dudas, uno de los problemas sanitarios más exigentes del siglo XXI; sin embargo, la planificación de la sanidad pública sigue sin ser plenamente consciente de la magnitud actual o, lo que es más importante, del potencial aumento futuro de la diabetes y sus graves complicaciones.

Por ello, las investigaciones, planes de abordaje, diagnósticos y tratamientos deben integrar la visión integral y de menor costo, dando importancia a la prevención y el manejo integral (inter y transdisciplinar) así como en el control de la enfermedad (Barquera, 2003).

2.4. Diabetes Mellitus tipo 2.

Las características de la DM2 se asocian a defectos tanto de la secreción de insulina como de sus efectos fisiológicos. Puede aparecer a cualquier edad, aunque lo habitual es que se diagnostique después de los 30 años. El 80% de los pacientes que la padecen son obesos, aunque también puede darse en no obesos, sobre todo en individuos de edad avanzada. Los pacientes pueden presentar los síntomas clásicos de la diabetes: polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso. Los pacientes con DM2 no son propensos a desarrollar cetoacidosis, excepto en periodos de estrés intenso (infecciones, traumatismos, medicaciones o intervenciones quirúrgicas), durante los cuales presentan

con frecuencia complicaciones crónicas micro vasculares y macro vasculares a causa de la diabetes.

La DM2 es una enfermedad progresiva y medida que transcurren los años, su control metabólico va empeorando, producto de la resistencia a la insulina y a mayor deterioro de su secreción y a procesos inflamatorios que acarrean enfermedades concomitantes.

2.4.1. Etiología.

El síndrome metabólico se puede entender como una desorganización metabólica que conjuga toda una serie de alteraciones y funciones, estrechamente relacionadas entre sí, incluyendo como principales: obesidad de distribución central, resistencia a la insulina, hiperglucemia, dislipidemia aterogénica, con un aumento de triglicéridos y disminución de colesterol-HDL así como hipertensión.

Todos los elementos del síndrome metabólico conforman factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y DM2, razón por la que la manifestación simultanea de varias de estas anomalías metabólicas en un mismo individuo, dando lugar a este síndrome, incrementa de forma importante el riesgo de padecer estas patologías. La presencia del síndrome metabólico se ha asociado a un incremento de cinco veces en la prevalencia de diabetes de tipo 2 y de dos a tres veces en la de enfermedad cardiovascular (Eckel, 2005; Zimmet, 2001).

2.4.2. Epidemiologia DM2.

La DM2 en particular, representa un problema de salud pública de niveles exorbitantes a nivel mundial, al grado que está rebasando la capacidad de los sistemas de salud en términos de costos para su atención. La prevalencia de la DM2 para todos los grupos de edad en todo el mundo se estimó en 2.8 % para el 2000 y se calcula en 4.4 % para el 2030. Su prevalencia parece aumentar en forma proporcional al aumento de personas

mayores de 65 años de edad. El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de las personas con DM2 en América Latina desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención (León, Araujo y Linos, 2012).

Este tipo de diabetes es el más frecuente y está experimentando un aumento mundial tan importante que muchos la califican de pandemia. La forma clásica de la DM2 está considerada como un paradigma de enfermedad poligénica y multifactorial y surge como resultado de la interacción entre una predisposición genética y factores ambientales (Letelier, Núñez y Rey 2011; Pineda Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal, Martínez, Cano, 2004;).

2.4.3 La diabetes y sus características en la población de AM.

El aumento sostenido de la expectativa de vida en la población mundial y la mayor coincidencia y prevalencia de la diabetes en la edad avanzada, ha llevado a un notable aumento del número de diabéticos por encima de los 65 años de edad. Son escasos los datos epidemiológicos específicos de esta enfermedad crónica degenerativa en adultos mayores, pero si alguna enfermedad es paradigma de cronicidad es la DM2. Generalmente aparece en el adulto y lo acompañará en todo el proceso de envejecimiento, y junto con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares conforman la principal causa de muerte en los individuos que superan los 65 años de edad (García y González, 2012).

La característica del padecimiento diabético en la población mayor, tiene su repercusión no solo en la clínica sino en los sistemas de salud; ya que presentan diferentes fisiopatologías, su expresión clínica se identifica en el deterioro funcional; es frecuentemente asociada con otras enfermedades, especialmente hipertensión; además el tratamiento dietético y nutricional así como de actividad física es más complejo que en el adulto y las repercusiones en discapacidad y deterioro cognitivo son muy importantes.

Por ello en el caso específico de los pacientes con DM2 de 60 años y más, el tratamiento debe tomar en cuenta características particulares del AM, tales como: disminución de la capacidad cognitiva, concomitancia de otras enfermedades crónicas e incremento de complicaciones asociadas, lo cual puede implicar necesidades específicas a tener en cuenta.

2.5. La adherencia al tratamiento como relevancia en el control de la diabetes mellitus.

Un aspecto importante en el control de la diabetes, es la adherencia al tratamiento. Se ha señalado que la falta de cumplimiento del tratamiento incrementa el riesgo de efectos adversos, como insuficiencia renal, ceguera, amputaciones y muerte súbita. En los estudios se describen cifras cercanas al 46% en el incumplimiento de adherencia en DM2 en México, esta cifra es similar para la mayoría de las enfermedades crónicas e indican la necesidad de considerar aspectos psicológicos y conductuales, tales como lo que piensa, siente o hace una persona respecto a su situación de salud (Pineda et al., 2004).

Machado, Anarte y Ruíz (2010) describen múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectar el funcionamiento físico y el bienestar general de quien la padece: 1) el propio impacto del diagnóstico, 2) las demandas del tratamiento que pueden poner a la persona con diabetes o a sus familiares ante situaciones que, con frecuencia, producen la aparición de reacciones emocionales negativas; 3) la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras; 4) el miedo a las hipoglucemias por las consecuencias negativas de éstas (físicas, cognitivas, motoras, etc.); 5) frustración ante niveles altos o bajos de glucemia inexplicables; 6) el cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico, etc.). Por lo cual el reto es trabajar en el autocontrol del paciente de sus indicadores metabólicos, la adherencia al tratamiento, así como la modificación de sus estilos de vida para que repercuta de manera benéfica en la percepción de autoeficacia y de la propia calidad de vida del paciente.

Así mismo, esto debe ser un trabajo en conjunto no solo del personal de la salud, sino del paciente y su familia, pues es en familia en donde se enferma y es en familia donde se sana, ya que un hecho real es que la salud no es una cuestión exclusiva de las instituciones designadas para ello, tampoco de los que laboran en ellas, en ocasiones es obviada la tarea emprendida por los cuidadores informales, responsables directos del cuidado y atención en casa del paciente dependiente o con alguna discapacidad (Ramos del Rio, 2008).

2.5.1. Cuidado y atención del AM con DM2.

El control metabólico en la edad avanzada continúa siendo muy importante para prevenir las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, sobre todo en el grupo entre 65 y 75 años, debido a la vulnerabilidad y complejidad mayor de las enfermedades concomitantes a la DM2. Así mismo, dado que los objetivos del tratamiento de la DM2, para este grupo etario suelen ser más limitados y los criterios de control deben ser menos rígidos y exigentes, el apoyo de un familiar en conjunto con el personal de salud resulta crucial, debido a que el objetivo es fundamentalmente mantener a los AM asintomáticos, con una buena calidad de vida, libres de patologías infecciosas y complicaciones agudas.

En relación a las dificultades asociadas con la DM2 en población con AM, García, Suárez y Peralta (1996), comprobaron que este sector de la población, cuenta con conocimientos teóricos sobre la enfermedad, pero cuando se tiene que aplicar dicho conocimiento a situaciones cotidianas específicas, la frecuencia de errores era alta. Asimismo, los pacientes consideran que las explicaciones que daba el médico en consulta resultaban difíciles de comprender y llevar a la práctica.

También detectaron una menor eficacia en las habilidades requeridas para el manejo de la dieta, ya que existe una marcada percepción de grado de dificultad para cumplirla y con respecto a la insulinoterapia los autores observaron cierta incapacidad para auto-inyectarse insulina. Todo esto alerta sobre la conveniencia de incorporar a

algún familiar que garantice la ayuda práctica en aquellas técnicas en las que la edad o cierto grado de deficiencia física no permita realizarla con eficacia.

Aunado a lo anterior, en la etapa de adultez mayor, a menudo ocurren una serie de cambios que pueden interferir en el manejo de la diabetes (malos hábitos alimentarios, depresión, aislamiento, pobreza y de manera especial, una pobre red de apoyo social), por lo que el tratamiento muchas de las veces se vuelve difícil, de ahí radica la importancia de la participación de por lo menos un familiar mas en este cuidado y atención que se le brinde al AM (García y González, 2012).

Uno de los hallazgos reportados por Espín et al. (2014), es que algunos factores psicológicos y socio ambientales son los responsables de que el AM actúe por debajo de su capacidad real. En definitiva, una parte sustancial de la discapacidad se debe al padecimiento de enfermedades y otras circunstancias físicas, pero otra parte de la discapacidad debe atribuirse a factores contextuales, sobre los que se puede intervenir, incluso desde la propia familia. Los factores contextuales de acuerdo a estos autores, se refieren fundamentalmente al entorno físico en el que viven las familias y en las actitudes y conductas de las personas cercanas al AM, que pueden favorecer bien su dependencia o bien su autonomía. Los hallazgos de estos autores dejan sin lugar a dudas la importancia de la educación de los pacientes, acordes con las características propias de la tercera edad, basadas en las experiencias del quehacer diario del paciente.

Por otro lado, la importancia de incorporar a la familia en el cuidado y atención de un AM con DM2, se basa en las siguientes consideraciones descritas por Sluzki (1996; 1995) como factores de vulnerabilidad a tener en cuenta en lo concerniente a la atención integral que se debe brindar al AM (ver fig.5).

Fig. 5.- Indicadores de riesgo de vulnerabilidad en el AM: física y psicosocial (Sluzki,1996;1995).

En primer lugar, el carecer de una red social o que sea pobre en cuanto a la fortaleza de sus vínculos es un factor de riesgo que trae consecuencias negativas para la salud. En segundo lugar, existe una relación en el estar en condición de enfermo crónico y la reducción de dicha red, misma que crea un círculo recursivo negativo. Por ello, en el ejercicio de la práctica de rehabilitación y de control de algún padecimiento crónico degenerativo en el AM, se debe abrir la posibilidad de inclusión en varias áreas, según lo describe Patersson (1988).

2.5.2. Importancia del cuidador primario (CP).

Así mismo, es importante tener presente que los cuidadores constituyen una parte fundamental en la atención que se brinde al enfermo, conformando la llamada triada

terapéutica compuesta de: equipo sanitario, enfermo y CP. Es necesario implementar trabajos multidisciplinarios, encaminados al apoyo de los cuidadores primarios, en los cuales se documente la experiencia sobre diferentes tipos de intervenciones que demuestren su efectividad en diversos aspectos relativos tanto a la persona enferma como al propio cuidador.

Además de lo anterior, la identificación, entrenamiento y evaluación del CP en relación a sus posibilidades de apoyo y cuidado completo o parcial es importante, considerando que la capacidad de cuidar a un AM que vive con DM2 implica tres aspectos esenciales: económico, afectivo e instrumental, todo esto con el objetivo de prevenir la claudicación del cuidador o de la familia en conjunto, así como la posible aparición del fenómeno conocido como el *síndrome del cuidador*.

El síndrome del cuidador es un problema común que presenta variados síntomas y se manifiesta en aquellas personas encargadas de cuidar y cubrir las necesidades básicas del enfermo.

El síndrome del cuidador suele estar provocado por la dificultad que trae para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales, conforme avanza el curso de la enfermedad. Entre las áreas más afectadas están: el físico, ya que sufren cansancio crónico, cefaleas y dolores articulares. En lo psíquico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. Así entonces el CP va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el centro de toda sus actividades están encaminadas a la atención del familiar enfermo, por tanto no existe la posibilidad del tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, y círculos sociales y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital (Espin, 2014, 2012).

Por ello, cuando hablamos de cuidados y atención al AM con DM2, no debe obviarse la inclusión de brindar cuidados al que cuida, incluyendo a más personas en la

tarea de atención al AM, de tal forma que el CP, pueda tener un espacio para su propia intimidad y recreación. Sin embargo, esto no puede darse de manera natural, son los profesionales de la salud los que deben informar y prever este tipo de respuestas en el interior del sistema familiar del AM, de tal forma que el abordaje o intervenciones deben contemplar a todo el conjunto de personas implicadas en el cuidado y atención del AM; brindando toda la información posible incluyendo educación especifica en lo respectivo al padecimiento y situaciones concomitantes.

2.5.3. La educación para el éxito de tratamiento con AM DM2.

La educación es parte fundamental para garantizar el éxito en el tratamiento. En su implementación se debe tomar en cuenta que los AM tienen dificultades para realizar algunas actividades, en ocasiones olvidan tomar su medicamento o necesitan de ayuda para aplicarse la insulina, medir sus niveles de glucosa o elaborar sus alimentos por lo que el apoyo que se le brinde será muy importante; de manera que entre mejor entrenado e informado este el CP, ello repercutirá en la calidad del cuidado que se brinde (Balcázar, Gurrola, Bonilla, Colin, y Esquivel, s.f.).

Existe el propio proceso de deterioro físico que rodea a esta población mayor en particular, por ello en el desarrollo de las prácticas cotidianas de cuidado y atención de la salud a los AM, se observa que la enfermedad y la discapacidad, que en la mayoría de ellos se manifiestan, afectan no sólo al AM involucrado, sino también a su grupo cohabitante, por cuanto requieren de una fuerte contención afectiva, seguimiento sanitario y disponibilidad de medios e insumos para tratamientos prolongados o intensivos (García, Suárez, Peralta,1996).

Es por ello que uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta en la educación y evaluación que se haga a la familia cuidadora de un AM es en relación a la identificación de situaciones de vulnerabilidad socio sanitaria en el grado de continencia familiar, entendida como la existencia de redes primarias con capacidad vincular y

monetaria para sostener procesos de enfermedad y discapacidad funcional de sus familiares mayores y que describen anteriormente.

En la actualidad y dadas las características de las familias, este apoyo necesario en el AM con DM2 resulta complejo, es por ello que cualquier información o instrucción que se dé al respecto, debe tomar en cuenta las características y necesidades familiares, lo que garantizará el bienestar no solo del paciente sino del resto de la familia (Austrich, 2006).

En general, la meta de la educación en el cuidado de las personas de edad avanzada con DM2 es un plan de tratamiento personalizado con énfasis en los problemas de seguridad. Las personas a cargo de los cuidados deben identificar obstáculos particulares para cada persona de edad avanzada con diabetes que no le permitan manejar su enfermedad. Es importante también establecer metas adecuadas para el tratamiento de la DM considerando que contemple las pruebas de detección de trastornos de la memoria, depresión, discapacidades físicas, evaluación de los conocimientos de los pacientes sobre diabetes, evaluación del tratamiento actual con medicamentos, evaluación de los hábitos alimentarios y de la capacidad del paciente de seguir las recomendaciones nutricionales. Finalmente, la estructura de apoyo social del paciente también debe evaluarse para determinar si se necesita remitirlo a un trabajador social o a un experto (National Diabetes Education Program, 2014); cuestión que aún no se aplica de manera clara en nuestro país, por ello la importancia de la perspectiva psicogerontológica en la atención que se brinde a este tipo de población.

Así entonces, el aumento de individuos de edad avanzada tiene implicaciones para el sistema de salud pública y plantea exigencias sin precedentes en la presentación de asistencia sanitaria y servicios relacionados con el envejecimiento. En este sentido la promoción y prevención en salud son estrategias fundamentales en la búsqueda de mejores estados saludables de los AM.

Llegar a la adultez mayor en cualquier sociedad no es un proceso homogéneo y de ninguna manera universal en el que puedan establecerse fases con igual trascendencia para todos los AM. Las condiciones de salud de la población de 60 años y más y los gastos asociados están condicionados por factores personales, familiares, económicos y sociales. Estos factores que juegan a favor y en contra del estado de salud al envejecer, implica un abordaje especifico y adecuado. Por ello, la educación y trabajo en equipo de la triada terapéutica juega un importante rol para los sistemas de salud y para los esquemas de cuidado de largo plazo.

En conclusión, la situación del AM con DM2, manifiesta la necesidad de contar con más instituciones comunitarias y gubernamentales que presten apoyo a estas personas con compromiso verdadero en la labor del cuidado y que se implementen estrategias a favor del cuidado familiar.

El panorama de la salud del AM, propicia además la potencialización del surgimiento de iniciativas y proyectos innovadores de desarrollo social, que aumenten las redes de apoyo innovadoras y formulación de un programa de cuidados del cuidador, que incluya unidades de relevo y recreación para que las familias puedan afrontar de mejor forma el cuidado de su familiar AM.

Dado que la enfermedad en algún miembro de la familia, conlleva un proceso de adaptación, hace necesario conocer las alteraciones estructurales, procesuales y emocionales que se producen en la dinámica familiar, por ello el siguiente capítulo aborda esta temática a profundidad.

CAPÍTULO III: EL SISTEMA FAMILIAR EN EL PROCESO SALUD–ENFERMEDAD

La familia se constituye como un sistema de relaciones interpersonales que forma una unidad, de modo tal que cualquier modificación que se introduce en una de sus partes repercute en todas las restantes. Esta unidad de funcionamiento se caracteriza por un reparto de roles y de responsabilidades.

Una enfermedad de algún miembro va a exigir a la familia la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones. Por lo que para adaptarse a esta nueva situación la familia debe poner en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando; de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico: volver al *status quo*, consciente e inconsciente, y que pueden llevar al sistema en conjunto a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad. Estas circunstancias a su vez se entrelazan con las características específicas de cada uno de los integrantes, con sus condiciones sociales, religiosas, culturales, o etapas del ciclo vital por la que atraviesan.

Es entonces necesario respetar las creencias, la atribución de significados que cada familia tiene con respecto a la enfermedad, el dolor y la muerte. Tal como menciona Watslawick, Beavin y Jackson (1971; 1981; 2002), una comunicación apropiada facilita el encuentro con el otro, la comprensión de sus ideas, emociones y sus creencias, esto lleva a la reflexión acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso Salud-Enfermedad (Florenzano, 1991; 1994).

En este capítulo se profundiza en el concepto de familia desde la Teoría General de Sistemas, se explican las variables que se deben valorar, y además se expone cómo la aparición de una enfermedad (aguda, crónica o terminal) en alguno de los miembros representa un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Finalmente se describe el tipo de evaluación familiar a través del genograma, para el diagnóstico y diseño adecuado de estrategias en la intervención familiar sistémica.

3.1. Concepto sistémico de familia.

La familia en cada sociedad representa un modo y estilo de vida especifico, acorde a su momento histórico. Su origen podría situarse al comienzo mismo del hombre. Puede definirse, según los sociólogos, como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características genéticas, materiales, educativas y afectivas (Ares, 2002). Según los demógrafos, su concepto puede explicarse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes (Ortiz, 1999).

A partir de los años 60 surge el modelo sistémico familiar, basado en la Teoría General de los Sistemas. Este modelo explica que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Para esta aproximación teórica, el sistema familiar está compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que están en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro (Bertanlanffy,1967; Hofmman, 1987; Latorre, 1994; Wiener,1947).

Desde este modelo teórico, la familia es más que la mera unión de sus componentes: principio sistémico donde el todo es más que la suma de las partes. Por tanto, implica conceptualizar que los integrantes de este conjunto funcionan en interrelación, donde las causas y efectos son circulares, con características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progreso o cambio (Minuchin, 1992).

Cuando se estudia a la familia desde este modelo teórico se deben considerar algunas variables que permitan comprender su funcionamiento y con ello intervenir con mayor eficacia. Estas variables son: estructura interna del sistema, análisis de subsistemas, flexibilidad del sistema, contexto ambiental del sistema, nivel de desarrollo de la familia y las reglas de organización.

3.1.1 Variables propias del sistema familiar.

a. La estructura interna del sistema familiar:

La estructura interna del sistema familiar está conformado por holones (subsistemas), concepto que según Minuchin (1982), significa todo. El sufijo *on* se refiere a una partícula o parte, como en protón o neutrón el término es útil en particular para la terapia de familia porque la unidad de intervención es siempre un holón cada holón (el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad) es un todo y una parte al mismo tiempo; no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni esté en conflicto con ella.

La familia nuclear es un holón (subsistema) de la familia extensa, ésta al tiempo lo es de la comunidad, y así sucesivamente; cada todo contiene a la parte, y cada parte contiene también el programa que todo el sistema asigna. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. Según Minuchin (2003) se podrían considerar varios subsistemas a los que pertenece el individuo dentro de la familia, y en los cuales sus funciones y jerarquías variará (ver fig. 6). Dependerá del grado de adaptabilidad y flexibilidad al cambio que tenga el sistema y el propio individuo, la forma en que se desenvuelva al interior.

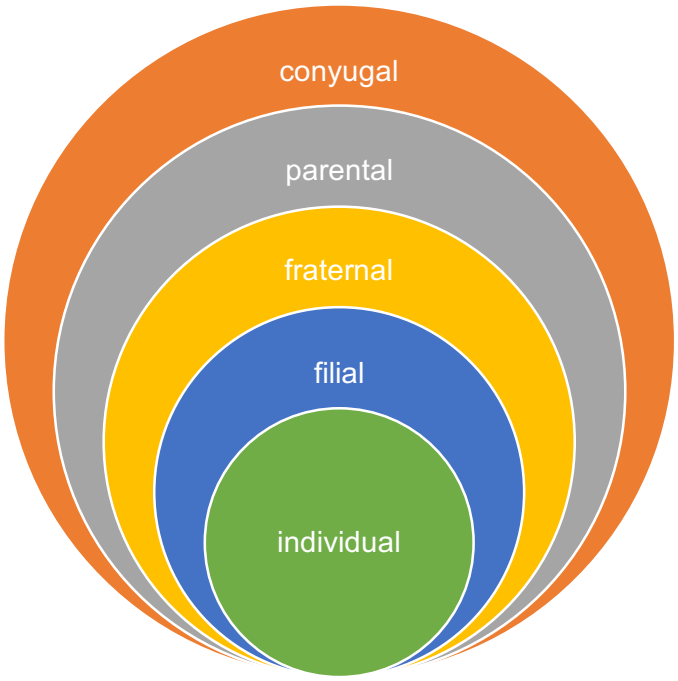


Fig. 6. Holones del sistema familiar descritos por Minuchin (1982)

Holón individual.

Constituye al sujeto por sí mismo, diferenciado del resto de integrantes del sistema, conlleva la capacidad de individuación; muestra el grado de sí mismo frente a la influencia de los vínculos, es decir, frente al contexto. Este subsistema contiene los determinantes personales e históricos del individuo, pero también va hacia el contexto social; esto implica flexibilidad y cambio. La interacción con diferentes holones (subsistemas) depende de la actualización del individuo en su YO.

Holón fraternal.

Los hermanos son el primer grupo de iguales que enfrenta un niño; es por esto que aprenden unos de otros, porque se reconocen. Elaboran sus propias pautas de interacción, donde negocian, cooperan y compiten, promueven el sentimiento de pertenencia y el de individualidad.

Holón parental.

Incluye la crianza de los hijos y funciones de socialización, aquí los niños aprenden a considerar racional o arbitrariamente la autoridad, vivenciar el estilo con que la familia

enfrenta conflictos. El subsistema parental debe modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian; debe existir negociación del control y de las decisiones.

Holón conyugal.

Comienza cuando dos adultos se unen con el propósito de formar una familia. Cada uno trae un conjunto de valores y expectativas; entonces, cada uno debe resignificar una parte de sus ideas y preferencias, esto es perder individualidad y ganar pertenencia. Es así como se forma un nuevo sistema, donde se cumplen pautas de interacción tácitas. El sistema debe adaptarse a demandas contextuales modificadas, pero debe mantener una estructura que puede ser flexible o rígida: si es flexible, entonces la familia ofrece apoyo y refugio frente a tensiones extra familiares; pero si es rígida, la familia no asimila la interacción. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos, porque les muestra las formas de interacción cotidianas, como valores y expectativas en relación al mundo exterior, etc.

Si el individuo tiene claro sus funciones y jerarquía dentro de cada holón al que pertenece, la dinámica dentro de la familia será saludable, y cualquier momento de crisis (normativa o no normativa) será fácil de solventar tanto para él como para su sistema primario. Por crisis normativa se entiende al proceso de desarrollo y cambio que demanda el propio ciclo vital por el que todo sistema familiar trascurre; y por crisis no normativa, se define cualquier suceso externo al sistema familiar pero que implicará ajustes en su dinámica; por ejemplo, una crisis económica, una catástrofe natural, o el diagnóstico de una enfermedad, entre otros.

Como ya se ha mencionada, la familia como sistema vivo, está en constante cambio y evolución, lo que marca su desarrollo. Para Minuchin (1986) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. A continuación se describe este ciclo por el que toda familia trascurre.

b. Ciclo vital de la familia:

Como sistema abierto y vivo debe cambiar información y energía con el mundo exterior, este intercambio de información de origen interno y externo, permite la existencia de un desarrollo, es decir, una evolución compleja en el ciclo vital del sistema familiar: de un equilibrio y adaptación se pasa a un desequilibrio (crisis), el cual mediante su resolución permite el paso a una nueva etapa (Minuchin, 1986).

Es así que por ello se habla del ciclo vital de la familia: al igual que el ser humano tiene un proceso de crecimiento y desarrollo, el sistema vive y experimenta un proceso semejante, cada etapa por la que se atraviesa, constituye una crisis. Haley (1980) estableció una clasificación sobre éste desarrollo y cambio de la familia, así como al tipo de crisis que se enfrentarán sus integrantes.

Las etapas reconocidas como el ciclo de vida, son:

1° Estadio: Formación de la pareja:

Se constituye con el holón conyugal, se negocian las expectativas de ambos individuos, se crean reglas mediante pautas de cooperación. Al inicio cada cónyuge se presenta como todo frente al otro, siendo que se debe posicionar como parte; esto ocurre por las necesidades de cada uno con respecto del otro y la búsqueda de individualidad.

2° Estadio: Familia con hijos pequeños:

Aparece con el nacimiento del primer hijo, se crean nuevos holones como el parental, el de madre-hijo o el de padre-hijo. El recién nacido depende de un cuidado responsable, donde la familia debe adaptarse a la personalidad del recién nacido, negociando los problemas de control y sociabilización. Se establecen nuevas pautas de crianza como cuanto control y cuanto espacio dar al niño.

3° Estadio: Familia con hijos escolares o adolescentes:

Comienza cuando los hijos comienzan la escuela, se crean nuevas pautas de apoyo, reglas y horarios. El crecimiento del niño introduce elementos nuevos al sistema, el infante negocia en base a comparaciones con sus amigos.

Cuando comienza la adolescencia, el grupo de pares cobra poder, es una cultura por sí misma, entonces se negocia la autonomía y el control, el grupo de pares puede competir con la familia.

4° Estadio: Familia con hijos adultos:

Ocurre cuando los hijos, ya adultos jóvenes, crean su propio estilo de vida, es decir, cuando se van de la casa. Esto es llamado el nido vacío porque la familia vuelve a ser de dos miembros, entonces, padres e hijos se relacionan como adultos.

Si el sistema familiar es flexible y adaptable a los cambios que le demanda cada etapa en este ciclo vital, su desarrollo y proceso de crecimiento será sano y enriquecedor de experiencias, fortaleciendo los recursos que en conjunto comparten.

Minuchin (1982) también explica que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, al interior como al exterior del sistema. A pesar de ello, existen familias que pueden permanecer estancadas en una etapa, aún cuando el sistema familiar requiere de una transformación ante la nueva situación que este presentando. Además de todo ello, el contexto social determina no sólo la estructura familiar sino también las relaciones familiares y las relaciones de parentela (Espinosa, 2009); es decir que los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales influyen en la evolución y composición de las familias.

c. Tipología de la familia.

Otro aspecto que se debe considerar al estudiar el grupo familiar es determinar las características relacionadas con su composición según el parentesco y el tamaño. Uno

de los ejes de clasificación utilizado es el de la consanguinidad, refiriéndose a la familia nuclear, la que está constituida por padres e hijos; y la extendida o ampliada, donde se incluyen más de dos generaciones y otros miembros; también puede ser clasificada, a su vez, en completas e incompletas según la presencia de padres consanguíneos. Es de significar que en el caso de ser incompleta, otro eje de clasificación utilizado puede ser el de la familia reconstituida, formada por un matrimonio donde los hijos son sólo de uno de los cónyuges, el otro cónyuge cumple el rol de madrastra o padrastro; o la familia monoparental conformada por uno de los padres o tutor y los hijos.

Por su parte Minuchin y Fishman (1984), también elaboraron un ordenamiento tipológico, agregando el tipo de crisis a las que se enfrentara la familia de acuerdo su conformación y adaptación. Para fines de evaluar los procesos de salud - enfermedad dentro del sistema familiar; resulta importante esta clasificación, dado que al presentarse una enfermedad en cualquiera de los integrantes también se genera una crisis pero que por su origen no normativo, requiere fuentes de apoyo y recursos extra para lograr que el sistema familiar se adapte exitosamente, a pesar de la enfermedad.

d. Clasificación por composición elaborada por Minuchin y Fishman (1984) :

- *Familias de pas de deux:*

Familia compuesta por dos personas solamente. Por ejemplo madre e hijo; la pareja anciana, cuyos hijos ya han partido y experimentan el síndrome del nido vacío; otro ejemplo podría ser un progenitor y su hijo único adulto con el cual ha convivido toda su infancia. Esta estructura es propensa a una formación de liquen (sistemas con interacción simbiótica) en que los individuos contraen una recíproca dependencia.

- *Familias de tres generaciones:*

Familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación es probablemente la configuración familiar más típica en todo el mundo. La familia extensa

alberga en la multiplicidad de sus generaciones la posibilidad de una especialización funcional.

En este tipo de familia se puede llevar a cabo con flexibilidad esencial y con indiscutible destreza la organización de apoyo y cooperación de las tareas familiares. Requiere entonces de un contexto en que la familia y el medio extra familiar se encuentren en armoniosa continuidad.

La precaución al abordar este tipo de configuración familiar, es no caer en la tentación de separarlos; puesto que podría suceder que en el caso de la familia de tres generaciones lo indicado desde el punto de vista terapéutico fuera trabajar dentro del sistema cooperativo hacia una diferenciación de funciones y no promover la formación de una estructura acorde a la norma cultural. Es indispensable descubrir cuál es la familia. Un posible eslabón débil en estas familias es la organización jerárquica.

- *Familias con soporte*:

Familia grande, que precisa de apoyo y de que se delegue autoridad. Es común que se apoye en alguno o algunos hijos mayores, recibiendo responsabilidades parentales, tomando ellos sobre sí funciones de crianza de los demás hermanos, como representantes de los padres. Este tipo de interacción continuara por extenso tiempo si la estructura tiende a rigidizarse, y cuando los padres son AM, el proceso se extiende a ellos.

Este hijo parental es puesto en una situación que lo excluye del subsistema de los hermanos y lo eleva hasta al parental; es exactamente en este punto de esta configuración familiar, donde está su debilidad.

Existe la posibilidad potencial de peligro de que los hijos parentales contraigan síntomas cuando se descargan sobres sus hombros responsabilidades superiores a sus fuerzas o no se les confiere la autoridad que les permitiera ponerlas en práctica.

Los hijos parentales quedan entre dos fuegos, sintiéndose excluidos del contexto de los hermanos pero no aceptados de manera genuina por el subsistema parental, además de que puede bloquear el ejercicio de cuidado que los demás hijos necesitan de los padres.

- *Familias acordeón:*

Se caracteriza cuando uno de los progenitores permanece alejado por tiempos largos, por tanto el que permanece en el hogar asume la responsabilidad de ambos, asumiendo el compromiso adicional del cuidado de los hijos, ejecutivas y de guías, pues de otro modo quedarían privados. Concentrándose en una sola persona las funciones parentales durante una parte de cada ciclo.

Los hijos por su parte pueden trabajar en el sentido de promover la separación de los padres, cristalizándolos en los papeles de buenos o malos, tendiendo a expulsar al progenitor periférico.

La búsqueda de ayuda estará en dirección cuando el progenitor viajero cambia de trabajo y se convierte en figura permanente dentro de la organización familiar.

- *Familia cambiante:*

Familias que constantemente cambian de domicilio, por tanto la familia pierde su contexto de manera constante, sus miembros entraran en crisis; tenderán a funcionar en un nivel más bajo de capacidad que en circunstancias en que se recibe el apoyo del contexto extra familiar. En consecuencia, se vuelve importantísimo evaluar el nivel de competencia tanto de la familia en su condición de organismo, como de sus miembros individuales.

- *Familias huéspedes:*

Un familiar huésped es por definición miembro de una familia temporaria. La familia huésped no debe apegarse a este familiar, siendo preciso evitar una relación. Sin embargo, estos lazos vinculares fuertes se crean a menudo, sólo para quedarse cuando el huésped debe mudarse a un nuevo hogar o es devuelto a su familia de origen. El problema potencial en este tipo de configuración familiar, es cuando la familia se organiza como si el familiar temporario no fuera huésped.

- *Familias con padrastro o madrastra:*

Al agregarse un padre adoptivo la familia pasa por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado. Puede ser que el padre no asuma por completo su compromiso o responsabilidad y que la familia le asigne una posición periférica. La crisis que puede enfrentar este tipo de familia puede ser similar o comparable a los problemas que surgen en un organismo familiar reciente.

- *Familia con un fantasma:*

Familias que han sufrido la muerte o deserción pueden tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. Posiblemente se sigan respetando las coaliciones con el miembro como si estuviera presente. Se trata de una familia en transición, es decir, que la configuración anterior estorba el desarrollo de nuevas estructuras.

- *Familias descontroladas:*

Familias en que uno de sus miembros presentan síntomas en el área del control, es decir, cuando el síntoma principal de un miembro de la familia se presenta con problemas de una "mala conducta". El terapeuta supone la existencia de problemas en uno o varios determinados campos: la organización jerárquica de la familia, la puesta en

práctica de las funciones ejecutivas dentro del subsistema parental y la proximidad entre miembros de la familia. El tipo de problema de control varía según el momento de desarrollo de los miembros de la familia.

- *Familias psicosomáticas:*

Es cuando una familia presenta como síntoma a un miembro con problemas psicosomáticos como por ejemplo: anorexia, migrañas, ulceras, entre otras. La estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados, parece funcionar esta familia óptimamente cuando alguien está enfermo, las características de esta familia son: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y rigidez extrema. También se caracterizan por los lazos de lealtad y de protección, resumidamente es en apariencia la familia ideal.

Existen más tipos de familias, además, se sabe que no se dan tal cual, sino que una sola familia puede presentarse con dos o más formas, lo más importante es rescatar la flexibilidad al cambio; es decir, la capacidad de adaptación y tipo de afrontamiento ante diversas crisis que tendrá que enfrentar toda familia.

Asimismo, no habrá que olvidar modalidades alternativas de familia como son la existencia de personas “sin familia”: adulto soltero, viudo, divorciado o personas con equivalente familiar, individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar. Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad; y por consiguiente el tipo de intervención terapéutica más adecuada (Estada, 1987).

El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así, existen familias clasificadas como: grandes de siete y más miembros, medianas de entre cuatro y seis miembros y pequeñas de uno, dos o tres miembros.

Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento o ingreso per cápita. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior (Estada, 1987; Esteinou, 2004).

d. Funciones de la familia

Una variable más a tener en cuenta a la hora de trabajar con familias, es revisar sus funciones en términos de cumplimiento de sus objetivos. La finalidad de la familia por antonomasia y determinada por la especie, es la multiplicación o perpetuación y el mantenimiento de la sociedad. De manera general se entiende que la familia provee a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva, porque en su interior enseña respuestas adaptativas para la interacción social.

Otra de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales (Minuchin, y Fishman, 1984; Montalvo, 2009).

La familia también cumple con una función biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social, ésta es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional. No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros, lo cual se constituye en un legado distintivo que se transmite de generación en generación; esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle (Minuchin, y Fishman,1984; Murueta, 2009).

De manera general, la familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios o crisis que son producidos desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la salud familiar.

e. Funcionamiento familiar.

Las crisis y la capacidad de afrontamiento que como sistema hayan gestado, define el tipo de funcionamiento familiar. La familia, como todo sistema abierto, en su intercambio con el exterior, tiene oscilaciones de origen interno o externo y son continuadas por una respuesta que restablece al organismo al estado de constancia u homeostático. Si la agitación se amplifica, la familia puede entrar en una crisis que resulte en un cambio que lleve a un nivel superior de funcionamiento capaz de superar la alteración.

Por homeostasis se entiende desde la teoría sistémica, el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación. En relación a este concepto surge otra conceptualización a tener en cuenta, la tendencia a estados constantes, que se refiere a los mecanismos que preservan el mantenimiento de las reglas interaccionales en la familia. Se consideran homeostáticos por su función de mantener un determinado equilibrio dinámico.

La crisis en la familia puede ser superada poniendo en acción sus recursos conocidos para superar la crisis. En el lenguaje sistémico, una crisis es una perturbación de la adaptación que puede superarse mediante un cambio de primer orden (cambio que no modifica las estructuras internas del sistema); este cambio se basa en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene al sistema en un nivel constante.

Pero en ocasiones la familia se ve sobrepasada y los mecanismos adaptativos que resultaban eficientes en la mantención de la homeostasis se hacen insuficientes, es necesario aplicar nuevas formas de equilibrio, realizando la correspondiente

reestructuración del organismo. De este modo la crisis se supera mediante un cambio de segundo orden, lo que significa que el sistema implementa un cambio en el conjunto de reglas que rigen su estructura y funcionamiento (orden interno).

Este tipo de cambio se define como retroalimentación positiva, es decir que aumenta las desviaciones e inicia el desarrollo de nuevas estructuras, nuevas pautas de conducta y formas más adaptativas de resolver los problemas, hay un cambio de forma en el orden del sistema, en su funcionamiento.

Las crisis que enfrenta el sistema familiar se dividen en crisis normativas y no normativas, como ya se mencionaba en párrafos anteriores; las primeras surgen en el proceso del desarrollo familiar (ciclo vital), son esperadas de alguna manera, posiblemente previsibles y sí inevitables pues corresponden a la evolución propia y natural de la familia y el individuo. Las crisis no normativas son las acontecidas a los eventos inesperados en el ciclo familiar y su aparición sucesiva en períodos limitados de tiempo, constituyen fuertes desafíos para la funcionalidad de la estructura familiar.

Así que las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación que signifique contradicción o rete al sistema e implique un cambio que requiera modificaciones de primer orden o de segundo orden.

Este concepto de modificaciones en el desarrollo familiar adquiere relevancia en el trabajo del profesional de la salud con el sistema familiar de un paciente con enfermedad. El avance del sistema familiar a través de ellas, implica una evolución, en otras palabras, ir de una etapa a otra, genera un periodo de crisis por los inminentes cambios de esta transición y de manera ordinaria un proceso de adaptación.

Son en las crisis no normativas, donde se suele tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, y en ocasiones las familias y sus miembros requieren de atención psicológica o psiquiátrica.

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por si solas, sean normativas o no normativas, a veces pierden el control, no tienen la suficiente fuerza, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso salud-enfermedad específicamente en el funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad; también es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la interacción social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

Otro enfoque, es el que considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar.

Para el abordaje sistémico, la enfermedad esta correlacionada con el tipo de funcionamiento familiar: interacción en el interior o el exterior de la familia, por lo que lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertir algún síntoma en crónico y fijarlo.

Desde el modelo teórico sistémico, definir y entender el concepto de salud - enfermedad, conlleva comprender al sistema familiar desde el tipo de organización en las

pautas de interacción, regulación de reglas, tipo de comunicación, delimitación clara o difusa entre holones, flexibilidad o rigidez, nivel de adaptación al ciclo vital, cumplimiento de funciones objetivas y sustantivas, entre otros (Berger, 2003).

Umbarger (1983), Minuchin (1986) y Hoffman (1992) señalaron que una estructura familiar con disfunción posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia; por ende un funcionamiento familiar flexible, adaptable, propicia un ambiente saludable.

3.2. Concepto sistémico del proceso salud – enfermedad.

Hablar de enfermedad o de anormalidad, desde la teoría sistémica es hablar de problema de rigidez en las pautas de sistemas determinados y predecibles, procesos sin variabilidad en las formas de recursión lógica, desorden en el sistema, sistemas impositivos, no consensuados, arbitrarios, de prevalecía de confusión, y de una separación o división de la mente y el cuerpo (Hoffman, 1987).

El síntoma se conceptualiza básicamente en una señal de alarma ante una eminente crisis (Andolfi, 1991; Simon, Stierlin y Wynne, 2002); así mismo el síntoma refleja un intento por parte del organismo o sistema de curarse y de alcanzar un nuevo nivel de organización. Si bien los síntomas se utilizan para comprender las posibles causas de la enfermedad, en la perspectiva sistémica no se busca la supresión de éstos, sino que se dirige al restablecimiento del equilibrio energético del individuo, de manera que un funcionamiento e intercambio más adecuado del flujo de energía entre los distintos subsistemas posibilite la remisión del síntoma (Andolfi,1991; Minuchin,1994).

Aunque la familia resulta importante para el equilibrio del individuo, también es verdad que ésta le impide la totalidad de su expresión creativa al encontrarse ceñido a las normas y pautas propias del sistema (Minuchin, 1994, Fishman, 1993). La familia, como todo sistema complejo, tiende a la conservación de sus características, pero a menudo sucede que este organismo conservador, más que en un equilibrio se instala en

la estática, en un inmovilismo que asfixia e impide cualquier movimiento independiente de sus miembros, lo que favorece la aparición de patologías (Barundy, 1998).

Es entonces cuando se hace preciso intervenir para liberar ese bloqueo en el flujo relacional. Sólo así la familia podrá retomar su camino evolutivo y de crecimiento, lo que desde la perspectiva sistémica se define como salud.

De esta forma se entiende que la terapia familiar sistémica no focaliza la atención en el individuo portador del síntoma, sino que su trabajo se dirige a restablecer el flujo relacional familiar de tal manera que la consecución de una estructura de funcionamiento más adecuada, sea la que devuelva la homeostasis perdida que hizo factible la génesis de uno o varios síntomas en uno o varios miembros del sistema familiar (Andolfi, 1991; Haley, 1980).

La teoría sistémica postula que la enfermedad expresada a través de la sintomatología de un miembro expresa en realidad la disfunción en la comunicación del grupo familiar, por lo que debe modificarse la forma nociva de interacción; esto se fundamenta en las formas de construir la realidad latente en cada ser humano, apela a la capacidad del sujeto de percibir o pensar la realidad desde un punto de vista particular y modificable, y a cambiar modos perjudiciales de interacciones (Watzlawick, et.al., 1981).

La causalidad circular (Berger 2003) es el concepto que explica lo anterior. Se distingue de la lineal en que si bien el medio influye, el individuo también actúa de forma que esta secuencia se vuelve a repetir. Con esto quiere indicar que el efecto podía pasar a actuar como causa de otra conducta y por ende manteniendo la situación presente. Esto dio paso al concepto de doble vínculo, punto medular que aporta a la concepción de patologías relacionales en la comunicación del sistema familiar (Berger, 2003; Watzlawick, et.al., 1981).

El concepto del doble vínculo o también denominado de la doble coacción, está conformado siempre por una víctima y un sujeto que coacciona, la victima para adquirir

ese rol en esta interacción patológica debe poseer una serie de conductas que son complementarias al que coacciona; además, esta relación se vuelve observable a través de una comunicación no congruente o de dobles mensajes. A partir de este momento, la conducta de la persona es factible de ser analizada en una secuencia comunicativa con otras conductas del medio familiar, que a su vez son influyentes para la misma.

Por lo que la noción de causalidad circular y secuencias en la comunicación da como resultado una pauta relacional, o lo que ya se explicaba: las conductas de un elemento del sistema influyen en las conductas de los demás. Así entonces en la perspectiva sistémica, la enfermedad es entendida como un desequilibrio que se genera cuando dentro del funcionamiento del sistema se pierde la capacidad para responder correctamente a las necesidades (internas o externas) que se le demandan.

Los síntomas de enfermedad en las personas, avisan que el sistema necesita un cambio con el objetivo de llegar a un nivel superior de complejidad (Cohen, 2009). Por tanto el proceso salud enfermedad es un equilibrio entre las resistencias que llevan al sistema a la homeostasis y el necesario desequilibrio que lo estimule e impulse a niveles superiores en su desarrollo.

Las necesidades del sistema quedaran manifiestas en los individuos de acuerdo al lugar (funciones y jerarquías) que ocupan en el mismo y crean a su vez necesidades para estos individuos. La satisfacción o no de estas necesidades (psíquicas, sicológicas y sociales) está intrínsecamente ligado a la salud y enfermedad, por lo que ambos conceptos deben entenderse como un todo, y no seccionados, en una perspectiva dinámica.

Las consideraciones antes expuestas llevan a la discusión acerca de la importancia de estudiar el funcionamiento familiar, ante la percepción del diagnóstico de una enfermedad crónico – degenerativa, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional para dar respuesta a las necesidades de sus integrantes, ocurren

alteraciones en el proceso salud-enfermedad de los miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo.

Florenzano (1991;1994) sistematizó el rol que tiene las familias en la salud y en la enfermedad, afirmando que la familia puede ser un factor causante o condicionante de alteraciones de la salud o inversamente como agente protector; es transmisora y gestora de creencias y valores vinculados a la salud, como agente socializador en estilos de vida, en prácticas saludables o patógenas, en modelos de resolución de problemas, como unidad prestadora de atención y cuidado a sus miembros, en la colaboración en la adherencia de los tratamientos (pieza clave de los padecimientos crónicos), en las representaciones sociales que tenga la familia (conjunto de creencias) que le otorga un valor especifico en la forma en que se conceptualiza y actúa frente a este proceso; aquí radica la importancia de conocer y estudiar las interacciones familiares y el proceso de salud enfermedad de sus miembros.

3.3. La enfermedad como crisis familiar.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de la familia; y de esta ayuda depende una evolución mejor y más rápida, porque en el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento (Latorre y Beneit, 1994). De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede desencadenar una crisis en el equilibrio familiar; este miembro enfermo se convierte en el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia (Navarro, 2004).

La enfermedad implicará una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, en función del tipo de enfermedad que se padezca. Para una mejor valoración sistémica de la enfermedad, Minuchin (2003) menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como roles, jerarquías, límites, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación, para prever el tipo

de desajuste funcional por el que atravesará la familia y así poder brindar una ayuda adecuada.

La cohesión, como dimensión que integra diversos conceptos tales como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación, ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Por ejemplo, en una enfermedad crónica incapacitante se puede intensificar y prolongar las crisis normativas entre una etapa y otra del ciclo vital de la familia.

Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias de la vida cotidiana o a las tareas que implica el desarrollo familiar se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental a tener en cuenta en el trabajo con familias, particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas (López, 2003; Revilla, 1993).

Por otro lado Kornblit (1984) considera la crisis familiar generada por enfermedad para su análisis y comprensión como un proceso en tres fases: desorganización, recuperación y reorganización. Se considera que la crisis inicia con la desorganización de la familia en su dinámica y funcionamiento ordinario, generalmente luego del diagnostico. Sin embargo, el grado de desorganización dependerá del tipo de enfermedad de que se trate y por tanto la incapacidad o dolor que implique en el integrante diagnosticado, así como de la cohesión que antes del diagnostico existía entre los miembros de la familia.

Otro factor con influencia en la fase de desorganización es el estilo de respuesta que manifieste la familia. Puede ser centrífugo o centrípeto, aunque idealmente se espera una respuesta intermedia entre estos estilos pero adecuada a las condiciones especiales derivadas de la enfermedad; el estilo de respuesta centrípeto hace referencia a las

familias que se vuelcan sobre el enfermo, es decir, la vida familiar se desarrolla entorno de la enfermedad; mientras el estilo de respuesta centrifugo por el contrario, implica que los miembros de la familia se deslindan de responsabilidades y el cuidado y demandas del enfermo suelen recaer directamente en una sola persona (Kornblit, 1984).

La siguiente fase de la crisis producida por enfermedad aparece una vez que la confusión inicial por el diagnostico ha pasado y se hacen necesarias modificaciones en la vida familiar para adaptarse al proceso de enfermedad, de ahí que se le nombre fase de recuperación; algunas características del sistema familiar que favorecen el paso por esta etapa son la comunicación con otras personas para favorecer la asimilación del proceso, así como propiciar aprendizajes.

La eficacia o dificultad para adaptarse y superar esta etapa dependerá de la propia capacidad familiar para crear contextos sociales y familiares inmediatos caracterizados por la colaboración, así como, el adecuado establecimiento y mantenimiento de límites entre subsistemas familiares y del sistema en relación con la familia extensa. Por último también deberán tenerse en cuenta los recursos de apoyo con que cuenta el sistema familiar y por ende las fuentes de tensión.

La última fase denominada de reorganización hace referencia al momento en que el sistema familiar encuentra un nuevo equilibrio con roles y funciones de cada miembros y subsistema, o sea, se intenta una solución ante el proceso de enfermedad; este nuevo equilibrio puede significar consolidar la estructura previa a la enfermedad o bien crear una nueva estructura y funcionamiento.

En esta fase se corre el riesgo de que si durante las fases anteriores no se encontró soluciones satisfactorias para todos sus miembros, entonces la reorganización familiar sea disfuncional, como puede ser el caso en que el enfermo de forma permanente sea el centro de atención y el resto de integrantes quedan relegados, o bien, el paciente no participa de su propia salud aún cuando sus condiciones físicas lo permiten o también

el surgimiento de problemas de salud en forma paralela en algún otro integrante de la familia, usualmente la persona asignada como cuidador.

Latorre (1994) considera como factores de riesgo en la crisis familiar por enfermedad el grado de permeabilidad de los limites familiares, de manera que idealmente se espera que permitan recibir apoyo tanto externo como entre los propios integrantes y subsistemas familiares, pero manteniendo su propio equilibrio y autonomía familiar.

El estilo de respuesta de la familia, si bien se desequilibra el sistema familiar y surgen disfunciones producto de la enfermedad, lo cual requiere atención y compromiso por parte de sus integrantes incluyendo al enfermo, también es cierto que cada persona debe conservar su individualidad y se espera que especialmente ante este tipo de retos la familia pueda mostrar su principal razón de ser: constituirse como núcleo proveedor de protección y apoyo para todos y cada uno de sus integrantes (Linares, 2000).

Lo antes expuesto remarca la importancia de realizar una correcta evaluación familiar que ayude a planificar estrategias de intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar pero también a establecer directrices precisas de apoyo multidisciplinario al enfermo crónico y a su familia.

3.4. La evaluación familiar en el contexto de la enfermedad crónica.

La familia es el ámbito más íntimo y uno de los más efectivos de protección de la salud y recuperación de la enfermedad y las intervenciones de promoción, prevención y recuperación de la salud requieren de una organización de los servicios que pueda responder al enfoque familiar, por ello la importancia de contar con útiles herramientas que sean confiables y viables.

Es difícil determinar la existencia de un cuerpo único e integrado de conocimientos, teorías y métodos para la evaluación familiar; difieren entre ellas la perspectiva y el

aspecto explorado al que se le da énfasis; sin embargo todos comparten temáticas en común. Dentro de la convergencia teórica metodológica, está el hecho de considerar una visión organizada y útil de la familia, partiendo de la hipótesis que es un sistema abierto, adaptativo y autorregulado, y que involucra varios elementos a tener en cuenta a la hora de establecer una evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Otro aspecto de coincidencia es la capacidad de abordar la familia y sus relaciones; poder formular hipótesis relacionales que expliquen el comportamiento del síntoma (los síntomas no solo tienen causas, también tienen funciones); proponer una tarea encaminada a introducir un cambio en el sistema familiar, de tal manera que permita conocer las características más relevantes de la configuración familiar, los vínculos afectivos, las principales interacciones, la modalidad de comunicación y expresión de las emociones entre otros datos.

Al respecto, la teoría sistémica como punto de concordancia en la evaluación familiar, aporta la concepción de la transmisión generacional de las características que conforman la configuración del sistema (Bowen, 1991). La perspectiva multigeneracional considera al menos tres generaciones para entender los procesos emocionales humanos, pone especial énfasis en la descripción de los procesos de transmisión de patrones transaccionales, comportamentales o emocionales a través de las generaciones y se ve reflejado en las dinámicas relacionales que los individuos establecen en el presente. De tal forma que resulta sumamente útil este tipo de pesquisa en lo referente a las enfermedades crónicas, si es sabido que un amplio aspecto de su tratamiento implica la modificación de estilos de vida, que sin duda han sido aprendidos al interior de la propia familia. Es decir, desde esta perspectiva, el síntoma, resulta no sólo de una historia personal, sino multigeneracional, reflejando esquemas transmitidos no conscientemente y que se anquilosan en un contexto familiar determinado (Andolfi, Angleo, Menghi y Nicolo, 1985).

Por ello dentro de las herramientas que se han desarrollado para la evaluación familiar, el genograma resulta ser el instrumento pertinente para tal objetivo, si lo que se

desea explorar son estos estilos de interacción, y de comportamiento en torno a la salud y la enfermedad de una familia en particular y que se han reproducido de generación en generación.

3.4.1. El genograma familiar.

El genograma familiar se encuentra entre la clasificación de los mapas familiares, abarca los aspectos que por consenso teórico de la terapia familiar sistémica han sido catalogadas como las más relevantes en el adecuado funcionamiento de una familia. Se establece como una valiosa herramienta para organizar datos clínicos, ayuda a plantear hipótesis y orienta la acción estratégica del trabajo clínico; además de dar una visión de conjunto del sistema familiar.

McGoldrick (2005) describe a los genogramas familiares como descripciones gráficas de las familias a manera de árboles genealógicos, en los cuales se registra información a través de símbolos y figuras, de las relaciones de sus miembros de por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan una rápida visualización de las configuraciones familiares, por lo que son una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar.

El genograma se convierte entonces en parte importante del diagnóstico ante la enfermedad, con él se evalúa los recursos, modos de afrontamiento y capacidad de adaptación del paciente y su familia ante la enfermedad, se anticipan las dificultades en la adherencia al tratamiento y se visualizan las redes de apoyo familiar (Ceballos, 2006). Con esta información se podrá establecer un plan de intervención sistémico familiar para lograr una mejor adaptación del sistema ante la enfermedad concretándose en calidad de vida para el paciente y su familia.

La creación de un genograma supone tres niveles: trazado de la estructura familiar, registro de la información sobre la familia y delineado de las relaciones. El primer plano en la interpretación de un genograma es la estructura familiar básica; es decir, lo que

significa cada línea que conecta lo diagramado. De tal manera que permita hacer hipótesis sobre roles y relaciones familiares, así como conocer la manera en que se distribuyen los subsistemas o algunas configuraciones inusuales en la familia.

La segunda interpretación que se hace en un genograma, en relación a las transiciones que la familia está viviendo como parte del ciclo vital; este tipo de análisis ayuda a ver si los sucesos que se están experimentando corresponden a crisis normativas derivadas de la evolución de la familia en el momento de cambio de una etapa a otra y de no ser así, se puede seguir revisando a que corresponde y por qué a la familia le esta constando enfrentar el cambio.

De igual forma en el genograma puede identificarse en su trazado, la repetición de pautas de generación en generación, ya que se revisan tres generaciones hacia arriba del paciente identificado y tres generaciones hacia abajo, pudiendo identificarse pautas con repetición generacionales; estas pautas pueden darse en tres formas: en lo relacional, lo estructural o lo funcional. Reconocer e identificar estas pautas, ayuda a la familia de manera preventiva o remedial, interrumpiéndolas y cortando su reproducción.

Otro aspecto que el genograma permite, es analizar la sucesión de eventos y su conexión con el funcionamiento familiar. De esta manera permite hacer conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, evaluar el impacto traumático en el funcionamiento familiar y su posible vulnerabilidad ante la presencia de nuevos sucesos.

Un aspecto relevante en el análisis e interpretación del genograma, es lo que se refiere a las pautas de vinculación. Éstas se clasifican en íntimas, fusionadas, hostiles, conflictivas, distantes, enajenadas. Con el análisis se favorece principalmente la detección de un fenómeno conocido como triangulación (Minuchin,2000) caracterizado por una pauta de relación rígida en la que un miembro de la familia se encuentra imposibilitado en su propia evolución, desarrollo, crecimiento, maduración e independencia.

Por último, el genograma permite la búsqueda de pautas de contraste y equilibrio en la estructura familiar, roles, funcionamiento y recursos de la familia; es decir, permite hacer hipótesis de cómo la familia puede adaptarse a los cambios y tensiones que está viviendo en el presente. En síntesis, cada aspecto que se interpreta y analiza en el genograma, representa un conjunto general de hipótesis relevantes desde el punto de vista clínico, sobre las pautas familiares.

En el trabajo clínico el genograma permite una comprensión más amplia del entorno del que ha surgido el paciente y en el que se desenvuelve, así como implicaciones relacionales entre la conducta sintomática del paciente y pautas homeostáticas con los miembros de su familia de origen, reproduciendo aquellas que permiten el equilibrio familiar. En su ejecución se requiere el uso de símbolos y figuras (ver fig. 9) con las cuales se representan: miembros, estructura, funciones, jerarquías, roles, relaciones y sucesos importantes de la familia, lo que constituye su historia (Beltrán, 2012; Navarro, Ponce, Monroy, Trujillo, Irigoyen, Gómez, 2004).

Para la recolección de datos se solicita la siguiente información a los miembros de la familia (Garibay, 2006):

Datos de identidad de la familia: nombre, edad, ocupación y estudios de cada uno de los integrantes de la familia del enfermo que viven en el hogar actualmente, como padres, hijos o algún otro familiar; si hubo abortos, hijos adoptivos, fechas de matrimonio, separaciones o divorcios, fallecimientos y sus causas.

Datos de la familia de origen del padre: nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos, incluyendo abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.

Datos de la familia de origen de la madre: nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos, incluyendo

abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.

Datos complementarios: en ellos se pueden incluir su pertenencia a alguna religión o credo, los movimientos o cambios importantes de la familia, como migraciones, cambios de residencia, también personas que vivieron con la familia o que fueron importantes para la misma, incluso mascotas que desempeñaron un papel importante en la historia de la familia.

Problemas: médicos, emocionales, conductuales, laborales, con la ley o adicciones de cada uno de los miembros. En particular los problemas médicos resultarán útiles en demasía, intentando identificar con ellos la repetición de pautas a través de las generaciones y la forma en que han sido o no resueltos los problemas derivados de las enfermedades.

Vínculos: tipos de relaciones más importantes entre los miembros de la familia, si sus vínculos son íntimos, distantes, conflictivos, distanciados, sobre involucrados.

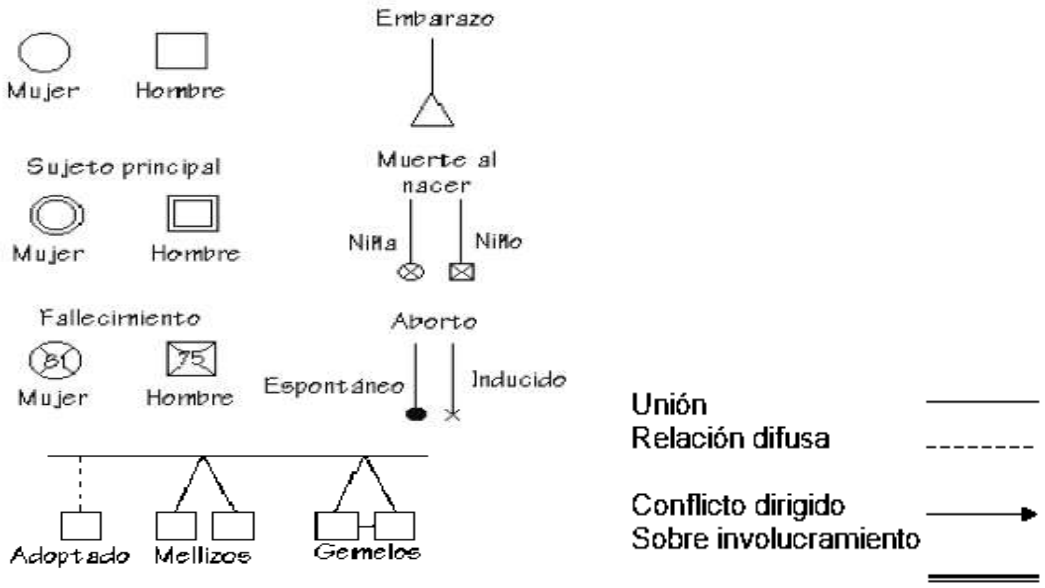


Fig. 7. Ejemplo de simbología utilizada en el genograma (Mc Goldrick y Gerson, 2008).

El genograma resulta ser una herramienta invaluable para la evaluación y diagnóstico familiar ya que se puede considerar como estrategia de intervención y parte del proceso terapéutico a la par, debido a que en el transcurso de su construcción el individuo puede lograr la contribución de los miembros de su familia extensa para obtener detalles acerca de las funciones y papeles que ejerce cada uno, propiciando así lo denominado en ciencias sociales el efecto Rashamon, en donde se narra un mismo evento desde distintas ópticas, sin con ello restar validez o importancia, entonces cada miembro de la familia puede entender y comprender el punto de vista del otro.

Finalmente, con el genograma se hace evidente un postulado teórico de la terapia familiar sistémica, las familias se repiten así mismas. Lo que ocurrió en una generación continuamente se repetirá en la siguiente; a esto es a lo que Bowen (1991) denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares; basado en la hipótesis que las pautas vinculares en generaciones anteriores pueden proporcionar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación.

En el genograma se indaga estas pautas que continúan o se alteran de una generación a la otra; con el objetivo de modificarlas o fortalecerlas, según sea el beneficio que traiga al sistema familiar en particular; por ello el genograma se torna en una eficaz y eficiente instrumento de trabajo clínico en lo preventivo como en el tratamiento a familias con un miembro con enfermedad crónica.

En la evaluación familiar entonces, se tiene una perspectiva amplia de la forma en que cada integrante percibe su entorno familiar y los aspectos que consideran están presentes en su familia, de tal forma que se puede elegir, con el consentimiento de la familia en conjunto, discutir entre ellos sus coincidencias y diferencias en alguno de los temas que se crea pertinente; o incluso se puede tomar en cuenta áreas que no se habían discutido o analizado previamente y que pueden ser importantes.

Por último, la evaluación familiar también es un recurso importante y valioso en la toma de conciencia del manejo que el paciente hace de sus conflictos familiares,

facilitando la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle recursos psicológicos, que de manera independiente sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis, tales como son los procesos en las enfermedades crónico degenerativas.

Finalmente y como conclusión se puede apreciar como la familia tiene un papel determinante en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, esta área del conocimiento no se ha estudiado ni valorado lo suficientemente por lo que su consideración en la práctica es inconstante.

Aún cuando, en diversas circunstancias clínicas requieren incluir este enfoque en los abordajes que se desarrollen, particularmente las enfermedades crónicas, se requiere la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la valoración adecuada y obtención de información familiar.

De tal forma que facilite la organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con una visión ecológica e integral al diagnóstico dando la pauta para reconocer las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna. En el siguiente capítulo se aborda la importancia de la valoración psicogerontológica con perspectiva familiar sistémica para el desarrollo de una intervención que atienda de forma integral al AM con DM2.

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN SISTÉMICA FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Uno de los retos más común, que las familias deben enfrentar es sin duda el momento cuando los padres en la edad adulta tardía se convierten en frágiles y dependientes, debido a una enfermedad que requiere de su atención y cuidado especial. Los padecimientos que causan deterioro mental, físico o dolor constante como en el caso de las enfermedades crónicas, son los más difíciles de sobrellevar, constituyendo un problema que requiere de respuestas adecuadas.

Los hijos de padres de edad avanzada son los que frecuentemente se harán cargo de esta demanda de cuidado y manutención, momento de vida en que generalmente se enfrentan a exigencias dispares de crianza de hijos propios y presiones económicas, tornando el problema aún más complejo, pero a la vez, posibilita la oportunidad para explorar nuevas formas de mediación.

El siguiente capítulo propone, como una alternativa innovadora, una intervención desde la perspectiva sistémica para el cuidado y atención del AM con padecimiento diabético, en donde el foco de interés es la familia en conjunto.

4.1. La familia como sistema cambiante.

La familia ha estado presente en toda la historia de la sociedad y la organización sociocultural del ser humano. La medida que la humanidad se trasforma, la familia por ende lo hace, no es raro que se esté ante ese mismo panorama de cambio hoy en día. Estas variaciones obedecen a las tendencias sociodemográficas impactando en la conformación de la familia en el siglo XXI, principalmente por el incremento de la esperanza de vida, pues con la disminución de la natalidad se extiende la vida de los sujetos a edades mayores, poniendo a la familia en el campo de la discusión de los problemas que estas trasformaciones al interior y exterior de la familia experimentan (Bazo, 2000).

A su vez, los cambios demográficos han dado la posibilidad de producir modelos diversos en las estructuras familiares y en los roles intergeneracionales. Estos condicionamientos o factores normativos debidos al tiempo histórico, también responden a un tiempo social (edades de casamiento, maternidad, número de hijos, etc.) que interactúan de manera unísona, promoviendo cambios en el ciclo vital familiar con beneficios y desventajas (Neugarten,1999) (ver fig. 8 y tabla 2).

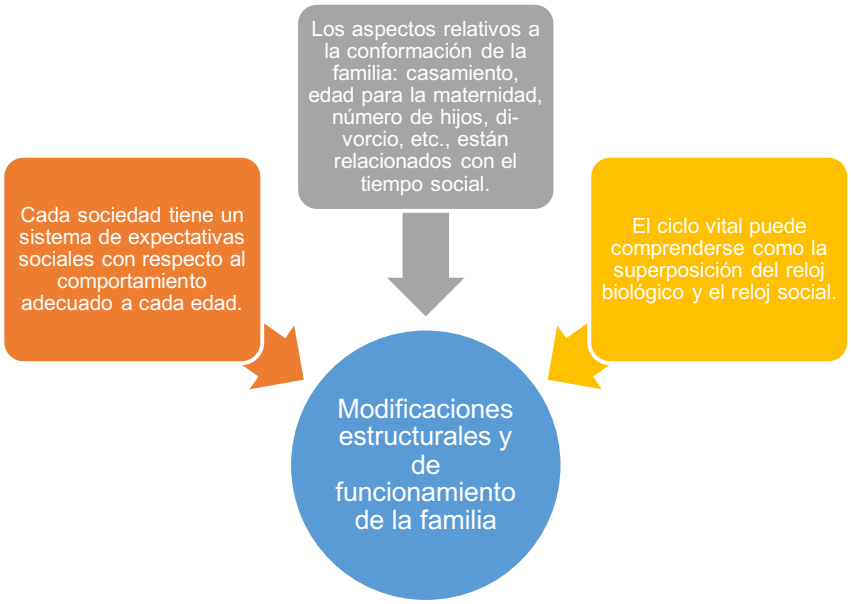


Fig. 8. Tiempo histórico-social y biológico como factores de impacto en la estructura y funcionamiento familiar (Bazo, 2000; Neugarten,1999).

Por lo que la relación entre individuo, familia y sociedad se debe comprender en sus múltiples interrelaciones y no como un proceso unidireccional. Por tanto es necesario entender dos niveles de análisis para la familia: uno macrosociológico y otro microsociológico. El primero, para establecer las relaciones entre familia y sociedad y el segundo, para explicar la interrelación familia-individuo, de tal manera que ayude a comprender los fenómenos que en su interior ocurran y por ende las mejores aproximaciones para su intervención, como es el caso de la familia con un AM en su interior (Áres, 2002).

Tabla 2.
Beneficios y desventajas de los cambios sociodemográficos en la dinámica familiar con AM en su interior

Beneficios
1. La solidaridad y la cooperación de los hijos adultos en el cuidado y atención de las necesidades de sus padres adultos mayores, según el modelo de las relaciones controladas: la intimidad no es compartida.
2. El AM como el que sostiene el linaje y el que fortalece las raíces de identidad de la familia para los miembros más jóvenes.
3. Los padres están lo suficientemente cerca de la familia de sus hijos adultos por razones prácticas y emocionales pero a la vez están lo suficientemente distantes para respetar la autonomía.
Desventajas
1. El Estado se ha alejado cada vez más del cuidado de los mayores, delegando este rol en la familia sin brindar ayuda adecuada para su cumplimiento.
2. La disminución del número de hijos hace que el cuidado de los mayores no pueda ser compartido por varios hermanos.
3. Más mujeres insertas en el mercado laboral, con menor tiempo para el rol de cuidadoras familiares.

Lo que lleva a reflexionar en relación a la necesidad de brindar algún tipo de herramienta a la familia para mejorar el cuidado de sus adultos mayores.

4.2. El fenómeno de la verticalización familiar.

Así entonces se tiene que la estructura de la familia de este siglo, derivado de los cambios demográficos, manifiesta la aparición de un fenómeno peculiar por primera vez en la historia de la humanidad, conocido como la verticalización familiar. Este hecho representativo de esta época, hace referencia a la sucesión de cuatro o cinco

generaciones vivas, que deberán contener, cuidar y atender en su seno cada vez a más personas mayores (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y en la que existirán menos miembros jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas (Grassi, 1998; Salvarezza, 1998).

Para explicar mejor a lo que se refiere este fenómeno, se dirá que con el proceso de envejecimiento de la familia que caracteriza a la sociedad contemporánea, aparece una crisis que deberá enfrentar el sistema familiar. Por crisis se refiere al proceso de cambio, trance caracterizado por la superposición de varias generaciones con necesidades y demandas distintas (Fierro, 1994; Vellas,1996).

La familia multigeneracional, como también es denominada, requerirá de diversos recursos para enfrentar el estrés que produce el cuidar a padres envejecidos. Este tipo de familia en su proceso, va produciendo cambios en su estructura: tipo de convivencia, edades de independización, quienes se quedan para cuidar a los miembros más viejos, etc. Estos cambios acarrean transiciones que producen cambios generadores de estrés, aunque no todo cambio se vive en la misma intensidad, hay crisis moderadas y otras de mayor intensidad (García, 2005) (ver fig. 9).

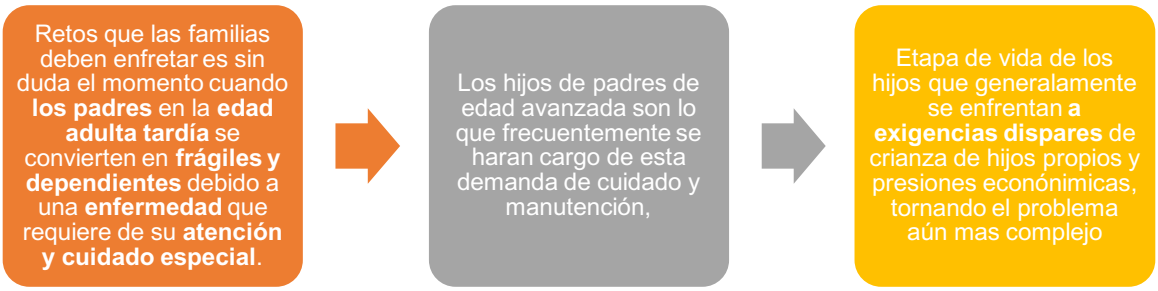


Fig. 9. Superposición de generaciones con distintas necesidades que atender (García, 2005).

La familia multigeneracional no tiene una estructura homogénea, por lo contrario es una familia con una estructura compleja en la que alberga a tres, cuatro o más

generaciones que deben adaptarse simultáneamente a distintos cambios en el ciclo de vida familiar. La estructura de esta familia no sólo ha cambiado sino que se ha alargado por el aumento de generaciones y la disminución de los miembros de una misma generación.

A su vez, también los cambios se refieren a los roles y relaciones de cada miembro que la compone: los padres pueden seguir formado parte de la vida de los hijos por más años de lo que ocurriría en otro tipo de familias; de igual forma los abuelos en su relación con sus nietos e incluso con sus bisnietos adultos se prolongará. Esto es lo que explica al fenómeno de la verticalización: las relaciones de los miembros se entablan de manera intergeneracional (distintas generaciones en interacción por mayor tiempo) y se aminoran las relaciones intrageneracionales (menor número de miembros de una misma generación con posibilidad a interactuar). Este cambio al mismo tiempo puede significar la posibilidad de desarrollar maneras distintas de relación con el AM, entre las generaciones más jóvenes y de manera paralela implementar alternativas creativas para incorporar al ámbito social comunitario al AM con sus coetáneos. De igual manera, cualquier tipo de intervención o abordaje que se haga con la familia en un contexto de apoyo al AM deberá contemplar este tipo de interacción (inter e intrageneracionales) para enriquecerlas y potenciarlas.

4.3. Programas de convivencias intergeneracionales e intrageneracionales:

Este tipo de programas de convivencias tienen como objetivo propiciar el intercambio con generaciones más jóvenes o con generaciones contemporáneas, bajo un diseño establecido para lograr el intercambio concreto y continuado de recursos y aprendizajes entre las generaciones. Este diseño debe estar basado en un estudio a manera de diagnóstico sobre necesidades específicas, y que contemple el impacto a nivel individual o social y que garantice su continuidad en el tiempo (Hatton-Yeo y Ohsako, 2001), además de ser considerado por los participantes, con un alto grado de beneficio. Por lo cual requiere de personal calificado para llevar a cabo estos programas que enriquecen y potencian la convivencia, pues es imprescindible contemplar cuatro esferas básicas para su implementación, propuestas por Bernard (2006) (ver fig. 10).

De igual manera, una de las situaciones a tomarse en cuenta, para llevar a cabo este tipo de convivencias generacionales de manera importante, es la percepción que se tiene del AM en las generaciones más jóvenes, de tal forma que se garanticé el éxito de este tipo de intervenciones de corte comunitario. A la par, una de las ganancias de estos diseños, es el posicionamiento de la figura del AM como agente socializador, posibilitando a la comunidad presentarse, a partir de la organización social, como un rol familiar extendido.

Fig. 10: Programas Intergeneracionales e intrageneracionales (Bernard, 2006).

Este tipo de intervenciones pueden ser de bajo costo, prácticas, flexibles, adaptadas a cada contexto y sobre todo en las cuales la familia es la promotora y generadora del intercambio determinado y continuado de recursos y aprendizajes entre las generaciones más viejas y más jóvenes con beneficios en lo individual y en lo social.

4.4. Relaciones familiares con el AM.

Así entonces, vivir más años mantiene la posibilidad de representar roles familiares por más tiempo, tanto al interior como al exterior de la familia: como padres por más tiempo o como abuelos. La prolongación en el tiempo permite a los adultos mayores conocer a sus nietos como niños, adolescentes y como adultos y en algunos caso también como adultos mayores; esto puede ser una oportunidad para entablar lazos afectivos más intensos.

La explicación de la intensidad de afectos en los vínculos en el envejecer de sus miembros, dependerá de factores que interactúan con los ideales desde los cuales se constituyó la familia y los lugares que fueron ocupando sus miembros en la estructura familiar, el modo de ejercicio de la función materna, paterna, filial y avuncular (con tíos), a lo cual se incorpora la función de la abuelidad, con su aporte fundamental en cuanto a la transmisión de la genealogía familiar (Strauss, 1987).

En la familia actual, el viejo no ejerce el rol de portador de sabiduría y tradición, pero si el que sostiene el linaje y el que fortalece las raíces de identidad de la familia para los más jóvenes (González-Celis, 2007). Estas funciones que cumple el abuelo en la trama familiar, se describen en niveles intra, inter y transubjetivos (Zarebski, 2008). Respecto al plano intersubjetivo, las funciones se manifiestan en la mayor disponibilidad afectiva y temporal para compartir actividades con sus nietos, la posibilidad de ser proveedor de cuidados o menor ansiedad en la imposición de normas.

En el plano intrasubjetivo, éstas funciones se muestran en el nieto internalizando la función de abuelo en su propia subjetividad, otorgando así conciencia acerca de su propio envejecimiento, que vivirá en un futuro.

Finalmente, respecto al plano transubjetivo: el abuelo transmite a los nietos la historia familiar, la historia de los propios padres de su lugar de hijos, a la vez que padres (la genealogía familiar), es decir que pone en evidencia las diferencias genealógicas que caracterizan a la familia.

Por ello, afrontar el problema del envejecimiento como proceso dinámico dentro del contexto socio histórico y por ende en el sistema familiar, demanda conocer el papel del AM dentro de esta estructura y su función, así como la naturaleza de las relaciones intergeneracionales como elemento fundamental para el análisis de la calidad de esos vínculos y su impacto en la experiencia de la vejez (Buendía, 1999), de tal forma que para cada unos de los implicados, este proceso sea experimentado como algo beneficioso y no como amenazante.

4.5. El papel de la familia como proveedora de apoyo a los mayores.

La familia será la red social de mayor importancia en la vejez. Este vínculo significa en el contexto social y cultural, una gran inversión emocional, y sentimientos de ambivalencia entre la independencia y la dependencia de los involucrados. La familia multigeneracional se expone como característica de la solidaridad y la cooperación de los hijos adultos en el cuidado y atención de las necesidades de sus padres viejos, según el modelo de las relaciones controladas: los padres están lo suficientemente cerca por razones prácticas y emocionales pero a la vez están lo suficientemente distantes para respetar la autonomía (Zarebski, 2008).

Con una postura clara de la pertenencia y la autonomía, la familia multigeneracional puede configurar un modelo de intimidad a distancia, con el que se preservará el vínculo, a su vez con conciencia de la ambivalencia que este tipo de relación

genera, podrá lidiarse con problemas que se deriven. Caso contrario, si la familia multigeneracional no logra tener en cuenta estas características referidas, los problemas que enfrentarán serán más complejos y el recurso característico de esta familia para el apoyo y asistencia a familiares adultos mayores no será ejercido. Según sea el caso, se establecerá entre el AM y la familia un tipo de vínculo que facilitará o entorpecerá el tránsito por esta etapa de la vida, de acuerdo a cuál sea la función cumplida por el familiar mayor dentro del grupo (ver tabla 3).

Tabla 3.

Función del AM dentro de la familia.

ADULTO MAYOR			
Tipo de función	**Grado de inestabilidad**	**Manejo de autonomía o libertad**	**Tipo de vinculación**
1. Con función diferenciada a) posición privilegiada: El AM es el centro de la dinámica familiar.	En lucha permanente por mantener el rol, dependencia extrema porque necesita ser sostenido por el clan.	Sin libertad, por ser figura de tótem, no se anima a hacer y ser el mismo, sino solo a través del clan.	Vinculación inestable. Familia tipo clan.
b) inhibida: AM sobreprotegido. Rol sin rol (El riesgo es la neutralización del AM y del propio sistema familiar).	Por inhibición de las potencialidades del AM.	Sin libertad, pues es sofocado, sobreprotegido sin posibilidad a ser el mismo.	Vinculación inestable. familia sobreprotectora.
2. Con función orbital en el sistema familiar.	En peligro de ser abandonado o separado. La indiferencia debilita al AM.	Con demasiada libertad que no sabe utilizarla en su beneficio.	Vinculación ineficaz: familia desligada, de abandono, negligencia, claudicación.
3. Con función integrada a la dinámica familiar	Reforzamiento de los recurso y potencial del AM.	Con normal margen de libertad y continencia.	Vinculación estable y eficaz. Familia normal.

(Con posibilidades de crecimiento y desarrollo).			

Fuente: Elaboración por Pérez Lucía basado en la descripción que hace García (2005).

Por ello cualquier intervención que se lleve a cabo con la familia del AM debe contemplar el tipo de rol y función que el AM ejerza dentro de su contexto familiar, de ello dependerá el éxito o fracaso de la misma.

4.6. El papel del equipo de profesionales de la salud en la provisión de apoyo a la familia al cuidado de sus familiares AM.

Agregado al hecho del rol que ejerza el AM dentro de su sistema familiar, que puede ser que facilite u obstaculice las funciones de cuidado y atención, existe el propio proceso de deterioro físico que rodea esta etapa de vida.

Por ello en el desarrollo de las prácticas cotidianas de cuidado y atención de la salud a los AM, se observa que la enfermedad y la discapacidad que en la mayoría de ellos se manifiestan, afectan no sólo al AM involucrado, sino también a su grupo cohabitante, por cuanto requieren de una fuerte contención afectiva, seguimiento sanitario y disponibilidad de medios e insumos para tratamientos prolongados o intensivos.

Es por ello que uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta y analizarse, en relación a la familia del AM y la aparición de un padecimiento, es la identificación de situaciones de vulnerabilidad socio sanitaria en el grado de continencia familiar, entendida ella como la existencia de redes primarias con capacidad vincular y monetario para sostener procesos de enfermedad y discapacidad funcional de sus familiares mayores. Para ello el personal de salud calificado deberá realizar una buena valoración gerontológica del AM.

4.6.1. Valoración gerontológica integral eficiente del AM.

Se denomina valoración gerontológica al proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales que el AM presenta. Durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente se elabora un plan de cuidados progresivos, continuados y coordinados dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores.

La evaluación integral permite definir la capacidad o incapacidad de la persona mayor. Esta apreciación que se realice debe ser: objetiva; que ayude a la detección de distintos tipos de invalidez, que cuantifique el grado de deterioro o dependencia del sujeto, que también evalué la calidad de los servicios que se le prestan al familiar mayor, todo con el fin de una adecuada planificación del uso de los recursos.

En este contexto, se habla del concepto de vulnerabilidad social y de salud de un AM y se define como una situación caracterizada por la pérdida del equilibrio psicofísico, y la falta de continencia familiar o la carencia de recursos económicos o habitacionales suficientes para cubrir las necesidades básicas de auto sostenimiento. Este rasgo de vulnerabilidad es crucial que el profesional de la salud especializado, tenga en cuenta para la adecuada valoración gerontológica integral eficiente del AM (ver tabla 4).

Tabla 4.

Indicadores de riesgo de vulnerabilidad en el AM.

Vulnerabilidad física	Vulnerabilidad psicosocial
80 años y más	Vivir solo
Enfermedad crónica con o sin invalidez	Estar socialmente aislado
Tener problemas de autonomía funcional	Ser mujer anciana sobre todo soltera o viuda
Presentar necesidad de cuidados permanentes para mantener la seguridad vital	Vivir en instituciones colectivas no controladas
Desnutrición	Ancianos sin hijos
Poli medicación o medicación de alto riesgo	Zona rural tendiente a desaparecer: migración a zona urbana de los hijos o E.U.A
Continuo egreso hospitalario	Conformación de familia rural vs. familia moderna.

	Zona rural pobre y aislada, mayormente poblada por AM.
Complejidad de tratamiento para la enfermedad	Un componente de la pareja anciana , discapacitado o muy enfermo
Complejidad de cuidados especiales	Soledad parcial nocturna o más de 10 horas en el día
Falta de contacto con médico de cabecera	Ser responsable de asumir los cuidados de otra persona
	Existencia de cuidador no apto para el cuidado requerido en calidad y cantidad.
	Contexto económico inadecuado
	Hábitat inadecuado en función de autonomía, enfermedad y condiciones para la rehabilitación

La valoración gerontológica integral, por lo tanto recaba aspectos de la esfera biológica o física del AM, del área social y ambiental (ver fig. 11).

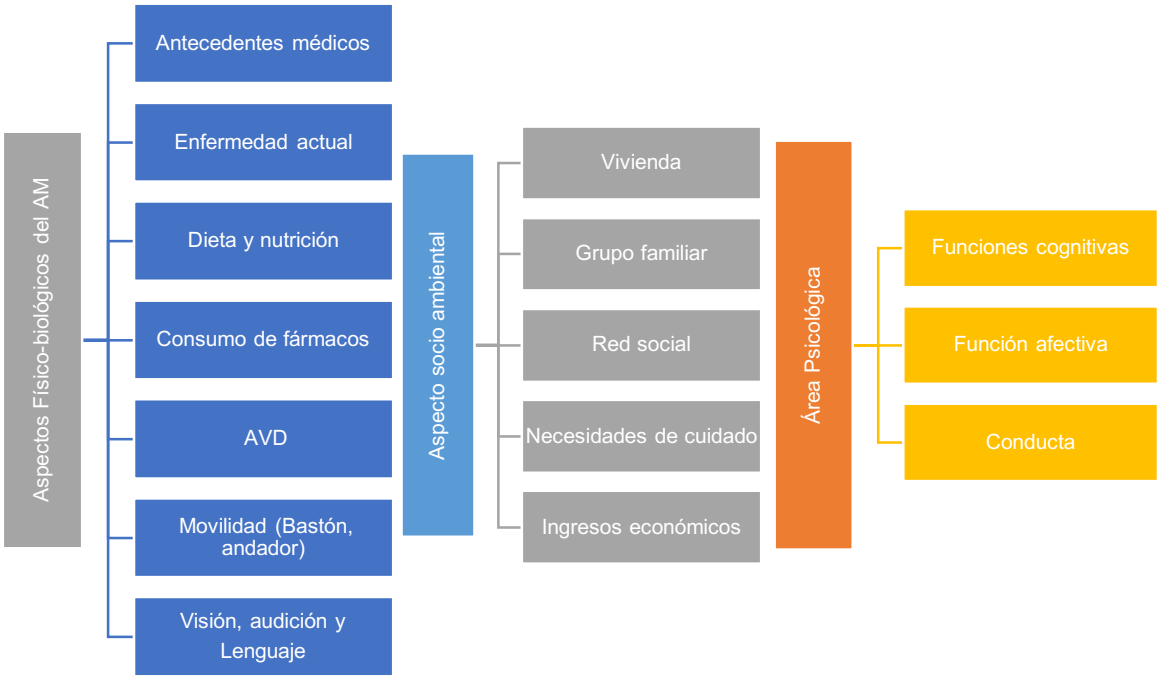


Fig. 11. La valoración gerontológica integral (Salvarezza, 1999).

La valoración gerontológica es el medio para detectar casos de adultos mayores con alto grado de vulnerabilidad y en consecuencia, establecer programas de atención emergente (alimentación en casos de pobreza) y de largo alcance (educación para la prevención y el autocuidado). La eficacia de la valoración gerontológica se debe a que

presta particular interés a los problemas específicos del mayor y su entorno; por ello requiere de profesionales entrenados en psicogerontología que puedan obtener una información cabal sobre el sujeto que envejece, a fin de lograr la adecuada instrumentación de recursos en cada caso en particular.

4.6.2. El cuidador primario del AM.

Dentro de esta valoración, un área relevante e importante es el cuidado que pueda tener el AM, y por quién este cuidado debe ser ejercido. En esta área, el personal de la salud, el cual puede ser el médico, enfermera, trabajador social o psicólogo, deberá hacer la identificación y evaluación del CP en relación a sus posibilidades de apoyo y tipo de cuidado que ejercerá: completo o parcial; considerando que la capacidad de cuidar a un AM enfermo implica tres aspectos esenciales: económico, afectivo, instrumental.

En la familia no todos los miembros asumen de manera equitativa el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina cuidadores. Se define como CP a aquellas personas que se encargan de ayudar física y emocionalmente y en las actividades diarias a personas que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas (Izal-Fernández, Montorio-Cerrato, 1994).

Sin embargo, muchas veces los cuidadores se ven afectados en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una carga que interfiere en el manejo adecuado del familiar mayor, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador (De los Reyes, 2001).

Se entiende por carga al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores, que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad (Artaso, Goñi y Gómez, 2001).

Son diferentes las variables que incurren en la acentuación de la carga del cuidador de un lado están las relacionadas con el AM cuidado, como son el grado de deterioro y la posible pérdida de independencia, así como la presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos de difícil manejo; por otro lado están las relacionadas con el propio cuidador entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para ejercer el cuidado, las redes de apoyo con las que cuenta, y el tiempo que realiza el cuidado al día; y por último las derivadas de la relación afectiva cuidador-persona cuidada tanto previas como actuales.

Por lo que los familiares con la función de cuidadores de sus parientes adultos mayores, pueden experimentar una variedad de emociones como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, entre otros; dependiendo de las circunstancias individuales en que se ocupa el rol de cuidador, ya que esta nueva función dentro de la familia puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente desconocido, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el llamado síndrome del cuidador (Lund, 2005).

El síndrome del cuidador está caracterizado por sentimientos de agobio derivado de las exigencias de cuidados, llegando a presentar el familiar con esta función, cuadros clínicos de ansiedad y depresión (Lara, Díaz, Herrera, Silveira 2001).

Por lo que la responsabilidad no puede recaer sólo en un miembro de la familia, por la intensidad y costo de las carga. Zarit (1998) sugiere una responsabilidad compartida, creativa, que se consideren las necesidades de la persona cuidada y del cuidador, por lo que es necesario realizar estudios que conduzcan al logro de mejores estrategias de intervención y en las cuales se involucren más actores externos a la familia y que conforman una red de apoyo social (Zarit, Bottigi y Gaugler, 2007).

Así mismo, el objetivo que la valoración gerontológica integral debe realizar con respecto al familiar identificado como CP es prevenir situaciones de claudicación del cuidado y aprestar la posible aparición del desgaste del cuidador, para brindar la mejor alternativa en la atención del AM (ver tabla 5).

Tabla 5.

Valoración de la situación de desgaste del CP.

Situación en la que es posible mantener la función del cuidador					**Se altera la continuidad de cuidado (remplazo total e inmediato)**	
Se requiere seguimiento	**Se requiere atención y seguimiento especial** (probable reemplazo parcial)					
1. Normal	Estresado (alteraciones de concentración, memoria y atención).	Irritable (en su relación con el AM o con otros familiares).	Agotado (manifestación clara y directa, por otros o por observación).	Claudicaciones Episódicas (síntomas físicos).	En situación Crítica (capacidad de cuidado en crisis y en riesgo).	Claudicante (incapacidad de brindar cuidado, riesgo de maltrato y abandono al AM).

Esta valoración gerontológica integral que se haga con respecto a la situación de cuidado, a su vez debe ser analizada en tres niveles de modalidad, conocidos como redes de apoyo (Austrich, 2006).

1) Red de apoyo informal, que se refiere al cuidado no influido por la remuneración de un pago. Aquí entra la familia directa (vínculo de parentesco sanguíneo), vecinos y amigos (vínculo socio-afectivo).
2) Red de apoyo formal, la cual está mediada por pago directo o indirecto y a cargo de estructuras institucionales, como son los sistemas de seguridad social.
3) Red de apoyo semi-formal, ejercida por las instituciones religiosas, centros de jubilados y otros que incluyan el trabajo voluntario.

Conocer como es la red de apoyo con la que cuanta la familia posibilitará encontrar alternativas creativas, flexibles y adecuadas al contexto de la familia, ayudando así a menguar la carga que percibe el CP de su familiar mayor.

Para cada uno de estos niveles de apoyo, se deberá contemplar la necesidad de implementar programas o intervenciones que en aras de ayudar a la familia en la atención y cuidado de su familiar mayor enfermo, se minimice la vulnerabilidad social y de salud no solo del AM sino de la familia en conjunto.

4.7. Intervenciones de atención y cuidado del AM.

Disciplinas como la psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables que se presentan en esta etapa del ciclo vital y por favorecer al desarrollo de teorías e instrumentos que conformen un abordaje integral al AM.

En lo que respecta a la psicología, se pretende contribuya con el diseño de evaluaciones e intervenciones validadas, que permitan una metodología científicamente comprobada en la implementación de programas de intervención, que apunten a necesidades propias de la población mayor y del contexto familiar y social que lo rodea.

Además, estas propuestas deben tener en cuenta emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación (Rodríguez, Valderrama y Molina, 2010). De tal forma que por ello se puede observar que la mayoría de los estudios dirigen sus objetivos a medir la eficacia de intervenciones psicológicas en relación con la salud del AM, seguidas de las relacionadas con los cuidadores de estas personas y de variables psicológicas como tales.

En lo que respecta a las intervenciones psicológicas diseñadas para atender la salud del AM, sobresalen las de corte cognitivo conductual. Éstas intervenciones se han

implementado en situación de enfermedad crónico degenerativo para desarrollar el cuidado y autocontrol de paciente ante su padecimiento; aplicando técnicas de relajación y respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación, etc.; así como para influir en los cambios de variables psicológicas, tales como ansiedad, ira y la solución de problemas; dando resultado un locus de control interno mayor, más sensibilidad hacia su enfermedad, y la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa (Miguel, Cano, Casado y Escalona, 1994).

Este tipo de abordajes también han mostrado su efectividad en la implementación de mejoras en el tipo de dieta, activación física, consumo de tabaco, alcohol u otras conductas adictivas (Garcés, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002). Por otra parte, en los diseños de intervención dirigidos a los cuidadores de adultos mayores se destacan los de corte educativos en habilidades para que el cuidado sea eficiente, en especial con lo que se relaciona al trato y comunicación entre cuidador y AM.

El resultado del impacto de este tipo de intervenciones fue un aumento en la calidad de vida del cuidador sobre todo en lo relacionado con los ciclos de sueño, afrontamiento ante reacciones catastróficas del AM y comunicación con el paciente (Castellón y Rodríguez, 2004).

Con lo que respecta las variables psicológicas asociadas con el AM, se ha encontrado que el tema que más sobresale es calidad de vida y depresión, con énfasis en AM institucionalizado; mostrando nuevamente la eficacia de los abordajes de corte cognitivo conductual (Uribe, Padilla y Ramírez, 2004).

Como se puede apreciar, la implementación de intervenciones psicológicas con el objetivo de atender al AM y sus necesidades, muestra que son eficaces, conjuntamente de que dichos programas, en la mayoría de los casos, son apoyados por personal médico, asistencia sanitaria, terapia ocupacional, entre otras, además de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto.

Sin embargo, estas intervenciones solo implican al AM, lo cual genera una visión fragmentada del mismo. Por tanto, el diseño de programas de intervención debe contemplar también las fuentes de apoyo y las necesidades propias de esta población, resaltando que la calidad de vida de la mismo puede beneficiarse de la intervención sobre la redes de apoyo, es decir, del entorno social próximo, familiares, profesionales encargados del cuidado del AM, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros (Fernández, 1992).

Así entonces se posibilitan oportunidades para valorar y evaluar los nuevos diseños que se generen en la atención y cuidado del AM entre estas posibles coyunturas se puede mencionar que los programas de intervención permiten generar diferentes espacios de capacitación, contribuyen al desarrollo de estrategias de afrontamiento para los cambios de esta etapa de vida, y se convierten en un factor de protección para esta población.

Ante esto se abre la posibilidad de la mejora en la formación profesional y de técnicas para la atención de las necesidades de la población de personas mayores; es por ello que el psicólogo es el profesional imprescindible para dotar tanto a cuidadores como a demás profesionales de herramientas necesarias que viabilicen el trabajo con el AM y sus familias (Molina, Sánchez y Uribe, 2006).

En conclusión, cuando se habla de diseñar tratamientos para mejorar la atención, cuidado y calidad de vida del AM y su entorno, se debe tener en cuenta que las intervenciones tenderán a ser más efectivas en la medida en que se abarque al AM de forma integral y se implemente el trabajo transdisciplinario (Uribe, Molina y González, 2006).

4.7.1. Intervención sistémico familiar.

La intervención psicológica familiar ayuda a la familia a preparar cambios que pueden producirse tanto desde el exterior como desde el interior y contribuye a desarrollar

recursos psicológicos ante situaciones conflictivas que se presentan en las diferentes etapas de su desarrollo (Lauro, Jiménez y Silva, 2000).

Desde esta perspectiva teórica, se entiende por familia, a una organización social básica del ser humano. En sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es un espacio complejo y evolutivo determinada por condiciones socio políticas, económicas y culturales como ya se describe desde el inicio de este capítulo, que repercuten en el desarrollo de la sociedad y modos culturales de organización (Basso, De Jong y Paira, 2000).

Por otro lado, el elemento de configuración familiar tradicional característico que aún permanece en la sociedad actual, incide de alguna manera en la contención y estancia del familiar AM en el ámbito hogareño, pero para que este cuidado proporcionado al mayor ocurra de manera más o menos satisfactoria, se deben establecer una serie de condiciones tales como: nivel de independencia y de salud aceptables, edad, equilibrio psicosocial, ingreso económico y apoyos de gobierno (Salvarezza, 1998).

A su vez, en las familias es frecuente que se considere la figura de un cuidador domiciliario en la atención del AM, más aún cuando éste requiere de atenciones especiales por padecer algún tipo de enfermedad crónico degenerativa. En la cultura mexicana, por lo general este cuidado lo realiza un familiar y con menor probabilidad se contempla la internación en instituciones geriátricas. Para el familiar de edad mayor uno de los pilares fundamentales en el apoyo que recibe proviene de su familia, pues constituye un punto de referencia sumamente importante, en cuanto a confianza y sentido de seguridad que pueda percibir ya que la mayor parte de su vida la dedicó a su familia (Sánchez, 2000).

Sin embargo, el cuidado que se propina de manera diaria y a largo plazo a un familiar enfermo, aún si esta tarea se lleva a cabo de manera voluntaria, puede acarrear riesgos para la salud de la persona que la realiza, principalmente si toda la

responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la labor que desempeña el CP puede ocasionarle problemas de salud física como psicológica, como afirma Uribe (2006), si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental, no puede dar una atención de buena calidad (Austrich,2006).

Astudillo y Mendinueta (2008) explican sobre la necesidad de atender al CP para que éste pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario (Bayés, 2008).

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una parte fundamental en la atención que se brinde al enfermo, conformando la llamada triada terapéutica: equipo sanitario, enfermo y CP. Por lo que es evidente la necesidad de implementar trabajos multidisciplinarios, encaminados a apoyar a los cuidadores primarios, principalmente cuando existen experiencias documentadas sobre diferentes tipos de intervenciones que han demostrado su efectividad en diversos aspectos relativos a la persona enferma como al propio cuidador, siempre y cuando estas intervenciones tengan en cuenta su adaptación de acuerdo a las características y necesidades específicas de cada cuidador (Sánchez, 2000; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009).

En relación a ello se han desarrollado intervenciones psicoeducativas (Losada, Peñacoba, Márquez, Cigarán, 2009), de soporte emocional, dirigidas al sentimiento de sobrecarga, de asistencia práctica, y multicomponentes que conlleva el cuido de un AM. Sin embargo no todas han realizado una evaluación de las intervenciones, por lo que es difícil es conocer la eficacia y la efectividad de la intervención, y por consiguiente la adecuación de la misma a las demandas de las personas que participen de ella. Aun así en ellas se destaca que la implicación activa de los cuidadores y más aún de la unidad familiar puede tener efectos positivos en el cuidador familiar y el enfermo (Ostwald, Hpburn y Burns, 2003; Pinquart, y Sörensen, 2006).

Por ello la atención sanitaria orientada al sistema familiar con un paciente AM con un padecimiento crónico degenerativo sería diferente al enfoque tradicional biomédico porque atendería de manera global a las necesidades de toda la familia (Camdessus, 1995; Duran, Valderrama, Uribe y González, 2012). Ello incluye el apoyo emocional, la orientación psicológica y los programas educacionales sobre la enfermedad para el enfermo y la familia. Ostwald, et.al., (2003) desarrollaron un programa dirigido a toda la familia, haciéndoles partícipes de la situación de cuidado, para así encontrar ayuda y soporte tanto para el cuidador principal como para el enfermo.

Estos autores afirman que al incluir a la familia en su totalidad en un programa psicoeducativo y psicoterapéutico, combinando información y entrenamiento para el manejo del comportamiento, así como prestar atención a la cohesión familiar existente, tiene efectos positivos en los cuidadores primarios y en los pacientes. Se debe ayudar al cuidador y al resto de los familiares a entender el proceso de la enfermedad y del proceso de envejecimiento de su familiar, cambiar el enfoque hacia el paciente y alterar el medio en el que ellos interactúan (Peisah, 2006).

Por desgracia, el escepticismo profesional acerca de la eficacia de este tipo de intervenciones hace que la mayoría los programas que se diseñan no estén dirigidos hacia el sistema familiar (Ostwald, et.al., 2003). Aunque también es innegable que lograr el compromiso de toda la familia para que asista y participe en las sesiones, es una empresa difícil de alcanzar. Sin embargo, el hecho de mantener a los familiares sentados en una misma sala, escuchándose respetuosamente los unos a los otros, tiene un efecto terapéutico y ayuda a las familias (Asen y Tomson, 1997).

Desarrollar una intervención desde el enfoque sistémico dirigida a la atención y cuidado del AM con DM2 y su familia, plantea una premisa pertinente de tomar en cuenta, porque con la presencia de una enfermedad, la estructura y la dinámica de la familia se ven alteradas. La comunicación, las relaciones familiares, el rol familiar, el sentido de pertenencia familiar, el afrontamiento de los conflictos, los valores familiares y el significado que atribuyen a la enfermedad, son aspectos que influyen en el cuidado

prestado a la persona enferma y que deben ser valorados con un enfoque sistémico de la familia (ver fig. 12).

Fig. 12. Aspectos a ser valorados desde la perspectiva sistémica ante la presencia de la enfermedad en la familia (Pérez, Espinosa y Mercado; 2011).

Este enfoque considera a la familia como un todo y al buen funcionamiento familiar como una variable importante dentro del proceso de cuidado que se brinde a un miembro con un padecimiento crónico, ya que influye tanto en la familia cuidadora como en la persona que recibe el cuidado (Grey, Knalf y McCorkle, 2006). A la vez el funcionamiento familiar, se asocia con un buen soporte social, una buena adecuación de los recursos, la habilidad de encontrar un significado positivo a la experiencia y con menos situaciones estresantes (Kanfl y Gilliss, 2002).

Ante esta realidad, los profesionales de la salud necesitan proporcionar una atención no sólo al enfermo y el cuidador sino a toda la unidad familiar. Sluzki (1995), en relación a la importancia de mirar a la familia en su conjunto y no solo al enfermo o al cuidador de forma descontextualizada, menciona que tener una red social personal sólida, en esta caso particular la familia, sin importar el número de miembros que por ella

esté conformado, trae beneficios en la salud del individuo, promueve su recuperación de enfermedades padecidas y reduce el estrés percibido ante las crisis de la vida cotidiana.

El autor fundamenta esta afirmación en dos aspectos principales: que la red social (familia) puede ser promotora de actividades relacionadas con la salud y que esta red ofrece en sí misma una razón para vivir, lo que otorga sentido de vida al individuo dándole un rol y estatus.

Por el contrario, carecer de una red social o que esta red sea pobre en cuanto a la fortaleza de sus vínculos es un factor de riesgo que trae consecuencias negativas para la salud. Al mismo tiempo, existe una relación entre el estar enfermo (sobretodo enfermedades crónicas) y la reducción de dicha red, misma que crea un círculo recursivo negativo que responde principalmente a los siguientes factores:

La enfermedad reduce la actividad y al reducir la actividad con los miembros de la red se debilitan los vínculos. Aminora la reciprocidad que existe en las relaciones cotidianas: para la persona enferma será una dificultad poder relacionarse de la misma manera que los demás miembros sanos. A lo largo del proceso de cuidar al enfermo, si la enfermedad es crónica, posiblemente se dificulte visualizar mejoras o estas podrían incluso pasarse por alto, favoreciendo los sentimientos de frustración y desanimo. Por ello la insistencia que las intervenciones tengan a la familia como foco principal de atención y no de forma individualizada al enfermo o al cuidador.

Finalmente, es necesario además conocer la vivencia que tiene la familia de la enfermedad, comprender el rol que en ella tiene cada uno de sus miembros, los efectos que la enfermedad tiene sobre toda la familia y averiguar las necesidades, así como las preocupaciones familiares. Todo ello proporcionará un método de evaluación sistémico para los profesionales sanitarios y facilitará el desarrollo de programas e intervenciones adecuadas a las necesidades de la familia en su conjunto.

MÉTODO

Planteamiento del problema

El aumento de la esperanza de vida derivado de los avances científicos que caracterizan esta época, acarrea consigo ciertas problemáticas que deben ser resueltas y atendidas de manera pertinente. En México, la esperanza de vida es de 77 años (77 para mujeres, 72 para hombres) y se espera que para el año 2050 sea de 80 años (INEGI, 2010).

México aún no es un país con población envejecida, pero en pocas décadas lo será; este proceso de envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto. Al mismo tiempo, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en enfermedades crónicas degenerativas (CoNaPo, 2010). Estos padecimientos son de más larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y fármacos costosos, además de asociarse a periodos de hospitalización prolongados (ENASEM, 2012).

Las cinco principales causas de muerte de las personas de la tercera edad (en ambos sexos) son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus, las enfermedades digestivas y las respiratorias. Esta tendencia se acentuará en el futuro, razón por la cual, los costos de la atención a la salud de los AM se incrementarán (ENASEM, 2012).

Aunado a lo anterior, en nuestro país el cuidado a la vejez recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los AM puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional (Sánchez, 2000).

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una parte fundamental en la atención que se brinde al enfermo; por lo que es evidente la necesidad de implementar trabajos multidisciplinarios, encaminados para apoyar a los

cuidadores primarios y la familia en general en donde habita el AM (Sánchez, 2000; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009).

Ante este contexto es necesario que los AM, logren y mantengan el bienestar general y la calidad de vida mediante las adaptaciones que esta etapa de vida requiere, con un envejecimiento exitoso, optimizando algunas capacidades físicas y el compromiso activo con la vida (Quintanar, 2003).

Por ello, uno de los objetivos en la atención de las necesidades de este grupo etario reside en la prevención y promoción de un envejecimiento saludable, caracterizado por una percepción positiva de su calidad de vida, así como en el fortalecimiento de las actividades que le brinden autonomía, independencia y autoeficacia en sus actividades cotidianas; así como el fortalecimiento de sus vínculos cercanos: contexto familiar, laboral, social recreativo, social comunitario; relacionado con actividades que generen su participación activa y no de tipo asistencial (Salvarezza, 1998).

De igual manera, las políticas públicas de desarrollo social han tomado este concepto de calidad de vida, para la revisión, modificación e implementación de legislaciones (Plan Nacional de Desarrollo de México 2012 -2018), con el intento de atender las necesidades específicas de la población de 60 años y más, como eje conductor de los programas o intervenciones que se desarrollen (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

Dentro de estas políticas están el reforzar diseños metodológicos de intervención que permitan detener el avance de las enfermedades crónico degenerativas, particularmente en los AM y atacar los factores de riesgo de la población en general; debido que las condiciones de salud y el estado funcional de los AM de nuestro país muestran que tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y el uso de los servicios de salud.

Los gastos hospitalarios generados en la atención a este grupo poblacional se han acrecentado y los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en

salubridad que el promedio; además, debido a la presencia de enfermedad en muchos de estos AM, se puede prever un mayor riesgo de discapacidad y dependencia, lo cual significa conjuntamente que el envejecimiento representará un reto para el Sistema Nacional de Salud y para la población. Por tal motivo, los programas de promoción y prevención de la salud deben tener por objetivo la detección oportuna de las enfermedades para lograr que los años adicionales de vida en la vejez se cursen en buenas condiciones, con calidad de vida y sin discapacidad (Manrique-Espinoza, Salinas, Moreno, 2013).

De acuerdo a esto, en la presente investigación se desarrollaron dos programas de tratamiento, para ayudar a la familia a cumplir con su función cuidadora de un AM que padece DM2, analizando, modificando o reforzando capacidades y recursos del sistema familiar: un primer tratamiento diseñado desde la terapia familiar sistémica, usando el modelo estructural (Minuchin, 1974) y el modelo de la narrativa (White, 1994); y otro desde la psicoeducación para la salud a través de la biblioterapia, basada en la teoría del aprendizaje significativo (Ausubel, 1983).

Por otro lado, en lo que respecta al AM con DM2, ambas intervenciones buscaron mayor autonomía y autoeficacia ante su enfermedad (Bandura, 1999), pues con ello se estaría trabajando hacia el envejecimiento saludable; caracterizado por la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad psicológica para la adaptación, y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales (Morales y Bravo, 2006), incidiendo en la percepción de una mejor calidad de vida.

La intervención también focalizó su interés con relación en los familiares con el rol de CP, tomando en cuenta el modelo biopsicosocial de atención al mismo; el cual ayuda a distinguir entre la sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben de ser suplidas o asistidas por el cuidador; y la sobrecarga subjetiva la cual hacen referencia al impacto

emocional y a sus consecuencias sobre la persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión y somatización (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Por tal razón, ambas intervenciones contemplaron también aminorar la carga del CP, al equilibrar y distribuir el grado de responsabilidad de cuidado entre los demás miembros de la familia. El desarrollo de los dos programas, que conformaron la intervención familiar, estuvo basado en tres perspectivas teóricas:

1. *La perspectiva psicogerontológica*, que explica el proceso del envejecimiento como un evento dinámico que se da por la interacción entre el programa genético de cada individuo y el entorno del contexto social y ambiental del individuo (Hernando, 2006).
2. *La perspectiva social* de la psicología de la salud, que insta hacia la prevención y promoción de estilos de vida saludable, a través de la educación para la salud, desde tres esferas de interacción del individuo: biológico, psicológico y social (Mataratzzo, 1983; Montesinos, 1999).
3. *La perspectiva sistémica*, que tiene a la familia como unidad de análisis e intervención. Esta señala que para lograr un buen estado de salud es indispensable el cumplimiento de las funciones familiares, ya que éstas garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida que cada persona tendrá que enfrentar (Navarro, 2004) (ver fig. 13).

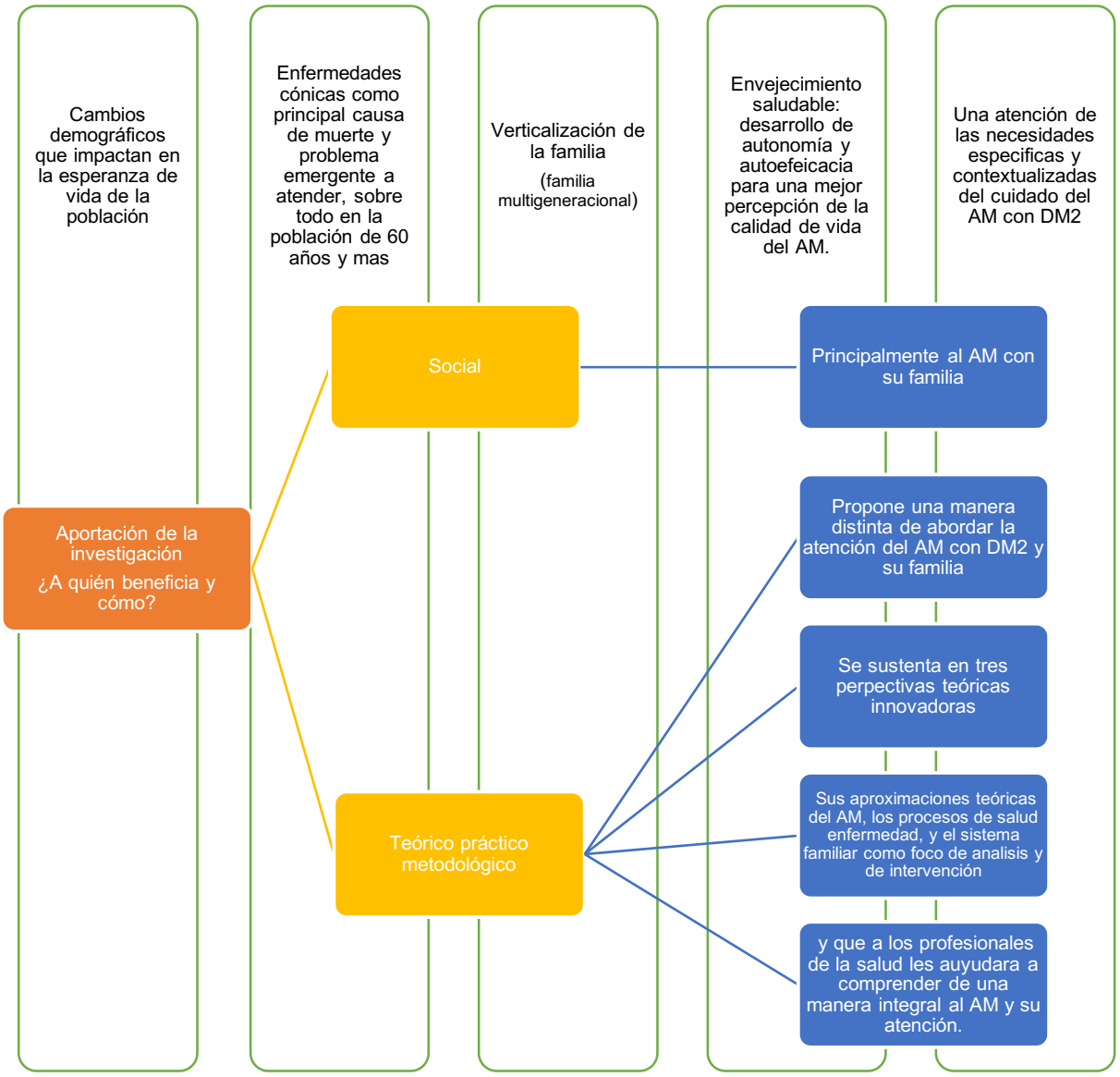


Fig. 13.- Problematización contextual, relevancia teórico práctico metodológica y pertinencia social del objeto de la investigación (Fuente de elaboración propia).

Por ello, las preguntas de investigación que articuló el presente proyecto de investigación se describe de la siguiente manera:

- ¿Cuál de los dos programas de intervención familiar dirigidos a mejorar la calidad de vida y la autoeficacia de AM con DM2 mostró ser más eficaz?
- ¿Cuál de los dos programas de intervención familiar dirigidos a regular la sobrecarga del familiar cuidador principal, mostró ser más eficaz?

- ¿Cuál de los dos programas de intervención familiar dirigidos a establece cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional; mostro ser más eficaz?

Así entonces, los objetivos de esta investigación se describen a continuación:

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación fue desarrollar, evaluar y comparar la eficacia de dos programas de tratamiento familiar (uno de corte sistémico y otro de corte psicoeducativo), que tuvieron como objetivo mejorar la calidad de vida y autoeficacia del AM con DM2, regular la sobrecarga del familiar cuidador principal, así como establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional.

Para tal efecto se plantearon los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

Objetivos específicos

a) Identificar a familias con AM que padecen DM2 con síndrome metabólico.
b) Llevar a rangos de control después del tratamiento los siguientes indicadores metabólicos: hemoglobina glucosilada (HbA1c), glucosa, colesterol, triglicéridos y presión arterial.
c) Mejorar con el tratamiento la calidad de vida del AM.
d) Aumentar la autoeficacia del AM con DM2.
e) Disminuir la sobrecarga del familiar que ha sido designado por la familia. para ejercer el cuidado principal al AM con DM2.
f) Establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional, reflejados en un mejor cuidado y atención del AM.
g) Comparar el grado de efectividad de ambos programas desarrollados, a través de las mediciones a cada variable en un pre y pos test y seguimiento.

Hipótesis

a) La participación en una intervención familiar; una de corte terapéutico sistémico (ISFC-AM) y otra psicoeducativa basada en al biblioterapia (BIBLIOFAM), influye

para alcanzar rangos de control de los indicadores metabólicos: hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol, triglicéridos y presión arterial del AM con DM2.

b) La participación de un AM con DM2 en una intervención familiar. Mejora significativamente la calidad de vida en lo referente a satisfacción con el estado de salud: física y psicológica, al comparar las mediciones iniciales de las variables dependientes, con las posteriores al tratamiento y seguimiento
c) La participación en una intervención familiar. Mejora significativamente la autoeficacia del AM con DM2 en lo referente a las actividades recreativas, sociales y de protección de la salud, al comparar las mediciones iniciales de las variables dependientes, con las posteriores al tratamiento y seguimiento
d) La participación en una intervención familiar, regula significativamente la sobrecarga del familiar designado para ejercer el cuidado principal, al comparar las mediciones iniciales de las variables dependientes, con las posteriores al tratamiento y seguimiento
e) La participación en una intervención familiar, establece cambios para el desarrollo de una estructura familiar más funcional. al comparar las mediciones iniciales de las variables dependientes, con las posteriores al tratamiento y seguimiento.
f) El programa basado en la terapia familiar sistémica (ISFC-AM), demuestra mayor efectividad en comparación al programa basado en la biblioterapia (BIBLIOFAM). A través de las mediciones a cada variable en un pre-pos test y seguimiento.

Variables

Variable independiente:

a) ISFC-AM y la BIBLIOFAM.

Variables dependientes:

a) Indicadores metabólicos del AM.
b) Calidad de vida del AM.
c) Autoeficacia general del AM.
d) Sobrecarga del cuidador principal.
e) Configuración familiar.

El desarrollo de esta investigación conllevó tres estudios:

1. Diseño de las intervenciones familiares en sus dos modalidades.
2. La implementación y evaluación de la intervención con base en la terapia sistémica: *ISFC-AM.*
3. La implementación y evaluación de la intervención con base en la biblioterapia: *BIBLIOFAM.*

En seguida se describe cada uno de los tres estudios realizados:

Primer estudio: Diseño de la intervención familiar en sus dos modalidades.

Objetivo

Diseñar dos tratamientos de abordaje familiar: la ISFC-AM y la BIBLIOFAM; uno desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica y otro de corte psicoeducativo.

Método

A continuación se explica el procedimiento de construcción del diseño de los dos tratamientos, que se elaboraron para efectos de esta investigación. Posteriormente se describe de manera detallada en que consistió cada uno de los tratamientos.

Para el procedimiento de construcción de la ISFC-AM (ver fig. 14), primeramente se hizo una revisión del estado del arte, en relación a investigaciones que mostraran la efectividad de intervenciones diseñadas desde la perspectiva sistémica para el abordaje de la enfermedad crónica en el AM. Se revisaron los hallazgos y las recomendaciones para futuras investigaciones.

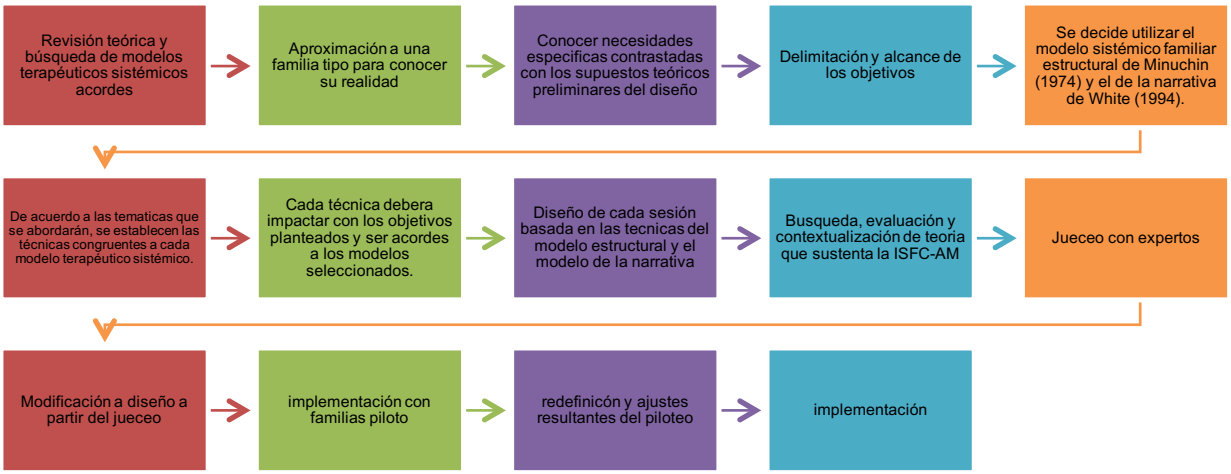


Fig. 14. Proceso en la construcción de la *ISFC-AM*.

A la par se consultaron fuentes teóricas de los modelos terapéuticos sistémicos que fueran más acordes para los objetivos que se planteaban en la investigación; esto conllevó también la búsqueda de instrumentos, confiables y válidos en población mexicana que evaluaran las variables propuestas en el diseño de investigación. Se llevó a cabo la exploración en una familia tipo para conocer si eran congruentes los objetivos que se planteaban, y así conocer las necesidades específicas de una familia en contexto psicogerontológico con procesos de cuidado y atención al AM con DM2; esto trajo una mayor delimitación y alcance de los objetivos, lo que ayudó a tomar la decisión por cual modelos terapéuticos utilizar para el diseño de la intervención (modelo estructural de Minuchin, 1974 y la terapia narrativa de White, 1994).

Se establecieron las temáticas que se abordarían así como el número de sesiones y en donde se establecía el objetivo por cada una, las técnicas para llevarlas a cabo, las metas y los indicadores que evidenciarían el logro del objetivo planteado. Como resultado de ello se construyo una carta descriptiva (ver apéndice 10).

Esta carta descriptiva se envió a expertos en la terapia familiar sistémica, para que evaluaran el diseño de la intervención y desde una visión objetiva, se hicieran recomendaciones y observaciones que sirvieran para hacer las mejoras necesarias.

Estas recomendaciones fueron en relación a las temáticas especificas a abordar, el tipo de técnicas aplicadas y el orden en el cual se presentarían para buscar mayor congruencia. A partir de estas encomiendas se mejoró el diseño y se implementó el piloteo de la ISFC-AM a partir de los resultados se llevaron a cabo más ajustes, los cuales consistieron en la disminución de instrumentos de evaluación al AM y la reducción en el tiempo de aplicación, de tal forma que finalmente la aplicación de la ISFC-AM fue mejorada para las siguientes familias; y son los resultados que se presentan en el segundo estudio: Evaluación de la ISFC-AM.

Con lo que corresponde a la construcción de la BIBLIOFAM, el proceso fue semejante a la ISFC-AM, con la diferencia que el desarrollo fue posterior; es decir que con base en lo diseñado de la ISFC-AM se llevó a cabo el procedimiento de la segunda intervención: las temáticas y número de sesiones fueron exactamente los mismos (ver fig. 15).

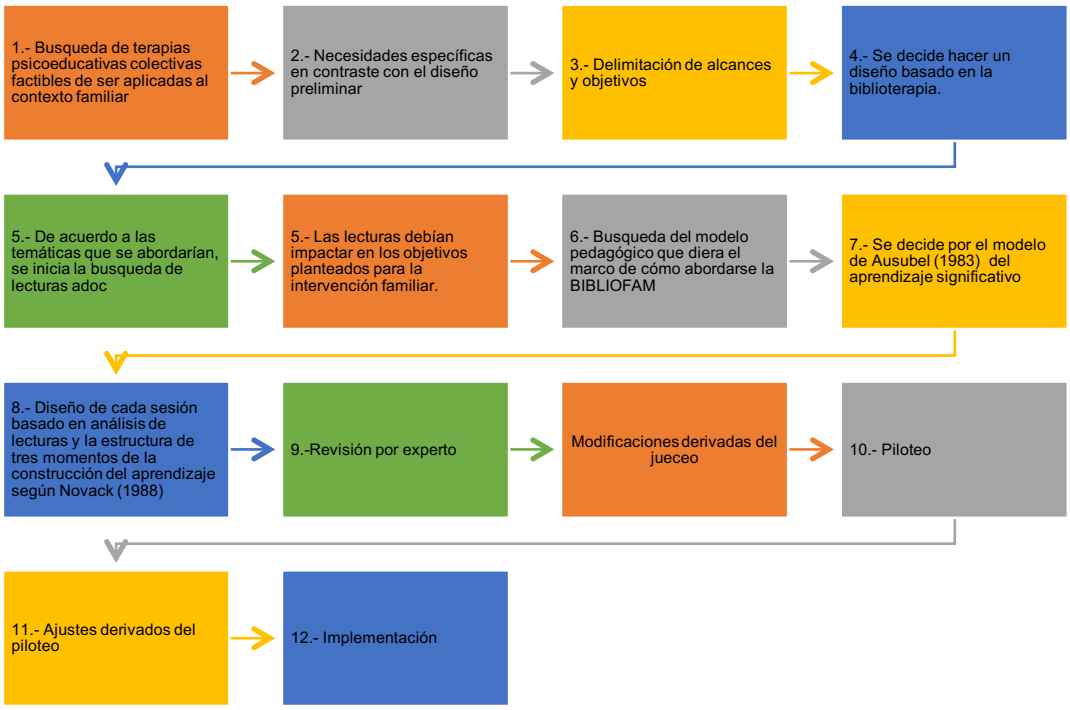


Fig. 15. Proceso de construcción del diseño de la *BIBLIOFAM.*

También se realizó una búsqueda bibliográfica de intervenciones psicoeducativas colectivas factibles de ser aplicadas en un contexto familiar, y con ello se inició el bosquejo de la intervención; decidiendo la utilización de la biblioterapia basada en las teorías de aprendizaje de Ausubel (1983).

Se hizo una búsqueda de lecturas adecuadas a las temáticas que se abordarían que fueran de fácil entendimiento, es decir en un léxico no altamente científico, pero si detalladamente informativo, para que fueran congruentes con los objetivos que se persiguieron en cada sesión de igual manera también de este trabajo se obtuvo una carta descriptiva (ver apéndice 10ª) la cual estuvo bajo jueceo de experto en técnicas educativas y de psicología de la salud. Estas consintieron en determinar el tipo de lectura y material adecuado, sin ser excesivo y que fuera atractivo para llevarse a cabo, así también esto ayudo a la redefinición más clara de cada sesión, y fue entonces que se implementó en una familia tipo para realizar su piloteo. Lo cual trajo más observaciones y revisiones para redefinir el diseño, en especifico se decidió omitir en este tratamiento la utilización del genograma por ser una herramienta propiamente de la terapia sistémica, y finalmente se aplicó a más familias ya con las mejoras hechas; cuyos resultados se presentan en el tercer estudio de este trabajo: Evaluación de la BIBLIOFAM.

Procedimiento

Cada tratamiento estuvo constituido por tres etapas:

1.- Admisión / Evaluación.

Aplicación de los instrumentos de evaluación para cada participante: AM, CP y FAM.

2.- Tratamiento.

Constituido por 6 sesiones con temáticas específicas.

Temáticas:

Para ambos tratamientos las temáticas que se definieron y abordaron fueron las siguientes:

- Cuidado y autocuidado del AM con DM2 (Sesión 3).
- Comunicación familiar (Sesión 4).
- Recursos de la familia (Sesión 5.)
- Reestructuración familiar (Sesión 6).
- Collage familiar (Sesión 7).
- La graduación (Sesión 8).

Cada una de estas temáticas se abordaron de manera trasversal desde las tres perspectivas teóricas que fundamentan la investigación y que ya fueron descritas con anterioridad: la Psicogerontología, la Psicología Social de la salud y la Perspectiva Sistémica; con las particularidades que diferencian cada tratamiento, que el primero se basa en la terapia sistémica y el segundo en la biblioterapia, pero sin perder el objetivo del proceso terapéutico con AM, el cual radica en trabajar con las relaciones que mantiene con su familia, para detectar los aspectos más vulnerables o disfuncionales y así poder introducir algún cambio de manera que se transforme en una fuente de bienestar y apoyo.

3.- Seguimiento.

Este se llevó a cabo a los tres meses terminado el tratamiento se monitoreó los indicadores metabólicos del AM, y se aplicaron los instrumentos de medición al AM, el CP y la FAM.

Instrumentos:

De igual forma los instrumentos que se utilizaron para realizar las evaluaciones previas y posteriores a los tratamientos fueron los siguientes:

Ficha de identificación (diseñado específicamente para esta investigación). Este formato sirvió para la obtener información general de la familia participante tal como: dirección, teléfono, horarios para realizar la intervención (ver apéndice 1).

Cuestionario de preselección (diseñado específicamente para esta investigación). Recogió información general del AM y su familia sobre aspectos del padecimiento. Consistió en cinco preguntas en las cuales se contestaba con Sí o No. Si la familia participante respondía a todas que Sí, se consideraba candidata a participar en la intervención; con excepción de la pregunta número cuatro. La pregunta cuatro tenía que ver con algún impedimento por parte del AM para poder participar, si este era el caso se refirió a otro nivel de atención (Ver Apéndice 2).

Entrevista de Carga del Cuidador Zarit (ECCZ, Monitorio, Izal, López y Sánchez, 1998*).* La aplicación de la ECCZ, tuvo como objetivo medir la carga percibida por el propio cuidador. Este instrumento consta de 22 ítems cuya opción de respuesta es a través una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones.

Las dimensiones que evalúa son: impacto del cuidado, relación interpersonal cuidador paciente y expectativas de autoeficacia.

De acuerdo al estudio realizado por González – Celis (s. f), su validación se llevó a cabo al analizar la estructura del instrumento por medio de un análisis factorial forzado a tres factores, lo que dio como resultado que se obtuviera un α=.94, para el primer factor *impacto del cuidado*; α=.91 para el segundo *relación cuidador paciente*; y α=.67 para el tercero *expectativas de autoeficacia* (ver apéndice 4*).* Esta herramienta presenta un coeficiente de correlación (CCI) 0,71-0,85; tiene un Alfa de Cronbach de 0,93; y una r de Pearson de 0.71.

Evaluación de calidad de vida en población de adultos mayores en México (WHOQOL, González – Celis, 2010). La evaluación de calidad de vida del AM se realizó con el objetivo de conocer sus facetas individuales o dimensiones de: salud física, independencia, salud psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad. Cada dimensión consta de diez items. El instrumento aplicado tiene una validez concurrente, con la correlación entre la medida total de CV arrojada por el WHOQOL-100

y el bienestar general subjetivo de adultos mayores obtenido con la escala de bienestar subjetivo (PGC), siendo de r=.87 (p<.0001).

También se examinó la validez concurrente a través de la asociación entre CV y la actitud hacia su propio envejecimiento en los adultos mayores, donde existió una correlación positiva entre ambos (r=.400;*p<.0001*), teniendo con ello que la actitud positiva hacia el envejecimiento se asoció con una mejor CV; por ello este instrumento se aplicó al AM (ver apéndice 5).

Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos Mexicanos (AeRAC González-Celis, 2009). La medición de la autoeficacia para la realización de actividades cotidianas del AM tiene como objetivo evaluar las actividades recreativas, sociales y de protección de la salud de los AM.

Este instrumento contempla las dimensiones de actividad de independencia, actividades recreativas pasivas, actividades recreativas activas, actividades sociales, actividades de protección a la salud, con un total de 24 ítems. Las opciones de respuesta están dadas por una escala tipo Likert y van desde completamente, con una puntuación de 100, a nada, con una puntuación de 0. Tiene un alfa de Cronbach de 0.8454 y un coeficiente de correlación r de Pearson de 0.612. Este instrumento se aplicó al AM (ver apéndice 6).

Escala de Funcionamiento Familiar (EFF García, Rivera, Reyes-Lagunes, Díaz-Loving, 2006). Este instrumento tuvo como objetivo evaluar las interacciones, la organización y la forma en que funcionan las familias, donde la acción y la reacción de un individuo propician movimientos en los demás integrantes.

Las dimensiones que contempla esta escala son ambiente familiar positivo, cohesión/ reglas familiares, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos. Con un total de 45 items, con base en una escala tipo Likert y van desde: nunca, con una puntuación de 1 y siempre con una puntuación de 5.

Su validación se da en la agrupación de los cuatro factores que explican el 56% de la varianza total, con una Alpha de Cronbach de .8533 (ver apéndice7). Este instrumento fue contestado en consenso por todos los participantes.

Características particulares de cada tratamiento

La Intervención Sistémico Familiar para el Cuidado del AM (ISFC-AM).

*L*a ISFC-AM, basada en el modelo de Minuchin (1974) establece la necesidad de contemplar el contexto social en el que interactúa el individuo, para lograr entender la problemática que la familia manifiesta. La terapia orientada en este sentido se basa en tres axiomas:

- El contexto afecta a los procesos internos del individuo y su familia.
- Las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo en varios niveles.
- La conducta del terapeuta es significante en el cambio (forman un nuevo sistema terapéutico).

La experiencia individual depende de las características de idiosincrasia del individuo en el contexto de su vida. La patología puede ser vista desde distintas perspectivas, pero siempre influirá el contexto social en todas ellas. La terapia estructural de familia busca el cambio del individuo de forma conjunta con su contexto.

Esta terapia se centra en el resultado de la mezcla de las circunstancias y las personas implicadas (familia). La terapia estructural familiar recurre a técnicas para alterar el contexto inmediato, por lo que la estructura y funcionamiento dentro de la familia se ven afectadas a causa de ese cambio, así se modifica la experiencia personal de cada integrante.

En la terapia familiar estructural, el terapeuta se asocia a la familia buscando cambiar la organización de la experiencia familiar; el terapeuta no cambia a la familia sino que le da una nueva perspectiva que ayuda a reorganizarse. La terapia estructural es una terapia de acción, busca modificar el presente; así la familia y el terapeuta crean un nuevo sistema para superar la organización actual, cambiando la posición de sus miembros.

Por su parte la terapia narrativa de White (1994) en la que también se basa la ISFC-AM, es un estilo que describe la terapia como el proceso por el cual el terapeuta y el sistema familiar co-construyen relatos novedosos o diferentes, con mejores alternativas. El modelo terapéutico de la narrativa postula que las personas se expresan contando historias, todas las personas expresan todo aquello que les pasa a través de los relatos que hacen de sus narraciones. Sus historias no son la verdad en sí, sino una lectura de todas las lecturas posibles. Todos los relatos son construcciones de los sistemas de creencias; por ello siempre se puede construir un relato alternativo al que trae el paciente o familia, porque todo relato es una construcción subjetiva.

El terapeuta así entonces, prestará fundamental atención a la construcción que la familia hace del problema, esa construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que trae a la consulta. El trabajo del terapeuta se orientará a que la persona pueda construir la realidad de una manera diferente. Existen construcciones potenciales que se pueden desarrollar a partir del diálogo conjunto paciente/terapeuta o familia/terapeuta que podrán facilitar a la persona un mayor desarrollo o un uso de potencialidades aun no aprovechadas.

La Intervención Biblioterapéutica Familiar para el Cuidado del AM (BIBLIOFAM).

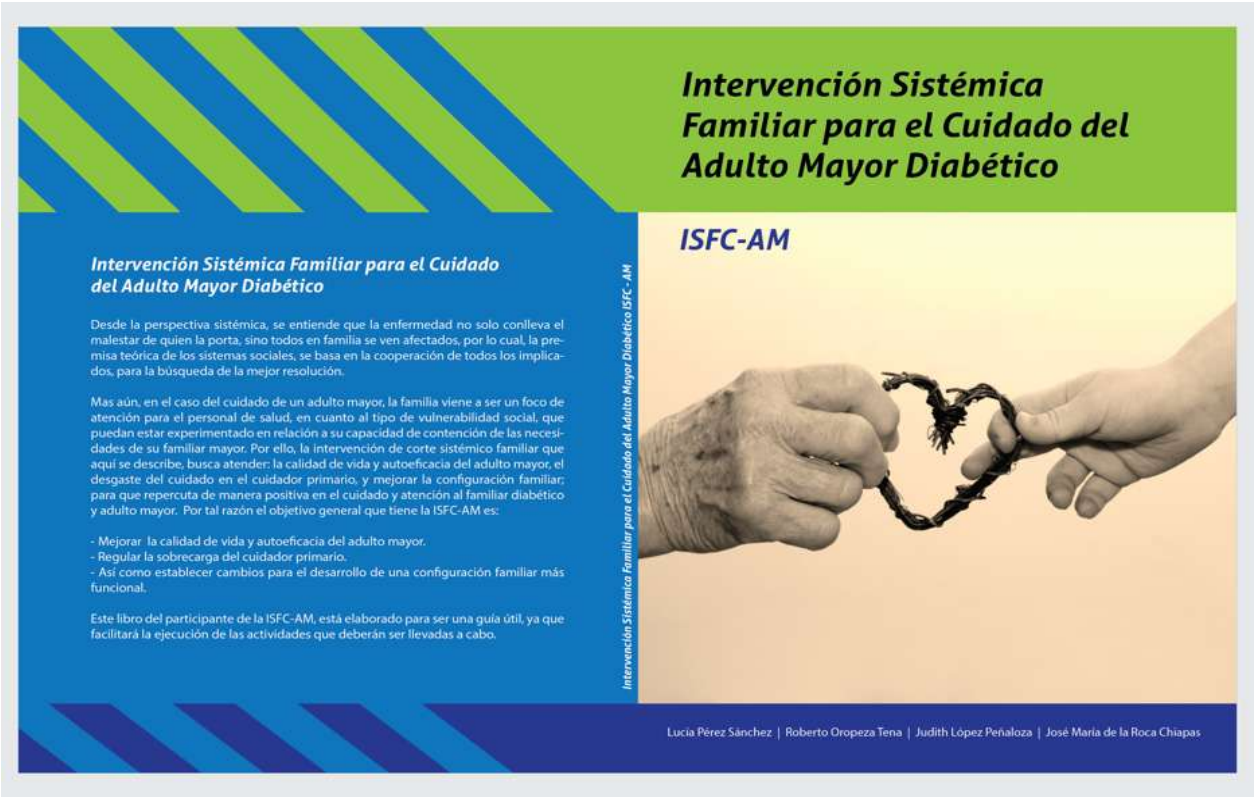
Con lo que respecta a la BIBLIOFAM, está basada en la biblioterapia, la cual tiene su objetivo principal la psicoeducación; con el diseño de actividades terapéuticas en que se utiliza la lectura de textos verbales y no verbales, en las formas de expresión y de otros objetos lúdicos como coadyuvante en los tratamiento psicológicos.

Así mismo la BIBLIOFAM, tiene su fundamento teórico en Ausubel (1983), que se basa en procesos cognitivos, es decir la forma en cómo el individuo estructura sus conocimientos, y como les otorga significados relevantes y acordes a sus experiencias previas. Los elementos esenciales que aporta esta teoría son: la interdependencia positiva, responsabilidad individual y grupal, interacción estimuladora, habilidades interpersonales y grupales; por estar sostenido desde lo social y el sociocultural dialógico.

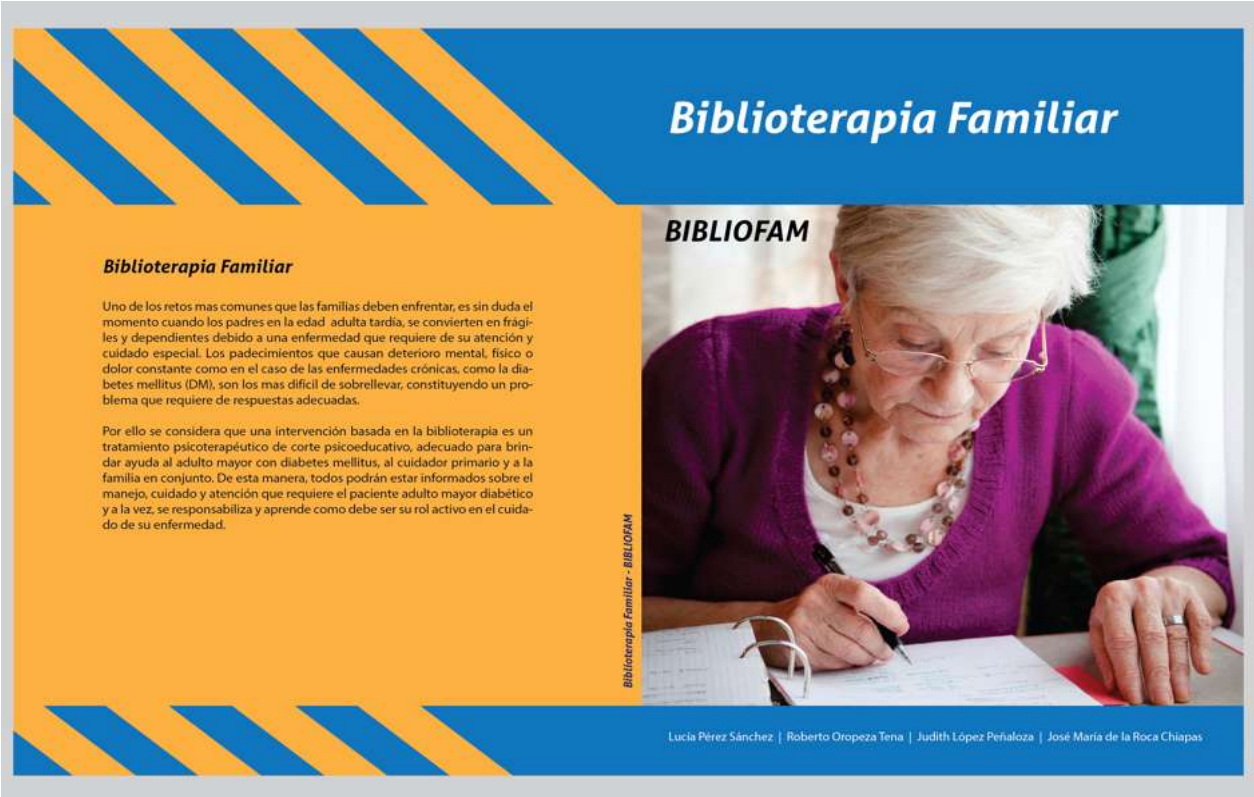
Los valores que se generan con el aprendizaje significativo en el plano social son: la valoración y autoestima personal, ya que desarrollan una imagen de sí más positiva, desarrollo del interés y de la motivación intrínseca hacia el aprendizaje, inducida por los procesos interpersonales del grupo, expectativas de éxito futuro basadas en la atribución causal a sus capacidades y esfuerzos, saber comunicarse de forma eficaz y satisfactoria, actitud más positiva hacia los otros: respeto y valoración, confianza y colaboración, solidaridad y empatía, saber actuar eficazmente en un grupo, desarrollo de la responsabilidad frente a los demás y frente a su propio aprendizaje, integración de los miembros con más dificultades.

Resultados

El resultado derivado de este primer estudio fue la elaboración de dos manuales de tratamiento denominados: *LIBROS DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ISFC-AM y BIBLIOFAM* (ver imagen 1 y 2); que como características poseen la explicación precisa de su utilidad en el trascurso de cada programa de tratamiento. También detallan cada una de las etapas en las que está conformada cada intervención, la temática y actividades a realizar por sesión, así como la inclusión de cada instrumento que debe ser utilizado. Con estos manuales se trabajó con las familias que conformaron la muestra de esta investigación y que constituyen los siguientes estudios que a continuación se describen.



Portada de manual para la *ISFC-AM.*



Portada de manual para la *BIBLIOFAM.*

Segundo estudio: Evaluación de la *ISFC-AM*

Objetivo

Evaluar la ISFC-AM, en relación a la mejora de la calidad de vida y autoeficacia del AM con DM2, la regulación de la sobrecarga del CP, y el desarrollo de una configuración familiar más funcional, que repercute en el cuidado y atención del AM.

Método

Participantes

El grupo de estudio incluyó cinco familias que tuvieran bajo su responsabilidad el cuidado de un AM con DM2, sin antecedentes de haber participado en ningún tratamiento de índole psicoterapéutico familiar. Las características de las familias participantes a continuación se describen:

Tabla 6.- Características de las familias participantes

Características de las familias participantes de la ISFC-AM			
Participante	**AM**	**CP**	**FAM**
FS1	Edad 69 años. Hombre. Pensionado del IMSS. estudios hasta 6to. año de primaria. Trabajó como operador de autotransportes. Divorciado formalmente desde hace tres años, pero separado de su esposa desde hace cinco años. Casa propia y solvencia económica estable.	Hijo menor de tres. Edad 30 años. Profesionista nivel de posgrado. Profesor universitario. Soltero vive en departamento independiente pero junto a casa de su madre, a quien apoya económicamente.	Dos mujeres casadas, profesionistas y de buen nivel económico. Entre los tres hijos proveen atención a los dos padres.
FS2	Edad 68 años. Hombre. Pensionado del ISSSTE, que trabajo como profesor durante 40 años; buena solvencia económica. Vive en casa propia	Esposa, 60 años de edad, comerciante, se dedica a la venta de artesanías.	Hija menor viviendo en casa de los padres con su esposo y sus tres hijos. La nieta mayor de 21 años es quien acude a sesión.
FS3	Edad 89 años, Mujer. Condición económica precaria, estudios de nivel primaria, depende de la aportación de sus hijos y su esposo también AM, comerciante. Derechohabiente del ISSSTE, por una hija que trabaja como secretaria en gobierno del estado.	Nuera, 46 años, ama de casa dependiente de su esposo, trabaja de almacenista en empresa privada.	Dos hijas que vive en casa propia y trabajan como empleadas en oficinas de gobierno.

FS4	Edad 89 años, mujer vive en casa de hija mayor, separada desde hace 15 años, estabilidad económica.	Hija mayor, 40 años, profesionista trabaja en gobierno del estado.	Dos nietas que viven en la casa de la hija mayor, una de ellas trabajadora en comunicación social de la universidad del estado y la otra nieta en estudios universitarios.
FS5	Edad 70 años, mujer vive en casa de su hija mayor. Condición económica dependiente de hijos.	Hija mayor casada, 43 años, dedicada al hogar, condición económica estable; esposo ingeniero trabajador en gobierno del estado.	Dos nietas en nivel universitario.

Criterios de inclusión:

a) El AM con DM2.- Familiar mayor (60 años o más) con padecimiento diabético y que está bajo el cuidado de la familia.

b) El CP.- Pareja del AM o en su defecto el familiar identificado por la propia familia como el que lleva la responsabilidad del cuidado y atención del AM con DM2.

c) Dos miembros de la familia.- Familiares que fueron designados por la propia familia y que no hubieran sido previamente identificados como CP.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestro fue no probabilístico por conveniencia, y para el reclutamiento de los participantes se utilizó el procedimiento de bola de nieve.

Diseño:

Estudio de caso único con replica o N=1 (León y Montero, 2002).

Instrumentos:

Ficha de identificación, Cuestionario de preselección, Entrevista de carga del cuidador Zarit (ECCZ), Evaluación de calidad de vida en población de adultos mayores en México (*WHOQOL)*, Autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos mexicanos (*AeRAC)*, y la Escala de funcionamiento familiar (EFF). Todos estos instrumentos se describieron previamente (ver en primer estudio la sección de instrumentos).

Además para la ISFC-AM, se utilizó:

Genograma familiar (Mc Goldrick y Gerson, 2008). La elaboración del genograma familiar tuvo por objetivo la representación gráfica familiar multigeneracional (tres generaciones) por medio de símbolos, para recoger, registrar, relacionar y exponer, categorías de información del sistema familiar, en un momento determinado de su evolución.

Las dimensiones que contempla el genograma familiar son estructura familiar, adaptación al ciclo vital familiar, trasmisión de pautas familiares, acontecimientos vitales estresantes y pautas vinculares. Su construcción supone tres pasos: trazado de la estructura familiar, registro de la información de la familia y delineado de las relaciones familiares.

Mi Historia Familiar (diseñado específicamente para esta investigación), basado en la guía que establece la *Reseña para una breve entrevista de Genograma* planteada por Mc Goldrick y Gerson (1987; 2005; 2008; ver apéndice 8).

*Reportes de Auto observación (Autorregistros; v*er apéndice 11) como una guía útil porque facilita la ejecución de las actividades que deberán ser llevadas a cabo por cada participante en el trascurso de la intervención; su uso requiere dedicación de tiempo y una actitud de compromiso.

Para su ejecución óptima fue necesario que los datos que se registraran fueran precisos y continuos. Estuvieron dividido en secciones estructuradas, de forma sencilla y explicita, de tal manera que el registro de la actividad no conllevará mucho tiempo en su ejecución. Hubo un formato para cada actividad que el participante debía monitorear**.** El registro sirvió para la consecución de objetivos planteados alcanzables y que correspondieron a las temáticas específicas de la ISFC-AM (ver fig. 16).

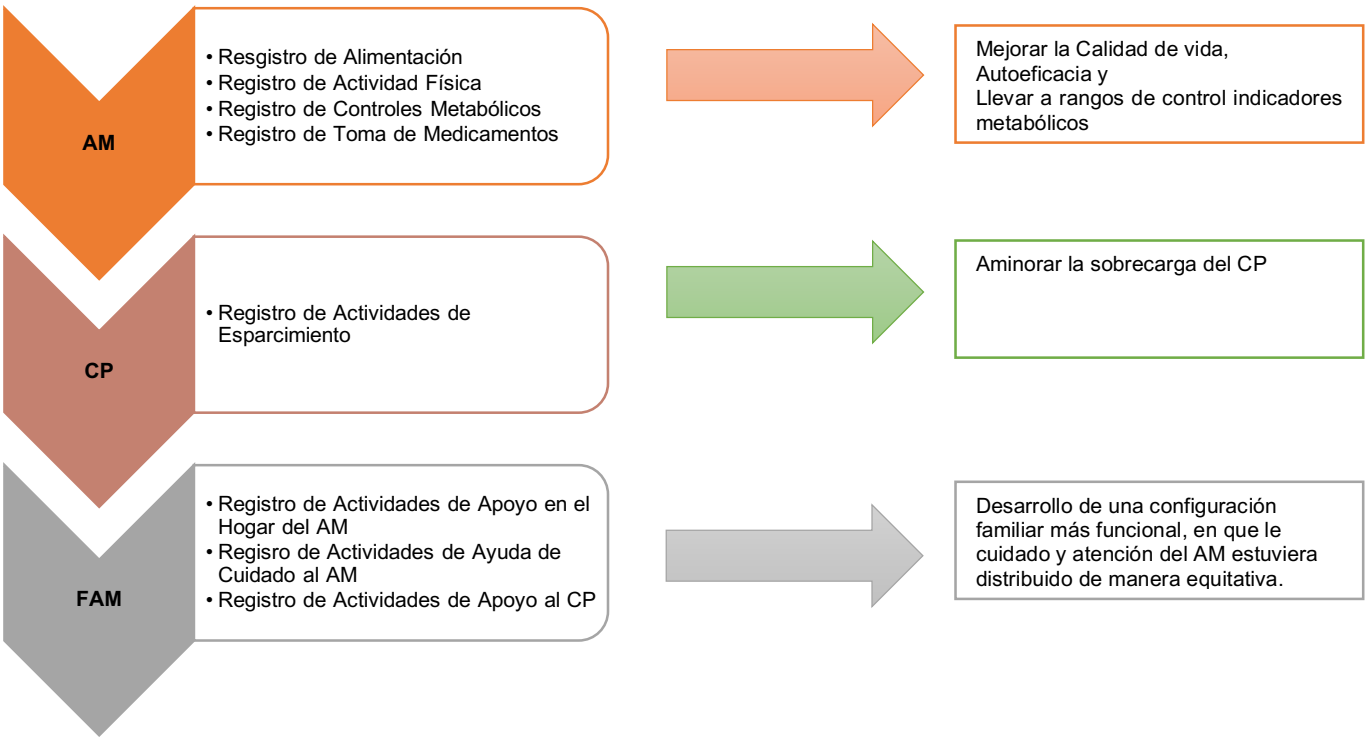


Fig. 16. Tipos de reportes de auto observación (autorregistros) y sus objetivos por participante de la ISFC-AM.

Etapas del procedimiento

Fig. 17.- Proceso que conllevó la implementación de la ISFC-AM.

1.- Entrenamiento de terapeutas:

Se inició con la capacitación en los tratamientos a los cuatro terapeutas encargados para llevarlos a cabo; aquí es importante destacar que el entrenamiento fue por separado para cada diada terapéutica, con la intención que cada equipo de terapeutas que realizarían la intervención no conocieran que existía dos tipos de tratamiento ni tampoco conocieran quienes eran los demás terapeutas. Lo anterior con el fin de llevar a cabo el procedimiento metodológico del doble ciego; es decir, cuando ni el experimentador ni los sujetos conocen las condiciones que sustentan al estudio, y que se emplea como un procedimiento para controlar la variable extraña que podría ser introducida por el investigador y así evitar la amenaza a la validez externa de la investigación.

2.- Autorización institucional:

En la aplicación de la intervención familiar, hubo acercamiento a dos instituciones (IMSS e ISSSTE), donde se presentó el protocolo de investigación y se ofrecieron los tratamientos a las familias derechohabientes, de manera gratuita y haciendo el compromiso de compartir la información que arrojara dicho estudio, así como de capacitar al personal a cargo de los AM con DM2 y sus familias.

En el caso del IMSS se asistió a las reuniones semanales del programa DIABETIMSS, con la autorización del departamento de enseñanza e investigación de la clínica No. 24 de la ciudad de Tepic (Nayarit). En estas sesiones se hacia la invitación al AM y su familiar que lo acompañaba; sin embargo, en las dos semanas que se acudió, no se concretó ninguna familia. Por su parte el ISSSTE, de manera pronta y precisa solicitó el protocolo completo de la investigación para ser evaluado por el comité de bioética, para posteriormente autorizar que se llevara a cabo la investigación.

Las familias previamente eran contactadas por el área de medicina gerontológica del ISSSTE y se les exponía la posibilidad de tener un tratamiento psicológico familiar;

posteriormente de aceptar, los participantes autorizaba que se le contactara vía telefónica, para que a detalle le fuera explicado en que consistía dicha intervención (número de sesiones, número de participantes, lugar, días y horarios, etc.). Después de concertar la cita, la familia de manera aleatoria (a través de una tómbola) se asignaba a un tipo de tratamiento.

Las sesiones se llevaron a cabo en la cámara Gesell del programa académico de psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit, y se videograbaron bajo consentimiento informado. A continuación se describen los análisis de los resultado obtenidos de este tratamiento.

3.- Aplicación de la ISFC-AM.

La ISFC-AM consistió en tres etapas:

a) Admisión-Evaluación, constituida por dos sesiones.
b) Intervención, conformada por seis sesiones.
c) Seguimiento, establecido en una sesión.

Cada etapa consistió en sesiones estructuradas y con actividades definidas para la consecución de metas específicas, bajo la guía de un terapeuta entrenado. Fueron un total de nueve sesiones respectivamente. Las etapas y actividades de cada una se describen a continuación:

Primera Etapa: Admisión-Evaluación.

En la etapa de admisión-evaluación, los participantes que tuvieron lugar en ella fueron el AM, el CP y la familia. La persona a cargo que llevó a cabo las evaluaciones fue el terapeuta familiar.

En este primer momento de la intervención sistémica, lo que se buscó fue la recolección de la mayor parte de la información concerniente a datos generales y socioeconómicos de la familia, la historia natural de la enfermedad del AM con DM2, la

evaluación biométrica de los indicadores metabólicos del AM con DM2, los aspectos relacionados con la dinámica y funcionamiento familiar, la evaluación de la calidad de vida del AM con DM2, así como la evaluación de su autoeficacia y finalmente conocer el desgaste que presenta el familiar CP. Así mismo, en esta etapa se explicó a las familias en qué consistió su participación y se firmaron las cartas de consentimiento informado (ver apéndice 9).

Esta etapa estaba conformada por dos sesiones de 90 minutos aproximadamente (ver apéndice 10).

Las metas de esta etapa se describen a continuación:

a) Elaborar un diagnóstico estructural familiar, el cual es una hipótesis en relación a la interacción del sistema familiar en su conjunto y las conductas particulares de cada miembro que lo compone.

b) Evaluar la disposición al cambio por parte de los implicados en el tratamiento. El cambio se genera básicamente a través de un doble proceso de alianza con la familia y el terapeuta, y a su vez por la reestructuración planificada de las pautas de interacción que no son funcionales para la familia (Minuchin, 2001).

Segunda etapa: Intervención.

De igual manera que en la anterior etapa, los participantes en ésta fueron el AM, el CP y la familia. Esta etapa estuvo conformada por seis sesiones, constituyendo la ISFC-AM. Las metas fueron las siguientes:

a) Establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional.
b) Analizar los tipos de afrontamiento familiar y resolución de las crisis familiares.
c) Conocer, y de ser necesario, modificar el tipo de involucramiento afectivo familiar para mejorar el cuidado y atención del AM.
d) Establecer formas comunicativas más funcionales que impacten de manera adecuada en el cuidado y atención del AM.

e) Modificar los patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el deterioro por la enfermedad crónica.

Cada sesión que conformó esta etapa de la intervención, tuvo una temática específica a trabajar y un objetivo particular respectivamente, utilizando los reportes de auto-observación para cada participante.

A continuación se describe a detalle, las temáticas abordadas en las seis sesiones que conformaron la ISFC-AM:

Tema1. Cuidado y auto cuidado del AM.- Los objetivos fueron los siguientes:

Con el AM: Modificar los patrones de comportamiento no saludables que pudieran potenciar el deterioro por la enfermedad crónica.

Con el CP: Modificar patrones de comportamiento no saludables que podrían potenciar el desgaste por el cuidado proporcionado al AM.

Con la FAM: Modificar patrones de comportamiento para que haya mejor cuidado del AM.

El desarrollo de competencias de auto eficacia en el AM con DM2, es un agente motivacional para la adherencia terapéutica y de resignificación de la enfermedad, que dota de agencia personal, tanto al propio paciente, como al CP y a la familia en general (Cohen, 2009).

Para el monitoreo se utilizaron reportes de auto observación en donde los participantes estuvieron registrando semanalmente las actividades que realizaban.

Tema 2. Comunicación familiar. En esta sesión el objetivo fue que la familia lograra comunicar, expresar sentimientos y emociones de manera clara y más funcional, de tal manera que hicieran explícitas sus necesidades, se responsabilizaran de la expresión

franca de ellas, para el establecimiento de relaciones más eficientes entre sus miembros. Para ello se utilizaron las técnicas que se definen a continuación:

Estilos de comunicación familiar.- Consistió básicamente en que la familia identificara cuáles son los estilos de comunicación que emplean, y lograran darse cuenta de su funcionalidad o disfuncionalidad (Selvini, 1990). Para que la comunicación en la familia fuera efectiva era necesario que el mensaje que se transmitía fuera coherente tanto en expresión verbal y no verbal.

Una de las funciones que tiene la comunicación al interior de la familia es que sus miembros puedan expresar sus necesidades y que éstas sean escuchadas y satisfechas. Las dificultades habituales de las familias en sus estilos de comunicación, radican en pensar que se puede inferir lo que uno de sus miembros necesita.

Tema 3. Recursos de la Familia. En esta sesión el objetivo que se buscó en primer lugar fue descubrir el tipo de afrontamiento familiar utilizado más frecuentemente; en segundo lugar estimular a la familia, al AM y al CP a que den un nuevo significado en relación a la enfermedad, en tercer lugar conocer las atribuciones que como familia han generado en relación a la enfermedad y en cuarto lugar reconocer qué tipos de afrontamiento, en cuanto a estilos y estrategias, como familia han desarrollado ante la aparición de la enfermedad. Para ello se utilizó la técnica que se definen a continuación:

Logros familiares.- consistió en desarrollar descripciones alternativas, ricas y detalladas de la experiencia de la familia, de sus habilidades, sus conocimientos, valores y actos de resistencia, que de manera particular han empleado para solventar las crisis familiares que ha atravesado, sean éstas de tipo normativo o no normativo, y de manera específica ante la aparición de la enfermedad en su familiar AM (Satir, 1995; White y Epson,1993).

Tema 4. Restructuración familiar. Esta sesión está dividida esta en dos momentos:

Primer momento: Se trabajó sobre la estructura de la familia. En esta sesión el objetivo fue ayudar a la familia a llegar a un nivel adecuado de adaptabilidad y flexibilidad, que se viera reflejado en la capacidad para realizar cambios en sus normas, reglas y roles, así como el uso conveniente de sus propios recursos, que impactó de manera importante en el cuidado y atención del AM.

En el segundo momento se trabajó el funcionamiento familiar para incidir en el grado de involucramiento afectivo y relacional de la familia, en donde desarrollaron un mejor balance en su nivel de unión y conexión como sistema familiar, mientras que también aprendieron a mantener la individualidad y separación de cada uno de sus integrantes, lo cual incidió de manera importante en el cuidado y atención del AM las técnicas que se utilizaron fueron:

Fijación de fronteras.- En todo sistema y subsistema hay funciones específicas y para que sean adecuadas se establecen límites claros y permeables. Estos límites pueden ser a nivel del yo, que se refieren a las diferencias individuales que posibilitan el desarrollo de la autonomía de cada miembro que compone la familia, o a nivel generacional, en la cual su función será hacer una división de acuerdo a las edades. Como por ejemplo los subsistemas parento-filial y el subsistema fraternal (Minuchin, 2011). También se habla de límites entre la familia y la comunidad, estos son definidos como fronteras, demarcaciones necesarias entre el grupo familiar y su entorno; este posibilita la permeabilidad y al mismo tiempo crecimiento interno.

Desequilibramiento.- el objetivo de esta técnica fue generar un cambio en la jerarquía de algún miembro de la familia. El desequilibramiento como técnica en la modificación estructural familiar pudo producir cambios significativos, ya que los miembros de la familia se permitieron experimentar roles y funciones distintos y diversos ampliados en contextos interpersonales, produciendo así nuevas formas de interactuar entre ellos, que antes no eran utilizados (Minuchin, 2011).

A su vez esta técnica fue útil para alterar las alianzas de poder dentro del sistema familiar y obligar a romper con la interacción que no estaba siendo beneficiosa ni saludable.

Complementariedad.- Esta técnica ayudó a que la familia visualizara y desarrollara la capacidad de ver los problemas como parte de un todo más amplio. Mostró a la familia puntos de vista alternativos a la forma habitual que han tenido de concebir el problema, y a su vez modificar la creencia de que el paciente identificado (AM) puede controlar el sistema mediante su conducta o padecimiento (Minuchin, 2011).

Búsqueda de pautas vinculares: su análisis facilitó la comprensión de la complejidad de las relaciones familiares al interior del sistema familiar en el plano relacional (Selvini, 1988). Estas pautas vinculares podían ser de proximidad, conflicto y distancia. Modificarlas repercutió en el tipo de respuesta que la familia empleaba ante el cuidado del AM con DM2. A saber que la tendencia de respuesta centrípeta, caracteriza a familias con pautas de vinculación con gran cohesión alrededor del enfermo, el cual se convierte en el centro de interacciones y atenciones. La configuración familiar de este tipo se organiza en y alrededor del enfermo consumiendo recursos afectivos e incluso económicos.

Por su parte la respuesta de tipo centrífuga, se presenta con conductas evitativas en relación a la enfermedad. La atención y cuidado del enfermo suele delegarse en una sola persona que controla la evolución de la enfermedad. Este tipo de respuesta se visibiliza más en familias con vinculación de tipo distante y conflictiva.

El logro en el objetivo de esta sesión trajo por consiguiente el escenario propicio para trabajar la autoeficacia del AM para el mejor manejo de su enfermedad y a su vez en equilibrar de manera equitativa las responsabilidades en los familiares implicados en su cuidado, especialmente en el familiar designado como CP.

Tema 5. Collage familiar. Esta sesión se trabajó a través de significaciones simbólicas; mediante acciones creativas y artísticas se transformó las imágenes negativas que se tenían de la enfermedad. También se resaltaron los logros obtenidos durante la intervención: habilidades, destrezas o competencias que se adquirieron en el proceso de la ISFC-AM. Esto fue a través de la técnica de *Ritual familiar curativo*: el cual tuvo la finalidad de regular el funcionamiento familiar y permitir una evolución saludable de la situación abordada durante el proceso terapéutico, aportó significados polivalentes a las conductas, cogniciones y afectos familiares, evocó emociones intensas que unieron a los miembros familiares en una misma experiencia, y abarcó simultáneamente distintas dimensiones sensoriales y cognitivas del significado vivenciado por los participantes (Linares, 2005; White,1993).

Tema 6 La Graduación. En esta sesión la finalidad fue realizar el cierre de la intervención psicoterapéutica, haciendo énfasis en los logros del AM, del CP y su familia, a la vez en ella se aplicó la post evaluación (se administraron los mismos instrumentos aplicados en la primera etapa del tratamiento). Así también se llevó a cabo una ceremonia de clausura utilizando el recurso de las cartas y documentos terapéuticos, basados en el modelo sistémico de la narrativa descrito por White (1993) y por Linares (2005) con el objetivo de hacer una evaluación final del proceso.

Tercera etapa: Seguimiento.

Una vez dada de alta la familia, se valoró el mantenimiento de los cambios logrados, a los tres meses de terminado el tratamiento. En esta etapa se llevó a cabo la técnica del grupo reflexivo, con el objetivo de fortalecer logros de los participantes y monitorear los cambios alcanzados en el funcionamiento familiar, calidad de vida, auto eficacia, indicadores metabólicos y desgaste de cuidador.

Esta técnica del grupo reflexivo buscó propiciar en los participantes, un espacio de autentificación, reconocimiento y aceptación de sus nuevas formas de relacionarse y cambios logrados. Para ello, en los grupos reflexivos se proveyó a los implicados en la

intervención psicoterapéutica de un auditorio de testigos externos (familias que fueron parte de la ISFC-AM) que luego de oír los cambios experimentados por las familias, respondían con afirmaciones que fortalecieron aun más los avances descritos.

Análisis de datos:

Basados en el diseño de caso único con replica, se estableció la línea base previa a la intervención, posteriormente se repitió la medición terminado el tratamiento; para la interpretación se recurrió a una apreciación no estadística, observando la evolución del tratamiento en tablas y gráficas, las cuales registran un número de series (sin y con tratamiento), y se registra los cambios ocurridos a la línea base (León y Montero, 2002).

Resultados

El objetivo de la ISFC-AM fue ayudar a las familias participantes a mejorar la forma en que estaban configuradas, de tal forma que impactara en el cuidado y atención de su familiar AM con DM2, reflejándose en una percepción positiva de su calidad de vida y mayor desarrollo de autoeficacia en el control de su enfermedad, para aminorar así la carga del familiar CP.

A continuación se muestran los resultados del presente estudio, los cuales se dividieron en cuatro apartados generales:

- La primera sección se refiere a las características de los participantes que integraron la ISFC-AM.
- La segunda describe los resultados de las evaluaciones clínicas (indicadores metabólicos de los AM), de la calidad de vida y de autoeficacia, antes y después del tratamiento.
- La tercera describe la evaluación antes y después del tratamiento de la sobrecarga del CP.
- En la cuarta, se describen los resultados obtenidos antes y después del tratamiento, sobre el funcionamiento familiar.

A continuación se presentan los resultados de las cinco familias que fueron las participantes del programa de la *ISFC-AM.*

I. Características de los participantes:

El estudio contó con cinco familias participantes, los cuales completaron dos sesiones de evaluación inicial, seis sesiones de tratamiento, y una sesión de seguimiento. A continuación se describen sus características.

En la tabla 7 se describen las principales características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación y situación laboral) de los participantes.

Tabla 7.- Datos sociodemográficos de los participantes.

Características socioeconómicas de los participantes			
Variable	Resultados		
	AM	CP	FAM
Edad	68 a 89 años Promedio= 77años	30 a 60 años Promedio=43.8 años	50 a 18 años Promedio= 27.8
Sexo	3 mujeres 2 hombres	4 mujeres 1 hombre	10 mujeres
Escolaridad	4 primaria 1 técnico normalista	3 nivel bachillerato 2 profesionistas	2 solo tienen bachillerato 2 son normalistas 6 con licenciatura
Estado civil	2 divorciados 1 viuda 2 casados	3 casadas 1 divorciada 1 soltero	6 son casadas (hijas) 4 son solteras (nietas)
Ocupación	Jubilados Pensionados por viudez	2 en el hogar 2 profesionista 1 es comerciante	6 trabajan 4 estudian
Tipo de empleo	Jubilados / pensionados comerciantes	3 por su cuenta 2 permanente	Permanente
Situación laboral	ocasional	4 tiempo completo	Tiempo completo

		1 ocasional	

II. Evaluaciones Clínicas, calidad de vida y autoeficacia del AM:

Con el propósito de conocer la eficacia de la ISFC-AM en el autocontrol de la DM2, se realizaron a los participantes exámenes clínicos antes y después del tratamiento. Los análisis de laboratorio realizados en este estudio fueron: A) Hemoglobina Glucosilada, B) Glucosa, C) Presión Arterial, D) Colesterol y E) Triglicéridos (ver tabla 8).

Tabla 8. Indicadores Metabólicos

Rangos de control para paciente diabético controlado: Hemoglobina glucosilada (menor o igual al 6%), Colesterol y Triglicéridos (menor de 150), Glucosa (entre 80 – 99), Presión Arterial (110/70).

*Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

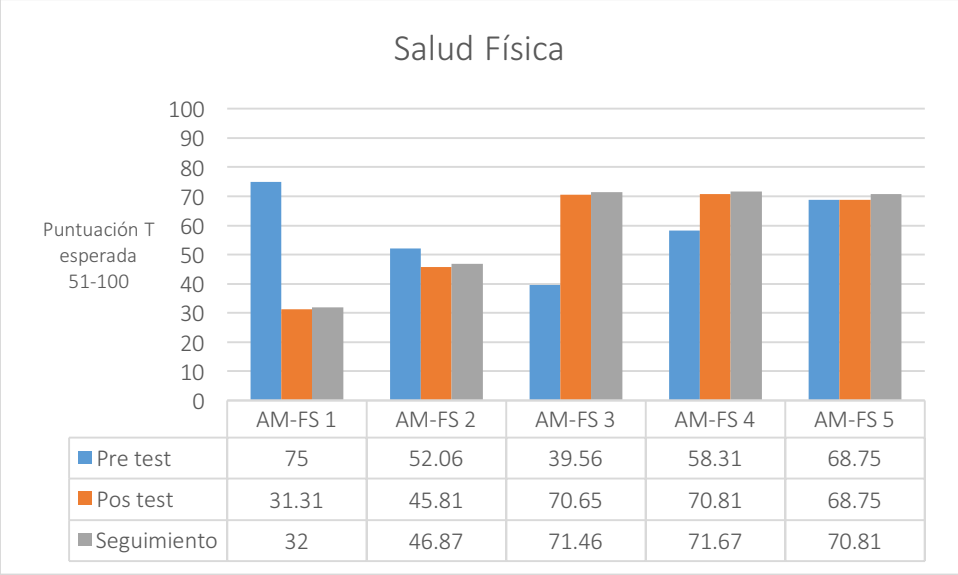
Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
AM1	13.7	5.3	6.5	220	140	140	410	150	150	230	94	94	140/89	110/70	110/70
AM2	5.5	5.5	6	143	140	140	134	130	145	106	94	94	110/70	110/70	110/70
AM3	7.2	7	7	186	176	168	313	200	180	142	130	142	140/70	130/60	140/70
AM4	6.6	6.5	6.5	150	145	147	150	120	120	110	94	100	110/70	110/70	110/70
AM5	6.4	6.5	6	158	152	150	184	124	130	79	94	94	110/70	110/70	110/70

Como puede apreciarse en la tabla 8 la variable independiente (ISFC-AM), pudo influir en por lo menos cuatro de los cinco participantes, modificando los valores de la evaluación inicial que se realizó a los AM, y en el seguimiento llevándolos a rangos de control, aunque los cambios son mínimos y moderados.

Especialmente esta variable es importante, pues por lo general se considera que el paciente diabético, tiene un insuficiente control de su enfermedad y por ende complicaciones asociadas.

Así también se evaluó antes y después del tratamiento la calidad de vida y autoeficacia de los AM; cada una de estas variables con sus subescalas correspondientes. Los resultados obtenido con respecto a calidad de vida de los 5 AM participantes de la ISFC-AM se describen a continuación en las figuras 18, 19, 20, 21, 22 y 23.

Para cada subescala que compone la variable de calidad de vida, evaluada a través de la escala de evaluación de calidad de vida en población de adultos mayores en México (WHOQOL, González – Celis, 2010), los puntajes esperados al finalizar el tratamiento de la ISFC-AM deberían oscilar cercanos a 100 (P.T) o por lo menos sobrepasar los 50 puntos, puesto que los rangos de medición óptima es un puntaje entre mas cercano a 100 la calidad de vida es evaluada como positiva.

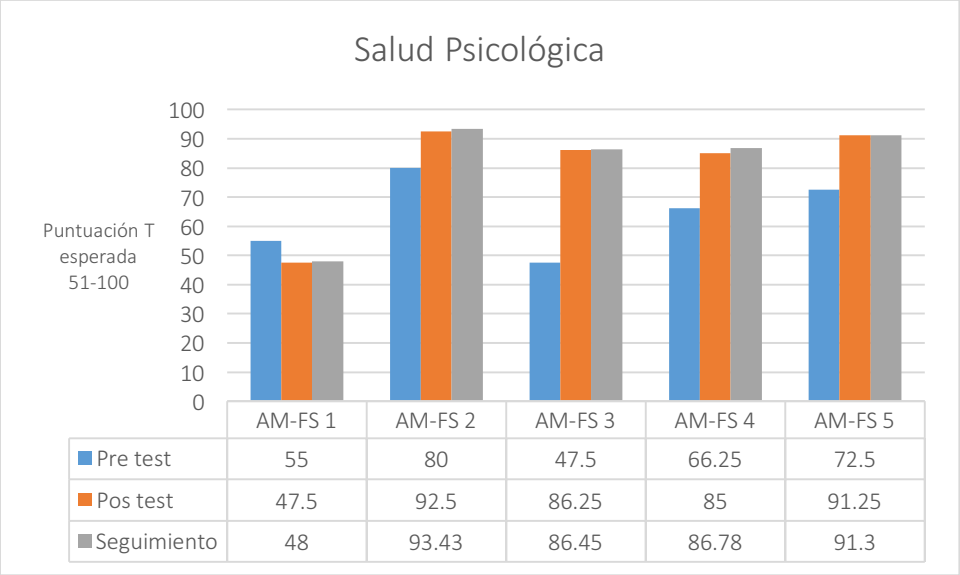


	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	75	52.06	39.56	58.31	68.75
Pos test	31.31	45.81	70.65	70.81	68.75
Seguimiento	32	46.87	71.46	71.67	70.81

Fig. 18.- Evaluación de la subescala salud física con relación a la calidad de vida del AM.

En relación a los resultados que se observan en la figura 18, sobre la evaluación de la calidad de vida en cuanto a la salud física de los AM que participaron de la ISFC-AM; se esperaba que al final del tratamiento las puntuaciones aumentaran con relación a la evaluación inicial, y pudieran sobrepasar el punto medio de 50 (P.T), por otro lado, en la etapa de seguimiento se esperaba se mantuvieran o siguieran en aumento, lo cual se

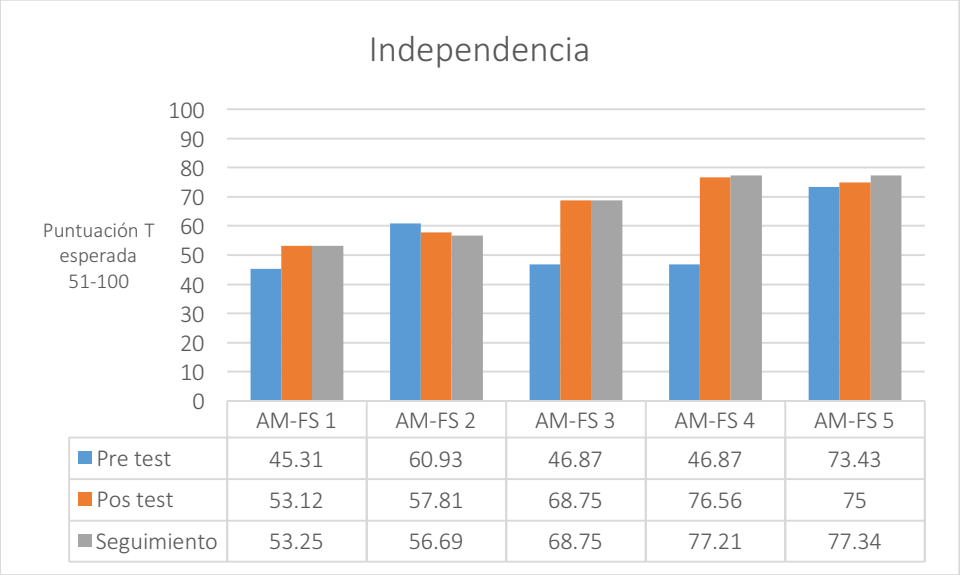
aprecia ocurrió solo en los participantes tres, cuatro y cinco. En el participante uno y dos por lo contrario, los puntajes disminuyeron a puntuaciones bajas.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	55	80	47.5	66.25	72.5
Pos test	47.5	92.5	86.25	85	91.25
Seguimiento	48	93.43	86.45	86.78	91.3

Fig. 19.- Evaluación de la subescala salud psicológica con relación a la calidad de vida del AM.

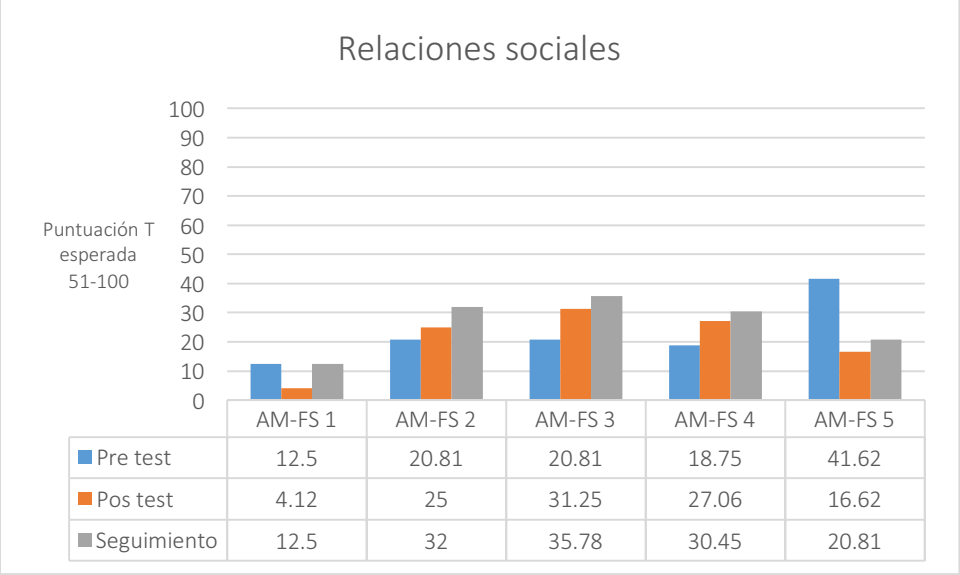
En cuanto a la salud psicológica, de igual manera se esperaba que al finalizar el tratamiento de la ISFC-AM, los puntajes sobrepasaran los 50 puntos (P.T) y estuvieran cercanos al 100, lo cual puede apreciarse en los participantes dos, tres, cuatro y cinco, del mismo modo en la evaluación hecha en la etapa de seguimiento podemos apreciar cómo se mantuvo el cambio. Sin embargo no ocurrió así en el AM número uno, en el cual se disminuyeron sus puntajes a nivel bajo.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	45.31	60.93	46.87	46.87	73.43
Pos test	53.12	57.81	68.75	76.56	75
Seguimiento	53.25	56.69	68.75	77.21	77.34

Fig. 20.- Evaluación de la subescala grado de independencia con relación a la calidad de vida del AM.

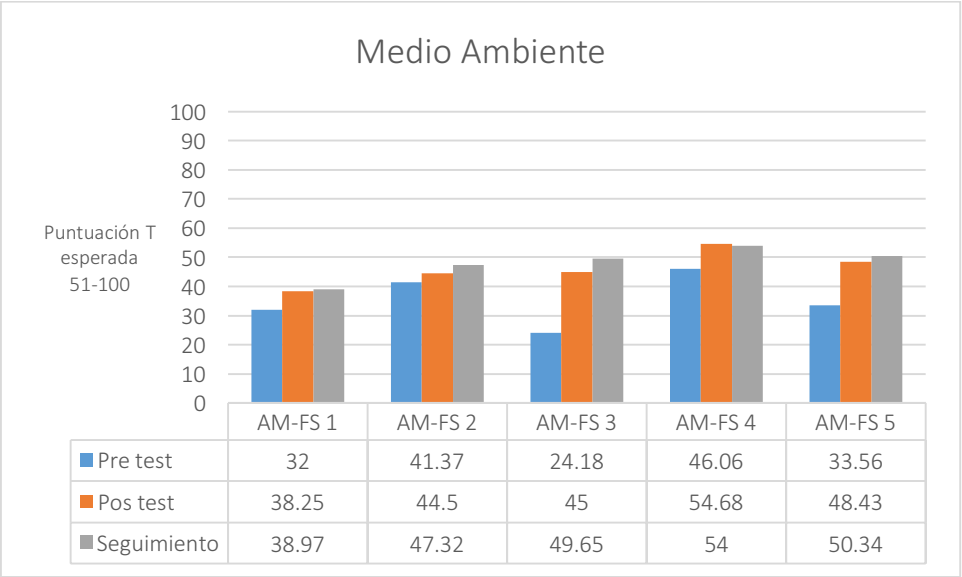
Con lo que respecta a la subescala evaluada concerniente a la dimensión Independencia, los participantes uno, tres, cuatro y cinco del tratamiento de la ISFC-AM, lograron aumentar sus puntuaciones T al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento, sobrepasando el punto medio, aunque sin alcanzar la puntuación alta esperada. El participante dos disminuyó en sus puntuaciones, no obstante permaneció por arriba de los 50 puntos (P.T).



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	12.5	20.81	20.81	18.75	41.62
Pos test	4.12	25	31.25	27.06	16.62
Seguimiento	12.5	32	35.78	30.45	20.81

Fig. 21.- Evaluación de la subescala relaciones sociales con relación a la calidad de vida del AM.

En general esta subescala desde la primera medición hasta el seguimiento muestra puntajes muy bajos, no obstante en los participantes dos, tres y cuatro hubo aumento en sus calificaciones, aunque ninguno de los cinco participantes lograron llegar al término medio y mucho menos acercarse al 100 (P.T).



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	32	41.37	24.18	46.06	33.56
Pos test	38.25	44.5	45	54.68	48.43
Seguimiento	38.97	47.32	49.65	54	50.34

Fig. 22.- Evaluación de la subescala medio ambiente con relación a la calidad de vida del AM.

Esta subescala, al igual que la pasada, muestra desde el inicio puntajes bajos, y solo el AM participante número cuatro logró sobrepasar los 50 puntos (P.T), sin embargo en cada uno de los demás hubo aumento en sus puntuaciones, y en la etapa de seguimiento se mantuvo el cambio, aunque en mediciones muy moderadas.

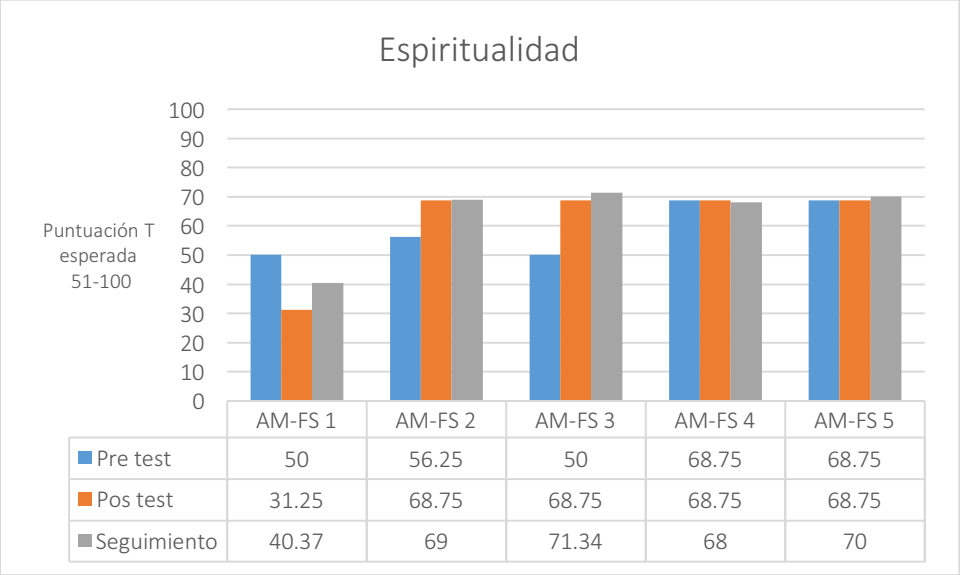


Fig. 23.- Evaluación de la subescala espiritualidad con relación a la calidad de vida del AM.

Finalmente en lo que concierne a la última de las subescalas que componen a la variable calidad de vida, en que se evalúa la espiritualidad, los resultados que se lograron los AM participantes dos, tres, cuatro y cinco, al final del tratamiento de la ISFC-AM, sobrepasan el puntaje medio de 50 puntos (P.T) y durante la etapa de seguimiento se mantiene el cambio, pero esto no sucedió en el participante número uno, en él se presentó una disminución en su puntaje.

La siguiente variable que se midió en los AM, fue la autoeficacia, la cual también está compuesta por subescalas; que evalúan 6 tipos de actividades, a través del instrumento *Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos Mexicanos (Ae*RAC González-Celis, 2009), los resultados obtenidos se describen a continuación (ver figs. 24, 25, 26, 27, 28 y 29).

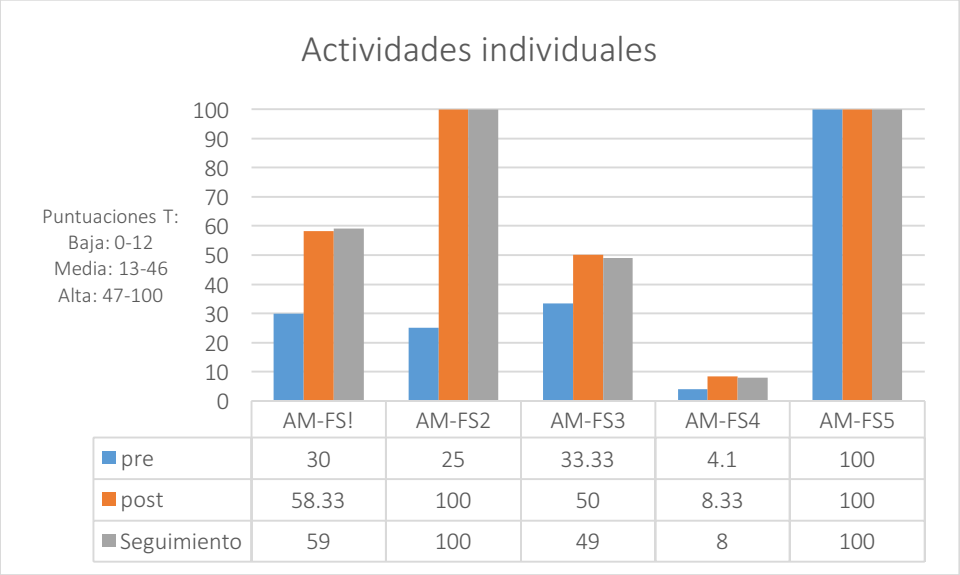


Fig. 24.- Evaluación de la subescala actividades independientes con relación al grado de autoeficacia del AM.

La expectativa era que al finalizar del tratamiento de la ISFC-AM, los AM pudieran tener puntajes entre 47 y 100 (P.T) que corresponden a una valoración alta en esta subescala que mide las actividades individuales llevadas a cabo por los AM. Como se puede observar en los participantes uno, dos, tres y cinco se logró llegar a estos rangos y en la etapa de seguimiento sostener los cambios. Para el participante número cuatro aunque sus puntuaciones estuvieron en un rango bajo, aún así puede apreciarse un aumento en su calificación.

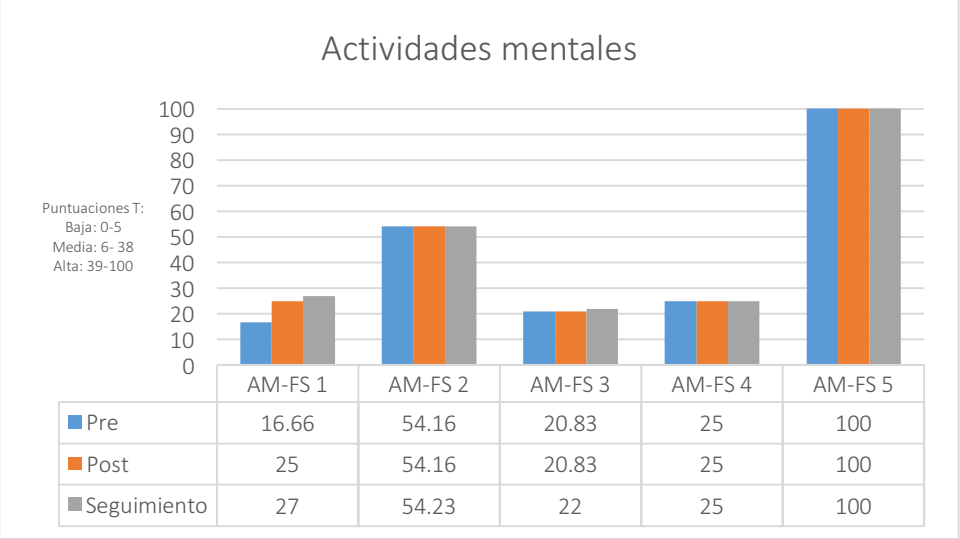
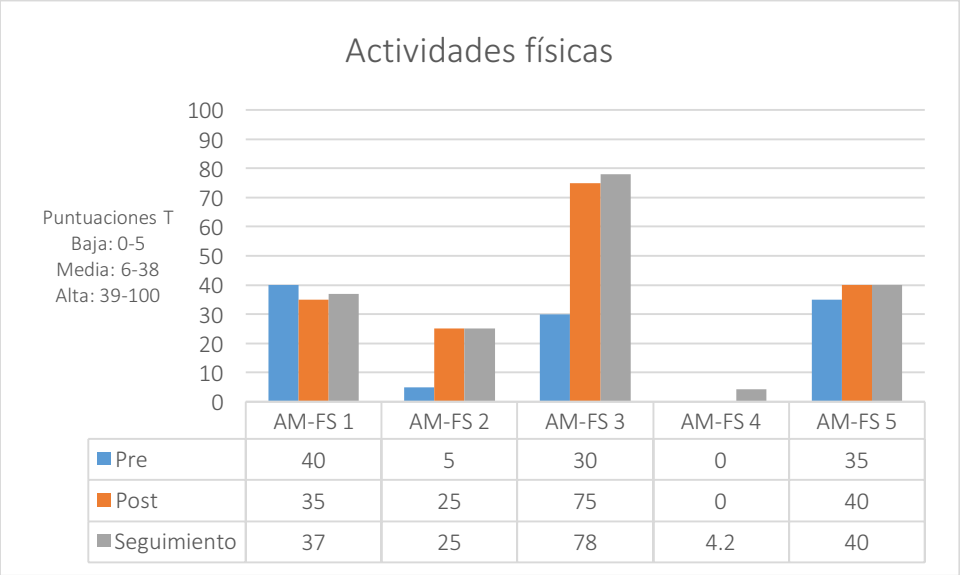


Fig. 25.- Evaluación de la subescala actividades mentales con relación al grado de autoeficacia del AM.

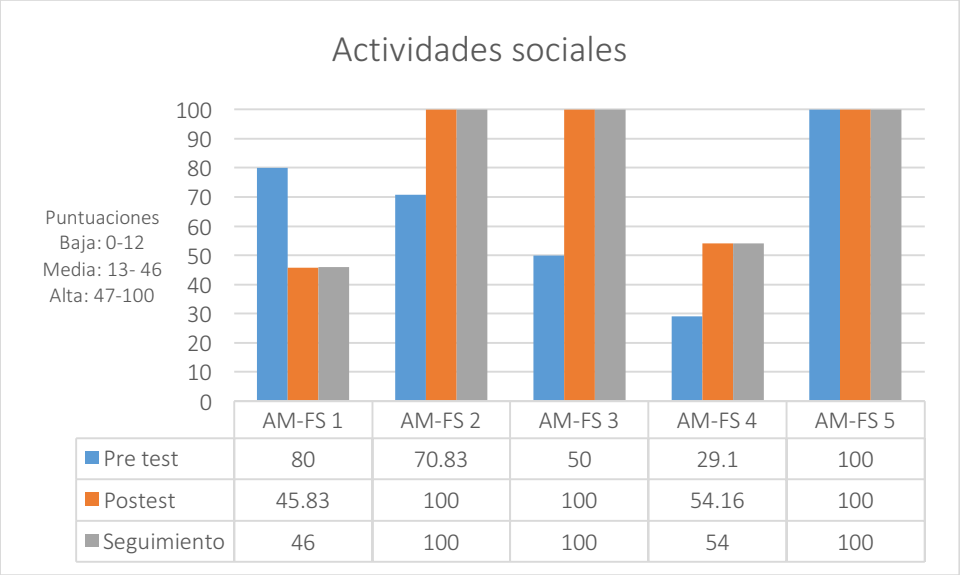
Con relación a los resultados que se obtuvieron en la subescala que evalúa actividades mentales, la expectativa era que al finalizar el tratamiento de la ISFC-AM, pudieran los AM llegar a puntajes entre 39 y los 100 puntos (P.T), pues es donde se sitúa una valoración alta de estas actividades, por lo que podemos observar en la figura 25 en los participantes uno, tres y cuatro se quedaron en el rango medio sin cambio, solo en la etapa de seguimiento aunque permanecieron en rangos bajos todavía; por su parte los partícipes dos y cinco calificaron desde el inicio de manera alta y manteniendo estas puntuaciones en el seguimiento.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre	40	5	30	0	35
Post	35	25	75	0	40
Seguimiento	37	25	78	4.2	40

Fig. 26.- Evaluación de la subescala actividades físicas con relación al grado de autoeficacia del AM.

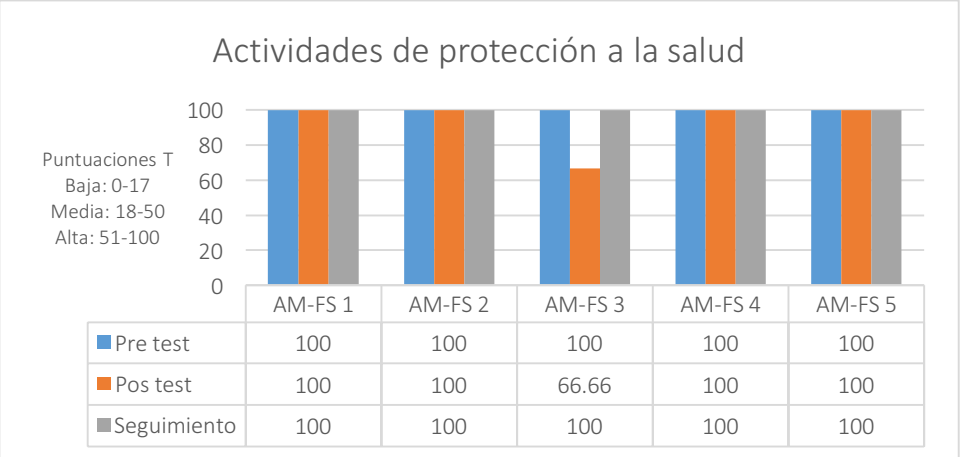
Con relación a las actividades físicas de los AM, los puntajes que se esperaban obtener al finalizar el tratamiento eran entre 39 y 100 puntos (P.T) que es lo correspondiente a una evaluación alta de esta subescala; solo los participantes tres y cinco pudieron llegar a estas puntuaciones, sin embargo en los otros cuatro hubo un aumento en sus puntajes aunque permanecieron en puntajes bajos, y en el seguimiento se mantuvo el cambio en los AM uno, dos, tres y cinco. El participante cuatro que puntuó en 0 en el pre y el pos test, por lo menos durante la etapa de seguimiento aumentó su puntaje.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	80	70.83	50	29.1	100
Postest	45.83	100	100	54.16	100
Seguimiento	46	100	100	54	100

Fig. 27.- Evaluación de la subescala actividades sociales con relación al grado de autoeficacia del AM.

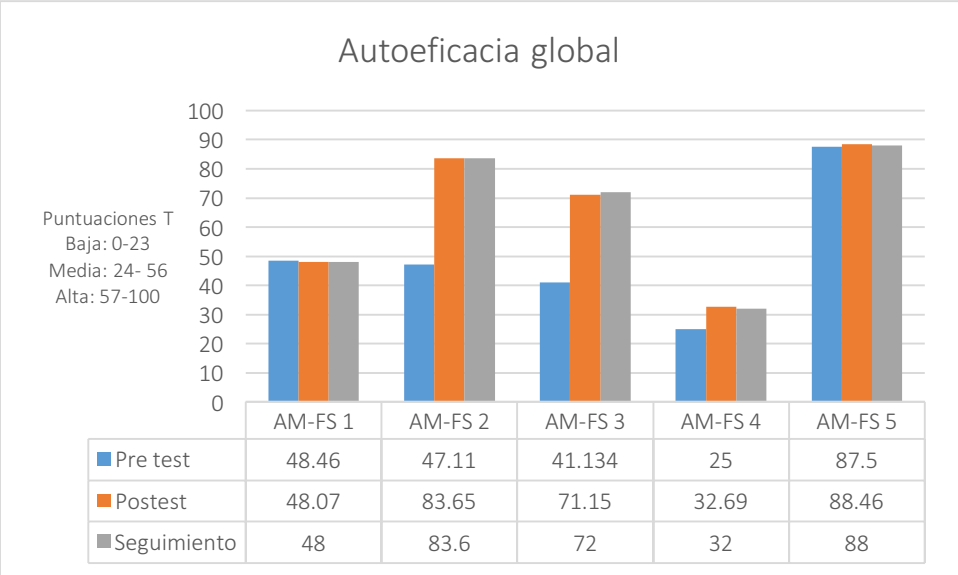
En cuanto a los resultados que se obtuvieron en esta subescala, lo esperado al finalizar el tratamiento era tener puntajes entre los 47 y 100 puntos (P.T), lo cual en el participante dos, tres, cuatro y cinco se logró y en la etapa de seguimiento sostuvieron los cambios; solo en el AM número uno no se consiguió el resultado esperado pues hubo un descenso.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	100	100	100	100	100
Pos test	100	100	66.66	100	100
Seguimiento	100	100	100	100	100

Fig. 28.- Evaluación de la subescala actividades de protección a la salud con relación al grado de autoeficacia del AM.

En lo que respecta a la evaluación de las actividades de protección a la salud, se esperaba llegar a puntajes entre 51 y los 100 puntos (P.T) para ser valorada como una calificación alta en este tipo de actividad. Lo que se puede observar desde un inicio existía puntajes altos en esta actividad, es decir era llevada a cabo de manera óptima por los participantes de la ISFC-AM, solo en el AM número tres al finalizar el tratamiento hubo un decremento, pero en la etapa de seguimiento la puntuación fue nuevamente alta.



	AM-FS 1	AM-FS 2	AM-FS 3	AM-FS 4	AM-FS 5
Pre test	48.46	47.11	41.134	25	87.5
Postest	48.07	83.65	71.15	32.69	88.46
Seguimiento	48	83.6	72	32	88

Fig. 29.- Evaluación del grado de autoeficacia global del AM.

En lo que respecta a la evaluación global de la autoeficacia, se esperaba tener puntuaciones entre los 57 y los 100 puntos (P.T) para ser calificada como una alta autoeficacia en las actividades desempeñadas por los participantes, teniendo así en los resultados que se muestran en la figura 29, los AM dos, tres y cinco lograron tener más de 57 puntos (P.T) y sostener los cambios aun posterior a terminado el tratamiento de la ISFC-AM, y solo dos de los participantes quedaron por debajo de esos puntajes en rango medio.

III. Evaluación de la sobrecarga del familiar con la función de CP.

Con el intención de conocer la eficacia de la ISFC-AM, en regular la sobrecarga del familiar que ejercer el cuidado principal, se realizaron a los participantes evaluaciones antes y después del tratamiento con la *Entrevista de Carga del Cuidador Zarit (ECCZ,* Monitorio, Izal, López & Sánchez, 1998*)*. A continuación en la figura 30, se exponen los resultados obtenidos de los cinco familiares participantes que ejercen este rol de cuidado a su familiar mayor.

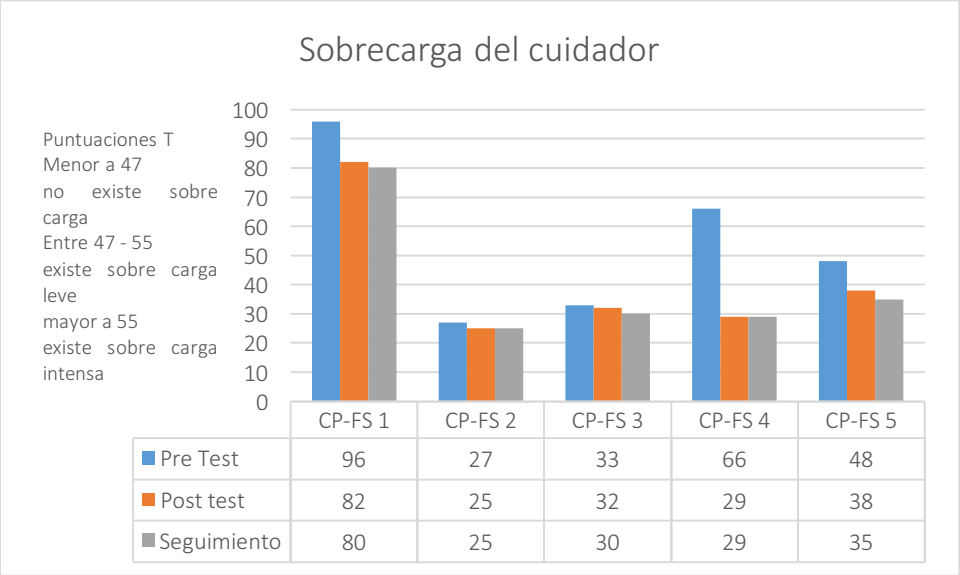


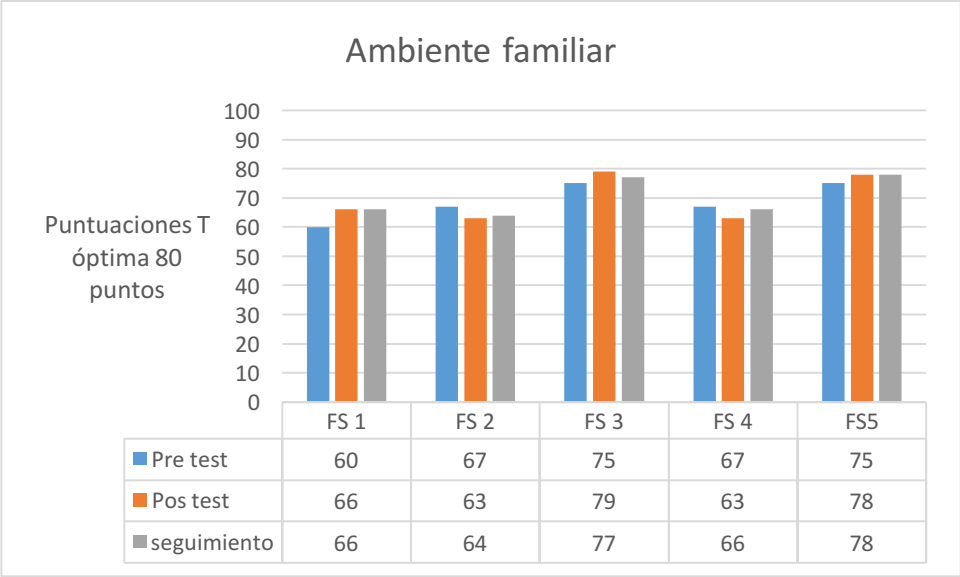
Fig. 30.- Evaluación del grado de sobre carga del CP.

Con la implementación de la ISFC-AM, se esperaba en esta variable puntuaciones menores a 47 puntos (P.T), pues es como se evalúa la no existencia de sobrecarga. Como se puede apreciar en los participantes uno, cuatro y cinco existía en un inicio sobrecarga y al finalizar el tratamiento se llegaron a disminuir estos puntajes, aunque en el participante número uno sigue puntuando en sobrecarga intensa, aún así la ISFC-AM aminoró los puntajes. En los participantes dos y tres no existía sobrecarga, pero incluso en ellos al finalizar las puntuaciones bajaron y en la etapa de seguimiento en los cinco participantes permaneció el cambio. Si bien es cierto que los puntajes son pequeños, hubo un cambio en cada uno de los CP.

IV. Evaluación del funcionamiento familiar:

Con el objetivo de conocer la eficacia de la ISFC-AM para establece cambios en el desarrollo de una estructura familiar más funcional se realizaron a las familias participantes la evaluación de cuatro aspectos del funcionamiento familiar: ambiente familiar, hostilidad o evitación de conflictos, problema en expresión de sentimientos y cohesión familiar antes y después del tratamiento. A continuación se presentan los resultados obtenidos con sus subescalas evaluadas que conforman la *Escala de Funcionamiento Familiar (EFF García, Rivera, Reyes-Lagunes, Díaz-Loving, 2006).*

El factores uno debe puntuar de manera ascendente lo más cercano a 80 puntos (ver fig. 31) y el factor cuatro debe calificar lo más cercano a los 30 puntos (P.T) (ver fig. 34), para que exista un mejor pronóstico para la familia, no así los factores dos (ver fig. 32) que deberán calificar de manera descendente lo más cercano posible a los 12 puntos (P.T) y el factor tres también debe puntuar descendentemente hacia el punto 11(P.T) (ver fig. 33); para que pueda valorarse como rasgos de un funcionamiento familiar normal.

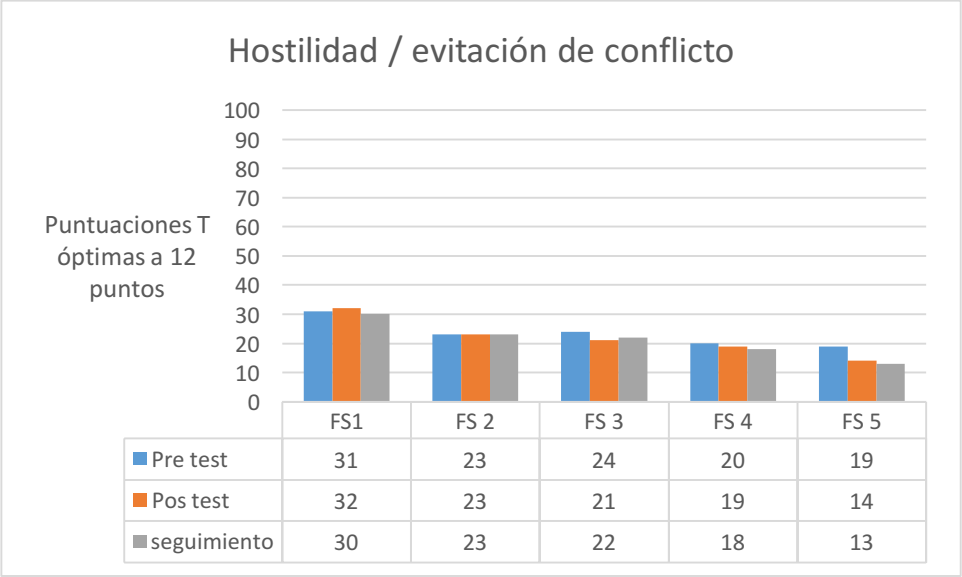


	FS 1	FS 2	FS 3	FS 4	FS5
Pre test	60	67	75	67	75
Pos test	66	63	79	63	78
seguimiento	66	64	77	66	78

Fig. 31.- Evaluación de la subescala ambiente familiar con relación al funcionamiento familiar.

Como se mencionaba anteriormente, los resultados que se esperaban lograr al finalizar el tratamiento en esta subescala, era que las familias participantes llegaran a calificar lo mas cercano posible a los 80 puntos (P.T); por lo que podemos apreciar es

que en la evaluación inicial estaban cercanas ella, pero al finalizar el tratamiento aumentaron sus puntajes, con excepción de la familia dos y la cuatro que disminuyeron, pero en la etapa de seguimiento aumentaron y continuaron los cambios, aunque mínimos, en las cinco familias participantes.



	FS1	FS 2	FS 3	FS 4	FS 5
Pre test	31	23	24	20	19
Pos test	32	23	21	19	14
seguimiento	30	23	22	18	13

Fig. 32.- Evaluación de la subescala hostilidad/evitación del conflicto con relación al funcionamiento familiar.

En relación a la subescala hostilidad o evitación de conflictos, los resultados esperados eran que las familias puntuaran de manera descendente con respecto a la evaluación inicial, y pudieran estar cercanos a los 12 puntos (P.T), en la figura 32 se puede observar como en las familias tres, cuatro y cinco hubo descenso, y en el seguimiento continuó el cambio. Por su parte la familia uno al finalizar el tratamiento aumento en su puntaje y en la familia dos permaneció sin modificación en el inicio y etapa de seguimiento permaneció con la misma calificación.

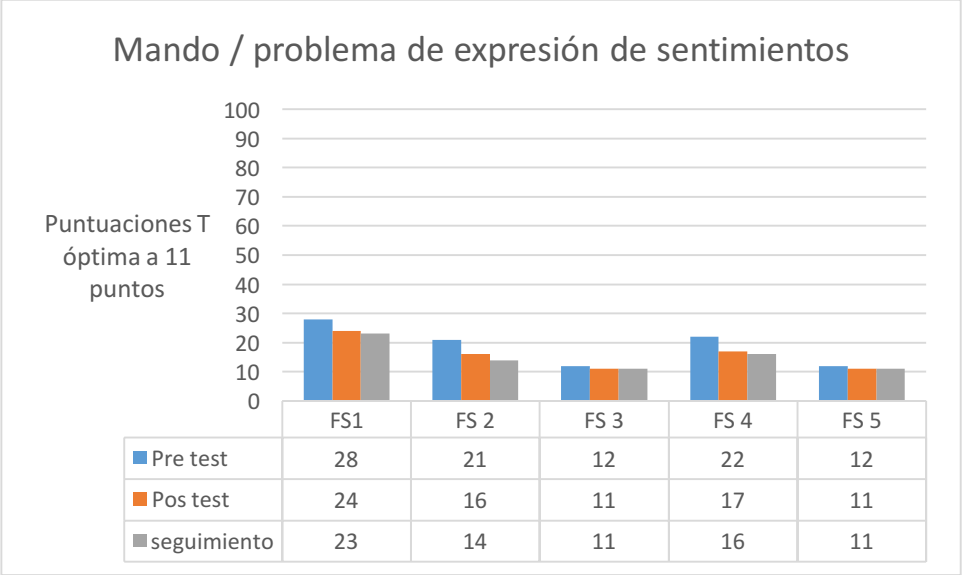


Fig. 33.- Evaluación de la subescala mando /problema de expresión de sentimientos con relación al funcionamiento familiar.

En la subescala de mando problema de expresión de sentimientos, la expectativa era obtener puntajes descendentes al finalizar el tratamiento que llegaran en lo posible a los 11 puntos (P.T); en la figura 33 se aprecia como en las cinco familias hubo descensos en sus calificaciones, siendo las familias tres y cinco las que llegaron a la puntuación esperada.

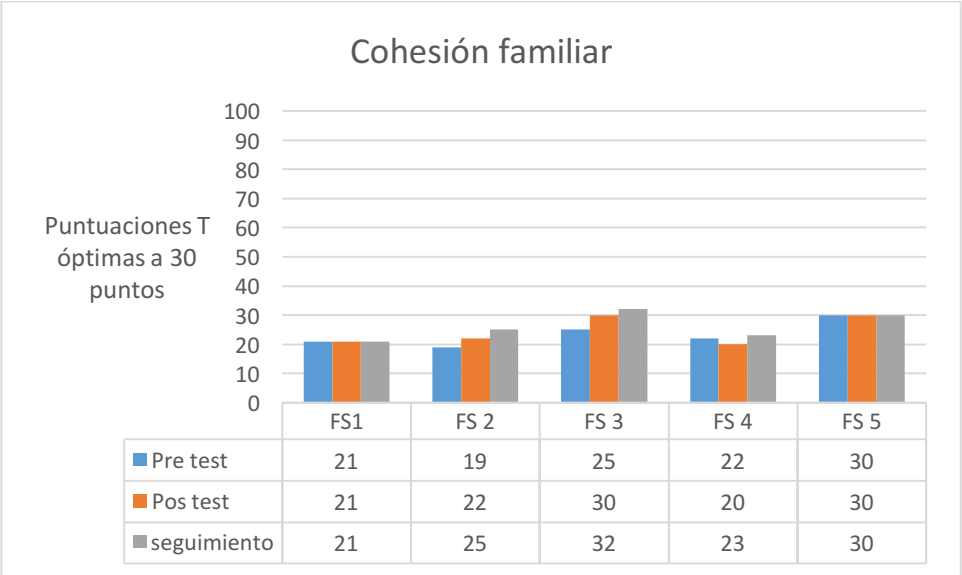


Fig. 34.- Evaluación de la subescala cohesión con relación al funcionamiento familiar.

Con respecto a esta última subescala de la evaluación del funcionamiento familiar lo que se esperaba tener de resultados al finalizar el tratamiento de la ISFC-AM, era poder llegar a los 30 puntos (P.T), por lo que puede observarse en la figura 34 las familias tres y cinco estuvieron en esas mediciones y permanecer los cambios durante el seguimiento, por su parte la familia número dos aunque no llego al puntaje esperado pero realizó modificaciones aumentando sus puntajes, la familia cuatro en el pos test disminuyó su puntuación pero en el seguimiento lo incremento, no así la familia uno que permaneció con la misma puntuación en las tres mediciones.

Resultados detallado de los casos clínicos

A continuación se muestran los resultados de cada caso clínico de la ISFC-AM en particular (Cazau, 2006; León y Montero, 1995), cada uno se dividió en cuatro apartados generales:

- La primera sección se refiere a las características socioeconómicas del adulto mayor (AM) y el funcionamiento de su respectiva familia (FAM).
- La segunda describe los resultados de las evaluaciones clínicas (indicadores metabólicos) antes y después del tratamiento.
- La tercera describe los resultados en relación al nivel de calidad de vida percibido del AM participante, así como el grado de autoeficacia en las actividades cotidianas que realiza.
- En la cuarta parte se describen los resultados de la sobrecarga en el CP.
- Finalmente a manera de conclusión se describe a detalle el impactos del tratamiento en general.

Familia 1 (FS1)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

El AM de 69 años, es pensionado del IMSS, con estudios hasta 6to. año de primaria, trabajó como operador de autotransportes, actualmente divorciado formalmente desde hace tres años, pero separado de su esposa desde hace cinco años. Vive en casa propia

y el cuidado lo brindan sus tres hijos, los cuales mensualmente se han organizado en atender sus necesidades y estar al pendiente de sus visitas médicas. Goza de estabilidad económica, para satisfacer sus necesidades básicas, con reservas a una buena administración y control de sus gastos, por lo que los hijos aportan también económicamente.

En la siguiente figura (ver fig. 35) se muestran los resultados en relación al funcionamiento familiar en lo que puede destacarse lo siguiente:

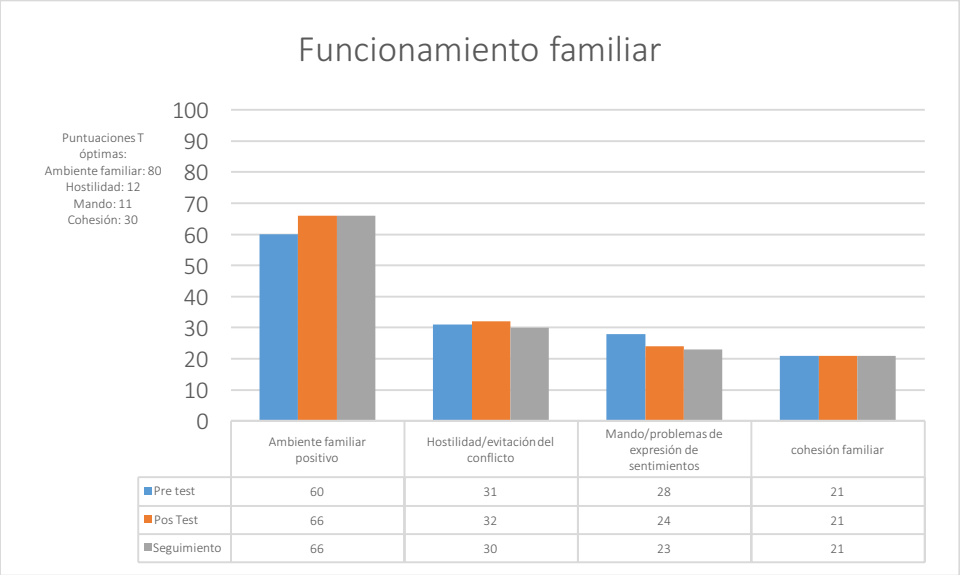


Fig. 35.- Resultados funcionamiento familiar.

Por lo que podemos observar en este caso en particular, en el ambiente familiar hubo incremento en la calificación y es el que puntúa más alto, hubo un descenso en lo que como familia perciben como problemas en la expresión de sentimientos, lo que significa que optimizó esta área entre sus miembros, aunque no se logró llegar a los puntajes deseados, con respecto a la evitación del conflicto al finalizar el tratamiento aumento los puntajes y en la etapa de seguimiento descendió, cuestión que se relaciona a lo anterior que se mencionaba con la dimensión de mando o expresión de sentimientos, pues durante el tratamiento lo que se observó entre los participantes, fue que podían manifestar de manera mas clara y específica lo que les molestaba y enojaba; por ello aunque no fue posible llegar a los niveles óptimos, esto se puede valorar como positivo

dentro de lo que conforma la comunicación familiar y finalmente en lo que respecta a la cohesión familiar, los puntajes permanecieron igual en las tres mediciones.

Cabe destacar que además para el diagnóstico de la configuración familiar, se construyó el genograma (ver fig. 36); porque en el trabajo clínico permite una comprensión más amplia del entorno familiar del paciente y en el que se desenvuelve, así como implicaciones relacionales entre la conducta sintomática del paciente y pautas homeostáticas con los miembros de su familia de origen, reproduciendo aquellas que permiten el equilibrio o desequilibrio familiar.

El genograma se trabajo bajo codificaciones de figuras y símbolos con significados específicos para el terapeuta familiar, de tal modo que le simplifique la recolección de los datos (Mc Goldrick y Gerson, 2008).

Los símbolos más usados son:

Cuadros simbolizan a los hombres

Círculos simbolizan a las mujeres

Las líneas simbolizan tipos de relaciones, así tenemos las de color rojo que implican el grado de fusión entre un miembro y otro, las de color verde que simbolizan armonía, las grises y punteadas, que significan indiferencia o distanciamiento, a su vez están las líneas quebradas y rojas que implica a toda relación conflictiva e intensa.

A su vez cada miembro puede ser marcado con colores específicos, el recuadro amarillo y que distingue a un miembro de todo el genograma simboliza a la persona índice

o paciente identificado, en los casos podrá notarse como esta figura es la que corresponde a los AM tratados en sesión.

Otra distinción son las marcas de colores sobre algunos miembros que simbolizan algún padecimiento clínico, tendiendo así por ejemplo que el morado simboliza a la diabetes, el rosa al cáncer y el negro a algún padecimiento o incapacidad mental. Por otro lado se notará que algunos miembros de la familia están cruzados por una X, esto es porque simboliza que ha fallecido.

Esperamos que con esta explicación, sea fácil entender la descripción gráfica del árbol genealógico conocido como genograma. A continuación se describe la información obtenida de esta herramienta.

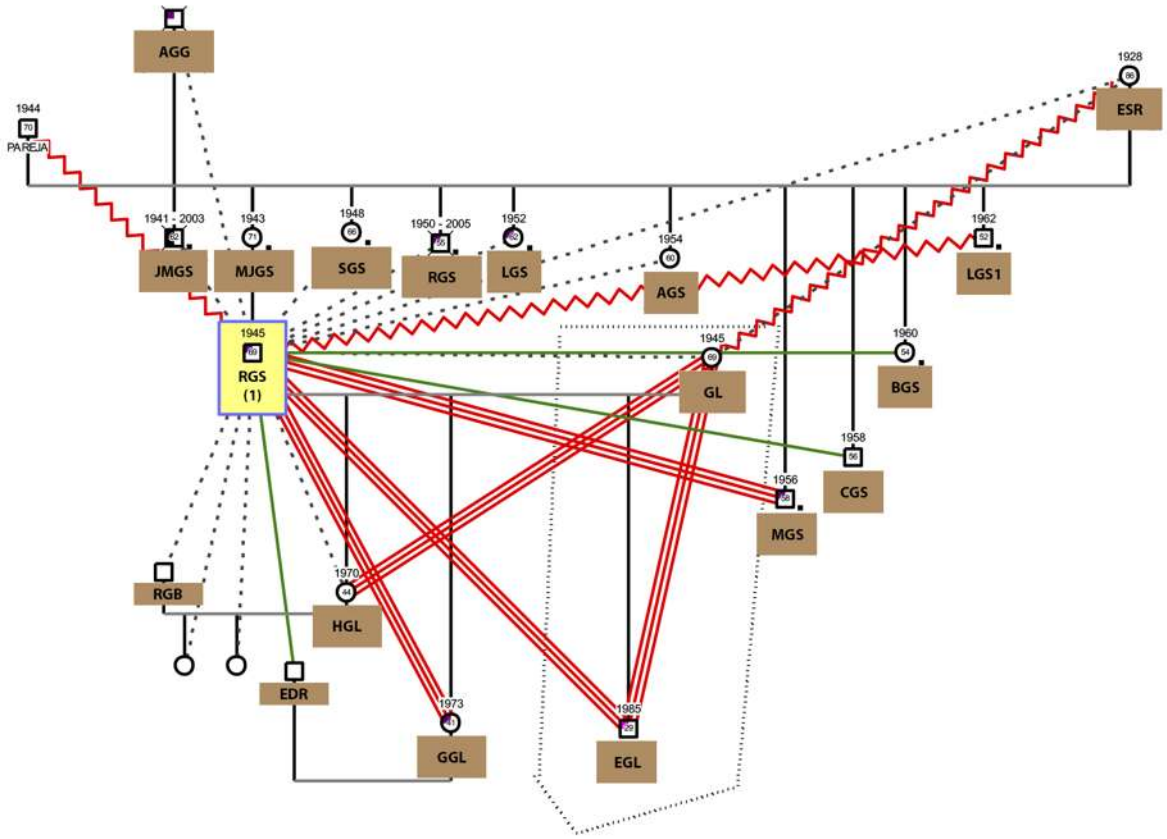


Fig. 36: Genograma Familia 1 (FS1).

Como puede apreciarse en el genograma de la familia desde el análisis de estructura básica, es una familia rígida compuesta por: subsistema parental, los padres en etapa de AM y en ciclo vital de nido vacío; subsistema conyugal no existente (divorcio desde hace cinco años) y subsistema filial conformado por tres miembros (dos hijas y un hijo). La dinámica familiar se vive en dos espacios geográficos (casa habitación de la madre y casa habitación del padre). En esta familia en particular, la emancipación del hijo menor ha sido difícil, ya que por ser el único soltero le corresponde (de acuerdo a la historia familiar el hijo o hija menor siempre se queda a cargo de los padres) el exclusivo cuidado de sus padres; con énfasis en cuidado primario al padre con diagnóstico de DM2, y a la madre en lo económico como referente. A continuación se detalla esta relación entre los miembros que componen este sistema familiar:

La configuración familiar está caracterizada por ser de tipo fusionada conflictiva con poca adaptación al ciclo vital, pues aún después del divorcio se vive en estrecha relación conflictiva con el padre y la madre, y esto se ve reflejado respecto a la distribución de los tiempos de los hijos, para dedicar espacios en el cuidado y atención de los padres adultos mayores, la recreación y los momentos sociales familiares.

Esta característica en la estructura, tiene una importante relevancia en la vivencia de la relación con los abuelos y los nietos, experimentada por todos en general como conflictiva o en pugna de lealtades; y en lo que respecta al cuidado y atención al AM con DM2; pues de ello depende la buena o mala adherencia al tratamiento. La sintomatología provenida del descontrol diabético es utilizada como una forma de comunicar un problema derivado de esta interacción denominada triangulación.

En lo concerniente a la adaptación al ciclo vital queda claro que en esta familia no ha podido llevarse con éxito, pues el hijo esta focalizado en las problemáticas de los padres mayores necesitados de atención; sin oportunidad a un proyecto individual de vida tanto en el plano profesional, como en lo íntimo relacional. En lo que respecta a la repetición de pautas de generación a generación se puede apreciar un rasgo característico; el uso del síntoma como recurso para el logro de equilibrio homeostático,

de tal manera que el conflicto real queda sin resolución. Al respecto la familia describe como en cada generación existe un enfermo crónico, con mayor índice la aparición de la diabetes (marcado con el color morado) y la obesidad.

Por su parte cuando se interroga sobre sucesos de la vida y como han sido experimentados por la familia, se puede ver que el funcionamiento familiar de tipo fusionado es la manera en la que han aprendido a resolver problemas además de la somatización.

El genograma ayuda entonces en la identificación rápida de la aparición del síntoma psicosomático y su persistencia en el tiempo en una organización familiar disfuncional, así como por factores internos y externos a la familia (sucesos vitales) a través de retroalimentación se mantiene el *status quo* disfuncional de la familia, por lo que el síntoma adquiere así un significado simbólico o de metáfora, que comunica una realidad familiar.

Como terapeutas familiares, en este tipo de funcionamiento familiar, se debe estar atento en que las intervenciones que se realicen eviten la migración del síntoma; fenómeno que se presenta ante la falta de una reestructuración global del sistema, aún con la desaparición de la enfermedad en el paciente identificado, puede ir acompañada de un nuevo síntoma en él o en otro miembro de la familia.

No menos importante, es atender el tipo de afrontamiento a la etapa del ciclo vital que están viviendo el AM, pues denota características de envejecimiento patológico, quede claro que existe la vivencia de una relación dependiente con el hijo menor para el apoyo y cuidado de su enfermedad y la existencia de escasas de redes de apoyo, pues su interacción se centra en el conflicto no resuelto con su ex esposa, reduciendo la posibilidad de vinculación con familia extensa.

Es clara y evidente la vivencia del fenómeno denominado bastón único (sentido de vida cristalizado y rigidizado en un rol o status: ser madre, esposo, profesionista, entre

otros), así también hay duelos no elaborados, que se manifiesta en este encrespamiento del conflictivo en el subsistema conyugal, aún con un proceso de divorcio finalizado.

Así entonces al finalizar el tratamiento, se realizaron cambios en lo referente a la somatización, fortaleciendo las áreas de autocontrol, autoeficacia e independencia, puesto que vive solo nuestro paciente índice. Los cambios en la configuración mas fuertes fueron lo referente a autonomía, definición de la relación entre el AM y el hijo varón que funge el rol de CP y las dos hijas mayores; y la búsqueda de actividades recreativas que impactaran en el su control de peso y alimentación, al final del tratamiento el hijo varón se encontraba en el inicio de un nuevo proyecto de trabajo y en la obtención de grado de maestría en derecho, así como en proceso terapéutico individual.

II. Indicadores metabólicos.

Como puede apreciarse en la tabla 9 que a continuación se presentan, hubo modificaciones en los niveles metabólicos, en especial en lo relativo a la hemoglobina glucosilada (HbA1c) la cual al inicio era de 13.7 y en el final del tratamiento fue de 5.3 y en el seguimiento de 6.5 %.

El examen de hemoglobina glucosilada, determina como ha sido el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos tres meses. Los rangos de medición en este tipo de indicador son los siguientes:

- Normal (no hay diabetes): menos de 5.7%
- Prediabetes: 5.7 a 6.4%
- Diabetes: 6.5% o más
- Paciente diabético controlado: menor o igual a 6%

Por ello este indicador es el más importante en este análisis. Al igual que los niveles de colesterol, el cual los rangos de control adecuado deben estar en menos de 150 al igual que los triglicéridos y los cuales se puede apreciar una disminución

notablemente; así como la glucosa, la cual debe oscilar entre rangos menores de 100. Además debe destacarse que la familia y el mismo AM refiere haber bajado seis kg. de pesos en este lapso de tiempo y la toma adecuada de sus medicamentos en tiempo y forma.

Tabla 9. Indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
AM1	13.7	5.3	6.5	220	140	140	410	150	150	230	94	94	140/89	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia.

Se evaluó la calidad de vida del AM, desglosada en seis categorías o factores, lo cuales entre más cercano a 100 (P.T) mayor su percepción como positiva y entre mas cercanos a cero la percepción es negativa. A continuación (Ver figura 37).

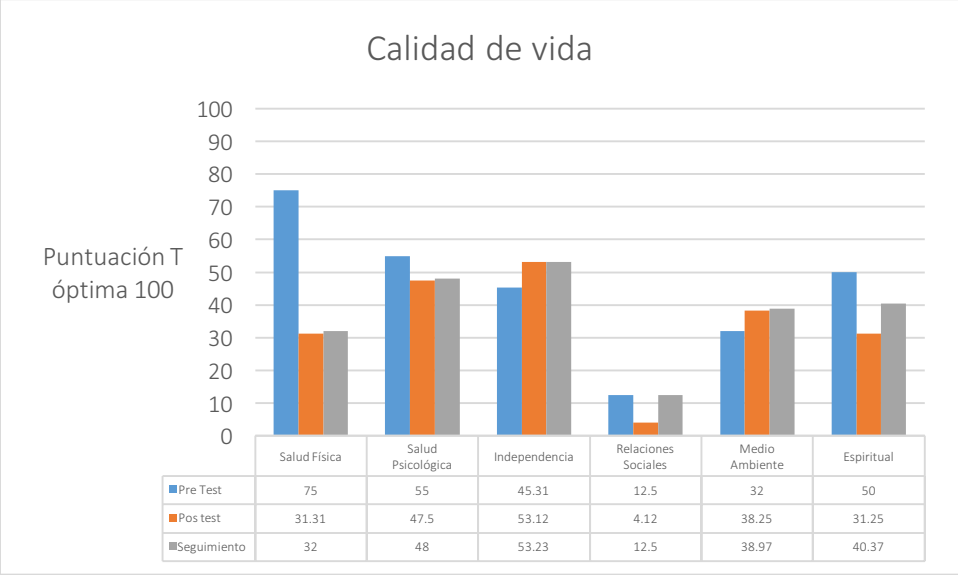


Fig. 37.- Calidad de vida del AM.

Se puede apreciar como en este caso el AM obtuvo los siguientes resultados: es notable el decremento con respecto a su salud física, aunque esto no se refleja en los

resultados de sus indicadores metabólicos, descritos anteriormente, la explicación posible podría ser la cuestión que el AM se hizo responsable de su enfermedad, es decir, asumió que es un enfermo crónico y que por ende debía modificar sus estilos de vida que se reflejaran en un mejor autocuidado y auto control de la DM.

Así también hubo disminución en las puntuaciones de los factores que miden relaciones sociales y el área espiritual, esto quizá tiene explicación dado que a partir de la intervención la configuración familiar se torno diferente a lo que estaba acostumbrado el AM, debiendo aceptar el hecho de vivir solo y haberse responsabilizado de su autocuidado, evidenciado en el incremento en el área de independencia.

Por otro lado en las actividades de autoeficacia, se evalúan de acuerdo a rangos por cada actividad, que a continuación se describen:

Tabla 10. Rangos de medición de autoeficacia en AM

Autoeficacia			
Puntuación T			
Tipo de actividad	Baja	Moderada	Alta
Actividades de Independencia	0-12	13-46	47-100
Actividades Mentales	0-4	5-37	38-100
Actividades Física	0-5	6-38	39-100
Actividades sociales	0-12	13-46	47-100
Actividades protección a la salud	0-17	18-50	51-100
Global	0-23	24-56	57-100

A continuación se muestran los resultados (ver fig. 38).

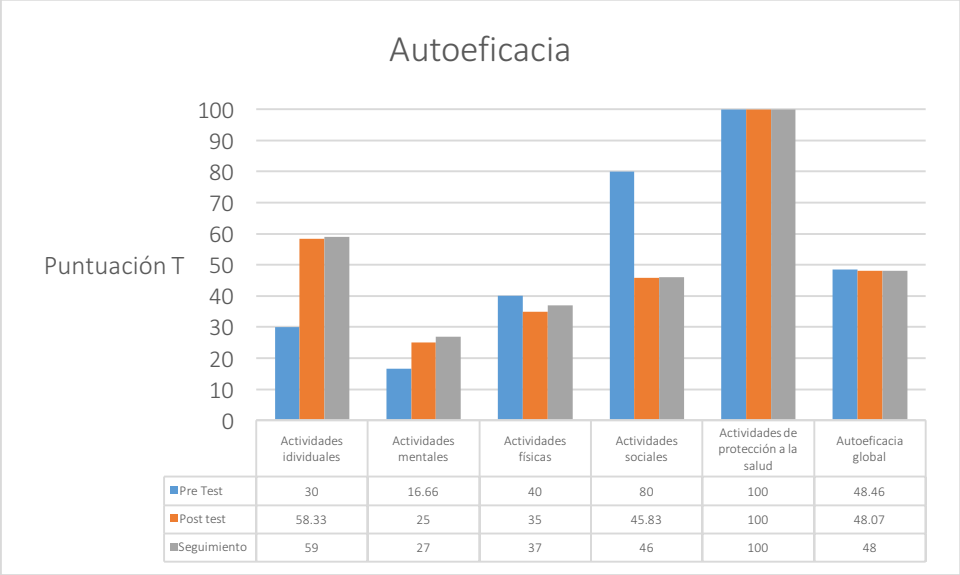


Fig. 38.- Evaluación de la autoeficacia del AM.

En los puntajes obtenidos puede apreciarse que hubo también modificaciones en lo referente a las actividades individuales y mentales. En la primer medición había más actividad social, y no así ya en la segunda medición y la etapa de seguimiento, esto se explica porque incrementó las actividades individuales, que corresponden a su propio autocuidado y que se refleja en las actividades de protección a la salud.

III. Sobre carga del CP.

Este aspecto se evaluó al familiar que funge con mayor responsabilidad en el cuidado y atención del AM, en este caso el hijo menor fue el evaluado, teniendo los siguientes resultados (ver fig. 39).

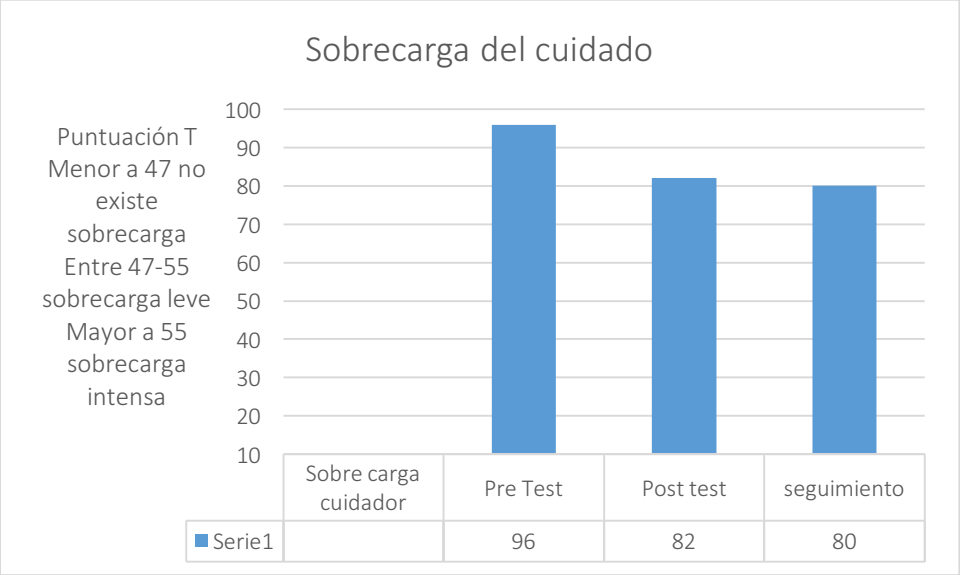


Fig. 39.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

En cada una de las mediciones registraron una sobre carga intensa, sin embargo después del tratamiento se registró un decremento. La explicación a esto se debió a que los miembros de la familia otorgaron el estatus de CP al hijo menor sin posibilidad a rotarlo o darle tregua (se trata de una familia de estructura rígida, como ya se había mencionado); aún así ante este escenario el hijo estableció la forma de ejercer el cuidado, definiendo limites en los tiempos de visitas así como delegando responsabilidades en su familiar AM, como en sus hermanas, por lo que aunque en puntaje esto no se visualiza como notorio, dentro de lo que es la comunicación y la reestructuración familiar es un avance positivo.

Familia 2 (FS2)

III. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

El AM de 68 años, pensionado del ISSSTE, que trabajo como profesor durante 40 años, y con diagnóstico de diabetes desde hace ya 20 años, a la fecha, presenta insuficiencia

renal sin utilizar aún diálisis, pues maneja un buen control de su enfermedad y como él mismo lo menciona: “No quiero que me lleguen a dializar ni quiero perder ninguna parte de mi cuerpo”. Goza de una buena condición económica, pues además de su pensión tiene tierras de cultivo de donde también tiene otra fuente de ingreso, además de la comercialización de camarón durante el temporal, ya que él y su familia son oriundos de la zona costera del Estado.

Con relación a la evaluación sobre la configuración familiar, se puede apreciar (Ver figura 40) que después del tratamiento de la ISFC-AM hubo cambios en lo concerniente a la expresión de sentimientos y cohesión familiar, siendo estas resultados positivos para una configuración familiar dentro de los parámetros de la normalidad, cuestión que queda de manifiesto también en el genograma familiar (Ver figura 41).

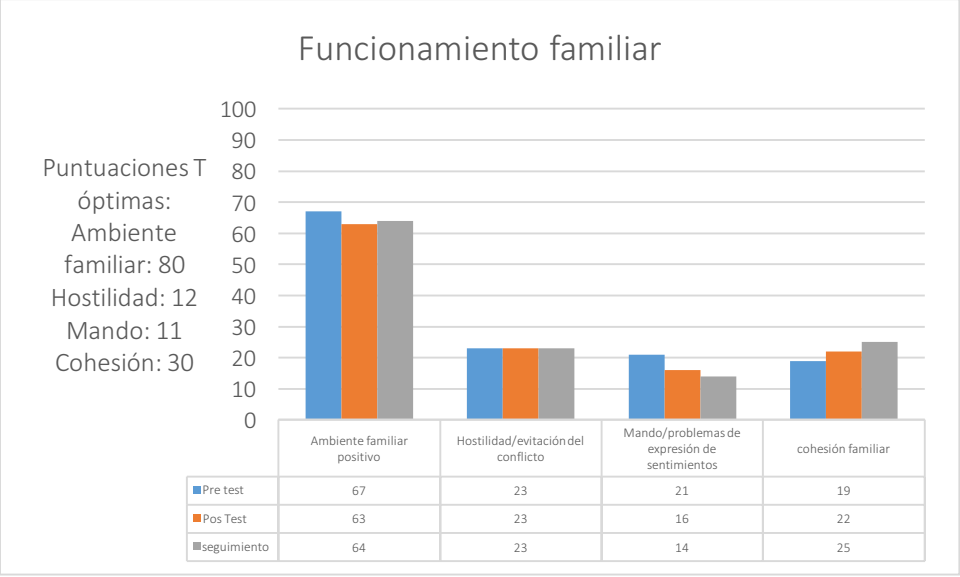


Fig. 40.- Evaluación del funcionamiento familiar.

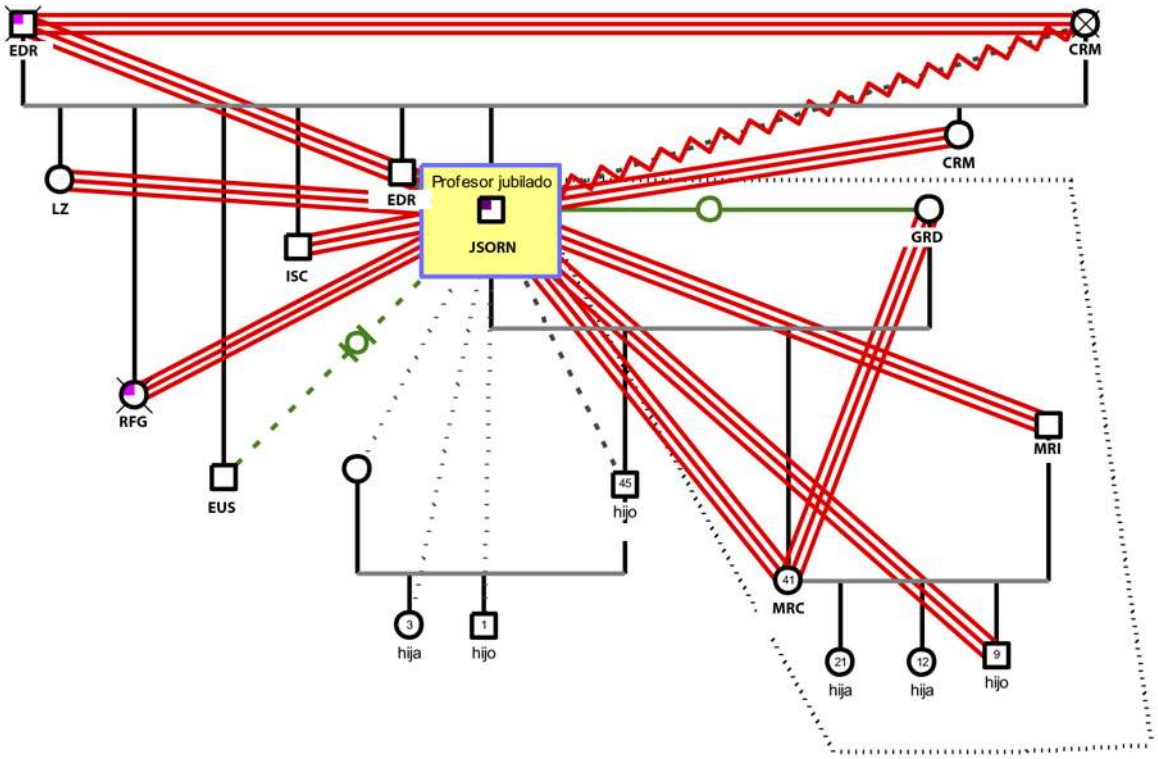


Fig. 41.- Genograma Familia 2 (FS2).

Familia de estructura flexible, queda muy claro también que la enfermedad no es un factor de vinculación, es decir, el síntoma no es lo que hace que la familia se desenvuelva. En relación a repetición de pautas familiares de enfermedades crónico degenerativas, refieren que solo dos hermanos del AM murieron de CA de pulmón (el padre y una hermana).

Lo que destaca del genograma son lo valores familiares de lealtad y apoyo entre sus miembros, pues aunque distanciados (hermanos del AM), si están al tanto de cada uno de sus miembros, por lo que se considera un relación distante pero no conflictiva.

Un dato importante es que el AM, desde muy chico fue separado de la familia y mandado a estudiar a un internado (hijos del ejercito), lejos de haber sido una experiencia abrumadora o triste, pero para el abuelo este momento fue satisfactorio porque aunque no podía ver a su familia hasta los periodos vacacionales, en el internado adquirió mucho aprendizaje sobre disciplina y apoyo con sus compañeros; esta característica se refleja

también en el cuidado y auto cuidado que maneja de manera natural y el alto grado de disciplina que lleva ante su enfermedad; por lo que queda manifiesta esta creencia y valor familiar como recurso y fortaleza dentro de la familia.

Así pues, dado a lo anterior en el CP no existe sobre carga, ya que entre la hija y la nieta tienen repartidas las tareas, además de no ser rígida la función de los roles, sino que están distribuidos y se alternan de manera constante.

El CP, diariamente dedica una hora a la lectura, sale a caminar, realiza actividades de manualidades con vecinas y amigas y también elabora huaraches (actividad que le llena de satisfacción).

Por su parte el resto de la FAM, dicen apoyar en la preparación de la cena para todos, así mismo como ayuda con el trasporte para el papá, que aunque sigue manejando su vehículo; en la ciudad de Tepic específicamente se abstiene por temor a tener un accidente cuando le vienen los altibajos en la presión arterial.

En el caso de la nieta, ella apoya a su abuela (CP) en los quehaceres de la casa, quien tiene su mayor responsabilidad el cuidado de la dieta y sus curaciones a las yagas varicosas que comienza a presentar el AM.

Otra situación a destacar son los límites entre subsistemas los cuales están definidamente claros, a pesar de que la hija vive con sus propios hijos, en la casa de los abuelos, no interfieren en su autoridad como mamá, aunque subrayan y dejan muy claro que son los abuelos la jerarquía mayor.

En el subsistema conyugal existe también un tiempo específico para realizar juntos actividades, las cuales son descritas como: ir a Tuxpán (lugar de origen del AM) todos los fines de semana: “estamos solos y platicamos mucho, y nos ponemos a limpiar un terreno que tenemos para mantenerlo siempre limpio y que no se deteriore nuestra casa,

pelamos camarón juntos y traemos para vender y para la familia". Queda claro entonces ser una familia que entre sus miembros se cooperaran y apoyan.

II. Indicadores metabólicos.

Con respecto a los cambios y modificaciones que sufrió el AM, posterior al tratamiento, se pueden ver en el siguiente tabla (ver tabla 11). Los resultados se muestran más en la medición de glucosa, aunque este paciente es un diabético controlado y disciplinado como se mencionaba anteriormente.

Tabla 11. Indicadores Metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
AM2	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
	5.5	5.5	6	143	140	140	134	130	145	106	94	94	110/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia del AM.

Las variables que interesaban modificar con el tratamiento fueron además de los indicadores metabólicos, la calidad de vida y la autoeficacia del AM, ya que se asume que no solo es estar bien controlado fisiológicamente, sino el cómo se siente el paciente con diabetes, que de esta manera propicie el incremento en el autocuidado y control de su enfermedad. Al respecto en este caso, podemos apreciar los cambios sufridos en las variables descritas (ver fig. 42 y 43).

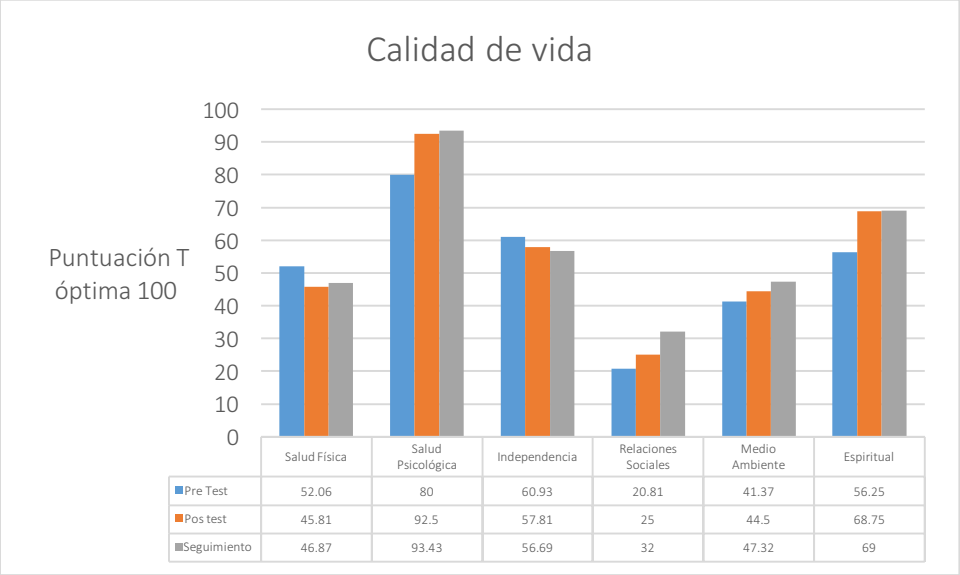


Fig. 42.- Evaluación de la calidad de vida del AM

Podemos apreciar los cambios sufridos en específico en las categorías referentes a salud psicológica, relaciones sociales, espiritual y medio ambiente, con aumento en las puntuaciones, y un ligero descenso en el área de salud física, esto se explica, ya que en la última semana de tratamiento, refería malestar de dolor en piernas (neuritis) derivado de su nefropatía.

En lo que se refiere a actividades de autoeficacia, la evaluación previa y posterior al tratamiento así como en el seguimiento fue la siguiente (ver fig. 43).

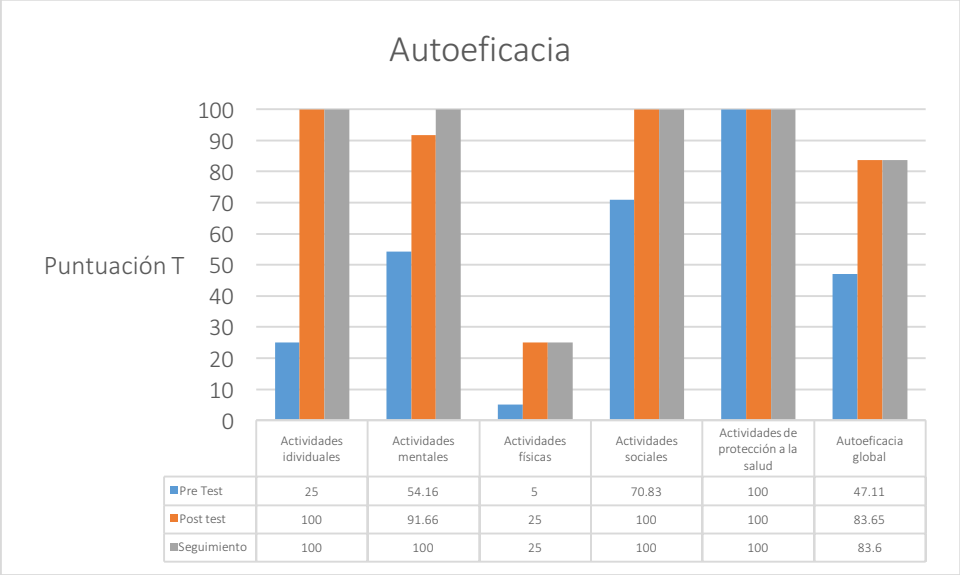


Fig. 43.- Evaluación de la autoeficacia del AM

Como se puede ver en la figura 43, los resultados son positivos y claramente se muestra las modificaciones que sufrieron los puntajes obtenidos al principio en cada una de las áreas, solo las de protección a la salud siguió igual, pero el puntaje obtenido es el ideal, y como ya se ha venido detallando, este es el caso de un AM diabético controlado y muy responsable de su tratamiento y su autocuidado.

IV. Sobre carga del cuidador.

Otra variable a medir y que dentro de los objetivos del tratamiento estaba influir en ella, es la sobrecarga del CP, en la fig. 44 se muestra, como este característica no estaba presente en el familiar que lleva este rol, sin embargo al terminar la intervención y en el seguimiento también aminoró en su puntuación. Situación que se describe desde párrafos anteriores, en las que es claro la distribución adecuada de funciones así como la cooperación y ayuda entre los miembros de este sistema familiar.

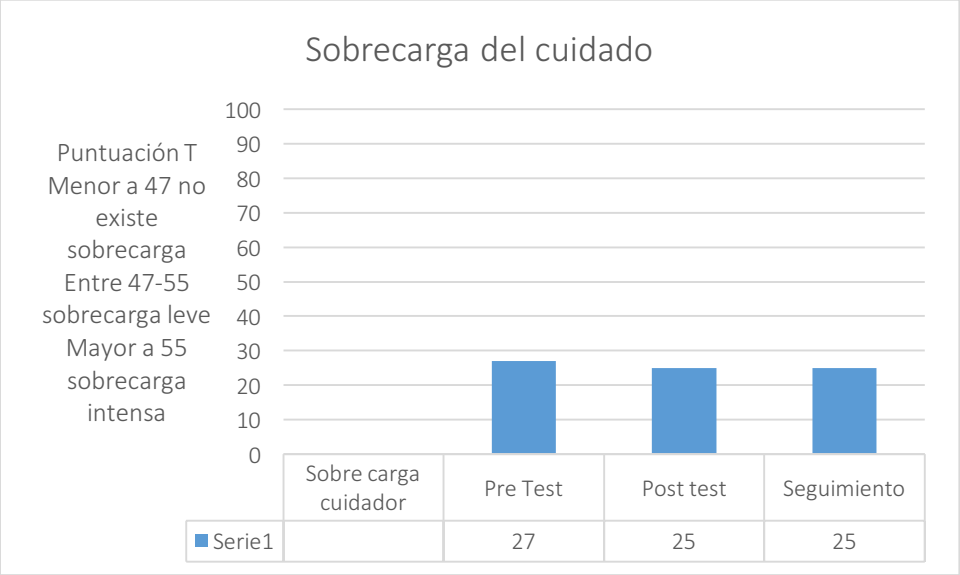


Fig. 44.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

En este caso en particular la ISFC-AM mostro que la intervención jugó un papel potenciador para reforzar las áreas fuertes y modificar las posibles áreas de oportunidad de la familia, aunque era ya desde inicio un sistema funcional por su buena distribución de roles y funciones, delimitación clara entre los subsistemas, y responsabilidades compartidas.

Familia 3 (FS3)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

La adulta mayor es ama de casa, de 89 años de edad, con estudios de primaria únicamente, originarios de Durango, vive con su esposo de 90 años, el cual se dedica al comercio (vende cañas y cacahuates), de escasos recursos, son derechohabientes beneficiaros del ISSSTE, por el trabajo de una de sus hijas como secretaria en oficinas de gobierno. Viven en casa propia, junto con el matrimonio de su hijo menor y sus nietos. La nuera es la que juega el rol de CP, aunque la distribución del cuidado es alternado con las hijas de la AM.

Como podemos apreciar (ver fig. 45) en la evaluación sobre el funcionamiento familiar antes y después de la ISFC-AM, hubo modificaciones en las áreas de ambiente

familiar positivo y cohesión familiar puntuando alto, y con puntaciones en descenso las áreas de hostilidad y evitación del conflicto así como problemas en la expresión de sentimientos, por lo que el resultado se connota como benéfico en la configuración familiar a partir de la intervención.

En lo que respecta al genograma familiar, (ver fig. 46), la información recabada nos habla de una familia de configuración flexible y adaptable, con fuertes recurso ante la resolución de conflictos o crisis familiares, como son la muerte de manera violenta de varios de sus miembros (hermanos e hijos de la AM). De igual modo puede apreciarse que la enfermedad en los miembros de la familia que se relacionan de manera estrecha con la AM aparece, sin embargo no es el foco de la relación ni la pauta vincular.

Otro rasgo que destaca de la familia de origen de la AM, es la longevidad, sus hermanos aunque finados muchos, su fallecimientos oscilan entre las edades de los 90 y 80 años, con excepción de los que fallecen de manera violenta (asesinados) por disputas entre los lugareños.

Ya en la familia nuclear de la AM, concibe 16 hijos, algunos de ellos mueren bebes o de infantes, por accidentes o muerte por picadora de alacrán, (al parecer era lo común en ese poblado de Durango y también lo esperado ante familias con muchos hijos).

La AM, menciona ser hija bastarda (a lo que las hijas la corrigen, sobre el concepto peyorativo que circula este concepto), y menciona que conoció y tiene buena relación con sus medios hermanos por parte de su papá, de los cuales, los dos son diabéticos, por lo que se infiere que la herencia genética es por el lado paterno de la AM.

Se le cuestiono a que atribuye la aparición de la enfermedad, y menciona que fue cuando su hijo Rigoberto se fue a vivir a Mazatlán con sus familia. También este hijo es quien hace un cambio en la religión que profesaba (se convierten en evangélicos) y a partir de allí mencionan como familia, todo cambio para bien. Como puede verse y pensar o suponer que existiera una lealtad patológica entre la AM mayor y el hijo menor que

alertara; a pesar de ello los limites están muy claros, así como la comunicación entre estas dos familias que cohabitan juntas, por lo que durante las subsiguiente sesiones se descartó la hipótesis de amalgamientos o triangulaciones perversas.

Por otro lado la AM refiere tener mucha actividad (dentro de sus propias limitaciones que la edad le genera) física, mental y social, además las hijas comentan que si por algo su mamá está bien y lucida es porque la dejan realizar sus cosas, como a ella le gusta, esto denota un envejecimiento saludable como lo define Salvarezza y Zarebski (2008).

Por otro lado aunque es una familia grande, existe la distancia normal entre sus miembros, no son invasivos y respetan la vida de cada uno de ellos, solo las hijas se distribuyen el cuidado y visitas a sus papás, y los hijos que viven fuera de la ciudad saben de manera clara que su apoyo consiste en lo económico. Por lo que en el tratamiento se potenció esta áreas y se fortaleció las áreas de oportunidad.

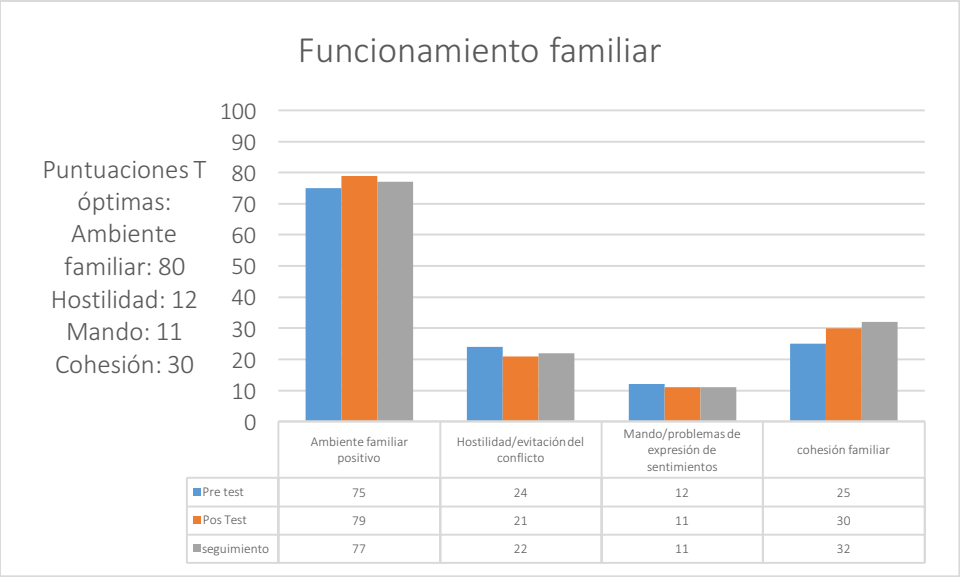


Fig. 45: Evaluación pre y post de la ISFC-AM

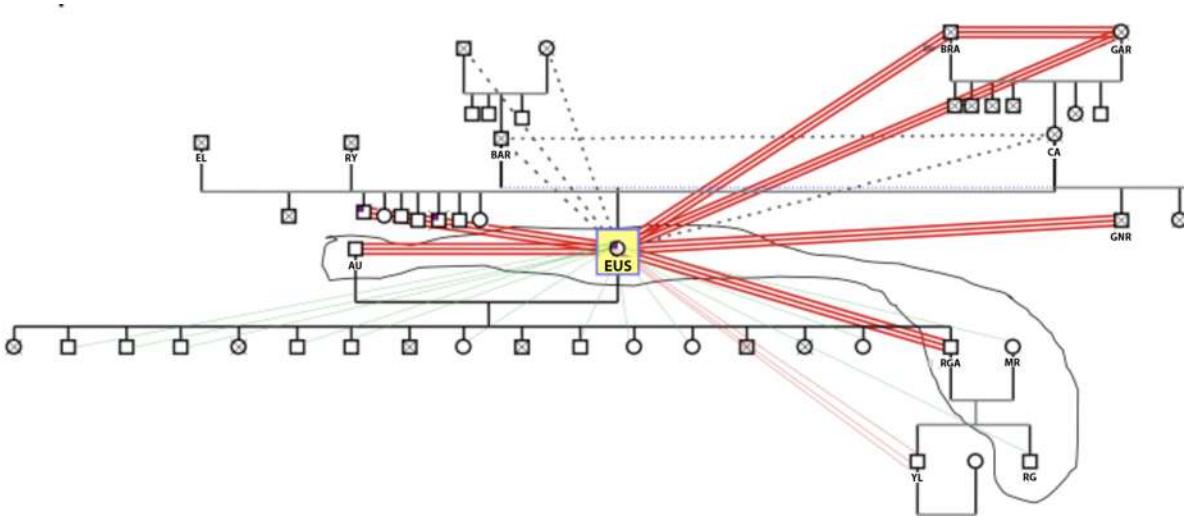


Fig. 46: Genograma Familia 3 (FS3).

II. Indicadores metabólicos.

Por lo que respecta a las modificaciones que sufrieron a partir del tratamiento los indicadores metabólicos puede apreciarse (Ver tabla 12) que hubo modificación en cada uno de las mediciones aunque no se llego a nivel óptimo, si puede notarse los descensos en las evaluaciones.

Tabla 12: Indicadores metabólicos antes y después de la ISFC-AM

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
AM3	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
	7.2	7	7	186	176	168	313	200	180	142	130	142	140/70	130/60	140/70

III. Calidad de vida y autoeficacia del AM.

En lo referente a calidad de vida y autoeficacia, podemos apreciar lo siguiente (ver fig. 47 y 48), en cada una de las áreas evaluadas hubo un aumento en las puntuaciones obtenidas con referencia de la pre-evaluación, por lo que podemos apreciar que el tratamiento de la ISFC-AM tuvo una influencia en esta variable.

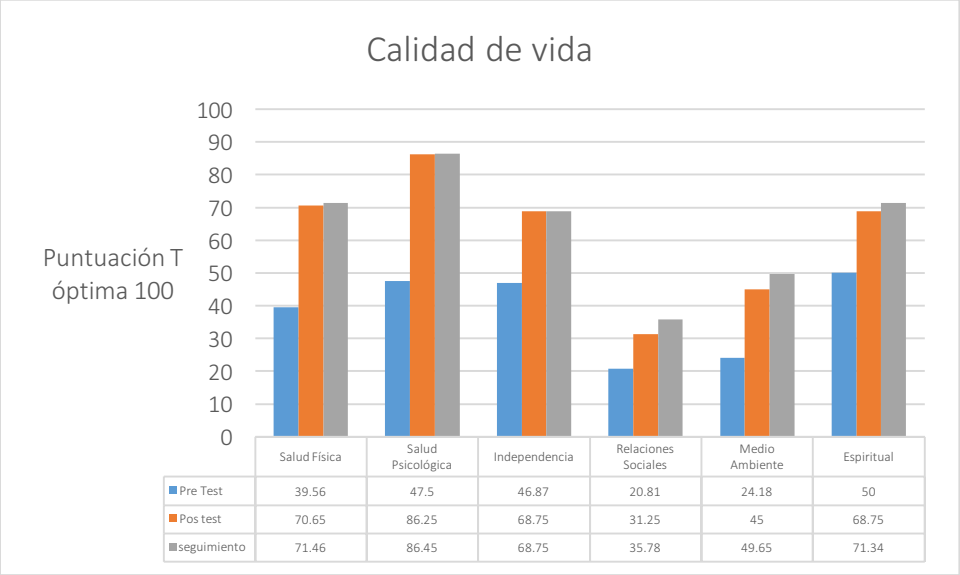


Fig. 47: Evaluación antes y después de la ISFC-AM.

Por otro lado en lo que concierne a las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento en relación a la autoeficacia en actividades que realiza la AM muestra un incremento en cinco de las seis áreas evaluadas, estas son: actividades individuales, mentales, físicas, sociales, y en el puntaje global. No así en las actividades de protección a la salud, debido a los últimos resultados de laboratorio, donde la paciente esperaba mejores referentes, aunque en la percepción del grupo familiar la consideran muy disciplinada y consciente de su cuidado en todos los aspectos.

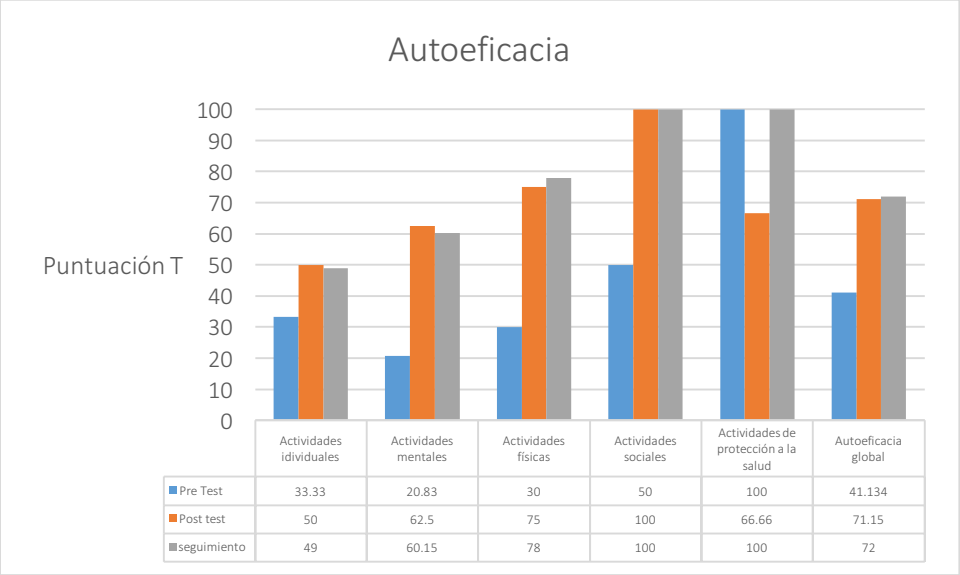


Fig. 48: Evaluación antes y después de la ISFC-AM

IV. Sobrecarga del cuidador.

Como ya se ha venido describiendo, la distribución de funciones y la configuración flexible y adaptable de la familia de la AM, posibilita la no aparición de sobrecarga en el familiar que lleva la responsabilidad de CP, como puede apreciarse (ver fig. 49), antes y después no había sobrecarga, y al finalizar el tratamiento de la ISFC-AM, los resultados registraron que se disminuyo el puntaje.

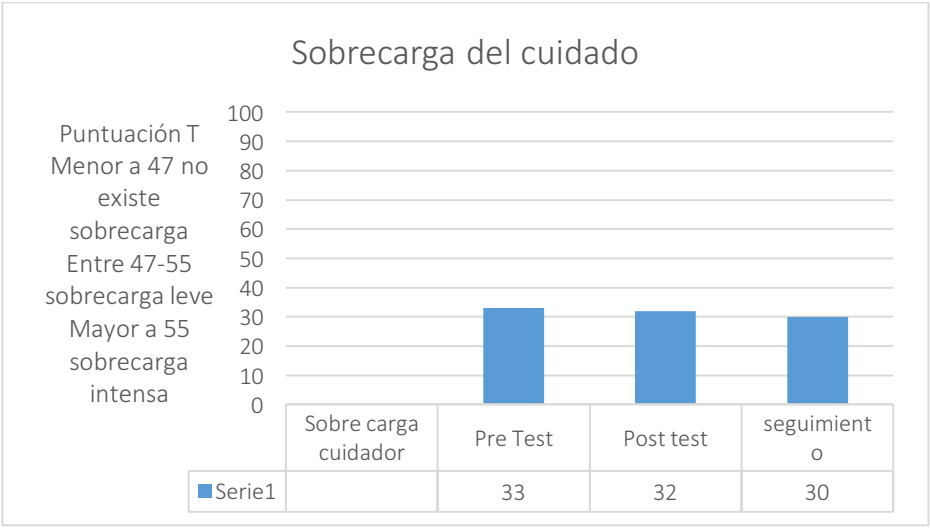


Fig. 49: Evaluación antes y después de la ISFC-AM

Como conclusión en este caso en particular, podemos ver que aunque ya existían características de ser una familia flexible y adaptable, aún así se potenció sus recursos, así como las características de envejecimiento saludable y de control de la enfermedad por parte del paciente, en síntesis la familia con la ISFC-AM, pudo mantener una dinámica familiar saludable y un óptimo cuidado del AM.

Familia 4 (FS4)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

La AM de edad de 88 años, ama de casa y desde hace mas de 15 años separada de su esposo, vive recientemente con una de sus hijas (aproximadamente dos años), razón por la cual accedieron a formar parte del tratamiento, pues el vivir ya no en su casa de la AM ha traído alteraciones en el estado de ánimo de la abuela; según relatan las hijas y nieta que asisten a sesión.

Económicamente la situación es estable, pues recibe apoyo por parte de sus hijos y nietas, además de tener servicios médicos por el ISSSTE; sin embargo se decidió que viniera a vivir con su hija, por la preocupación constante de que pudiera ocurrirle algo al estar sola en su propia casa, además de no poder vigilar de manera cercana que realizará sus alimentos en horarios y forma como lo indica su médico. En casa viven solo mujeres: dos hijas (separadas) y dos nietas, y entre ellas se encargan de estar al tanto de lo que necesita la abuelita; aunque la responsabilidad recae sobre la hija dueña de la casa y la que provee el servicio médico a través del ISSSTE; por lo cual es a quien se identifica como el CP.

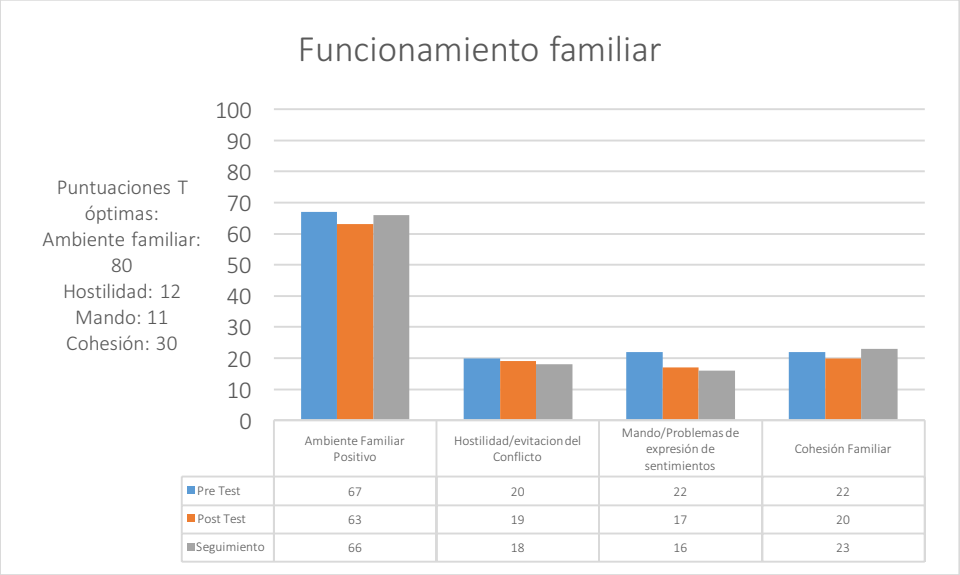


Fig. 50.- Evaluación del funcionamiento familiar

De acuerdo a lo que se puede apreciar en la figura 50, el funcionamiento familiar, conforme a las evaluaciones realizadas antes y después del tratamiento, puede observarse que hubo modificaciones, en lo que respecta al área del ambiente familiar y cohesión al termino del tratamiento y en la fase de seguimiento permanecieron los cambios, y en lo que constituye las dimensión que evalúa los aspectos aspectos negativos (hostilidad, evitación de conflicto y mando problema para expresión de sentimientos) de funcionamiento familiar hubo disminución al término de la ISFC-AM.

Así también conforme se aprecia en el genograma realizado podemos ver como la estructura familiar esta conformada por relaciones fusionadas que brindan una red de apoyo al AM, pero que de no tomarse encuentra y potenciarlo podría derivar en una reacción centrípeta y limitar la autonomía de la abuela; sin embargo como se describe anteriormente, la ISFC-AM, disminuyo este riesgo, y generó un mejor distribución en la configuración familiar (ver fig. 51).

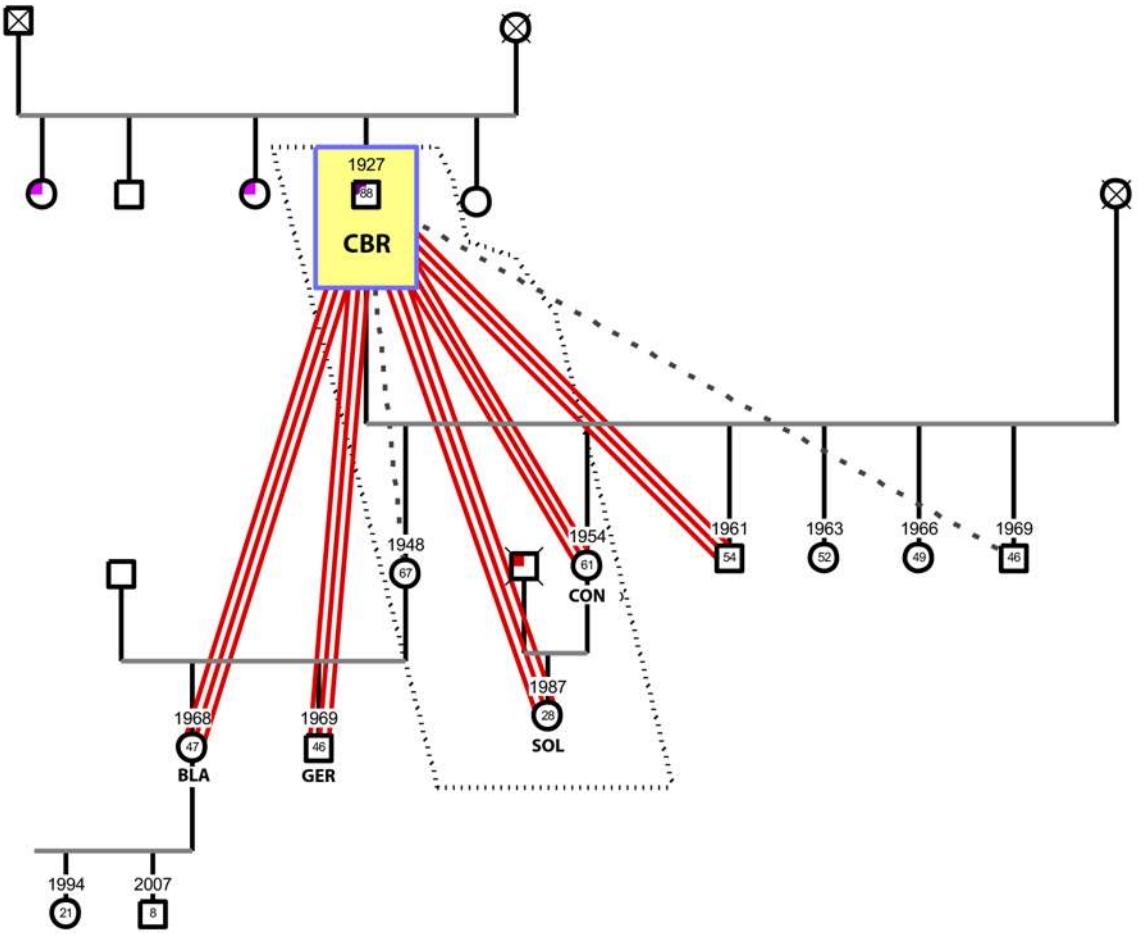


Fig. 51.- Genograma familiar

II. Indicadores metabólicos.

Con lo que respecta a los indicadores metabólicos de la AM, puede apreciarse como si hay cambios en cada uno de ellos, si de un inicio no era una paciente descontrolada, puede apreciarse que al final del tratamiento mejoró aún más en las mediciones.

Tabla 12.- Evaluación de indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
AM4	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
	6.6	6.5	6.5	150	145	147	150	120	120	110	94	100	110/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia.

De acuerdo a las figuras 52, puede apreciarse como la calidad de vida, de la AM en cada una de las áreas hubo un incremento al finalizar el tratamiento, aunque en el área de relaciones sociales no se llego a los niveles por sobre a los 50 puntos (P.T), que es lo ideal.

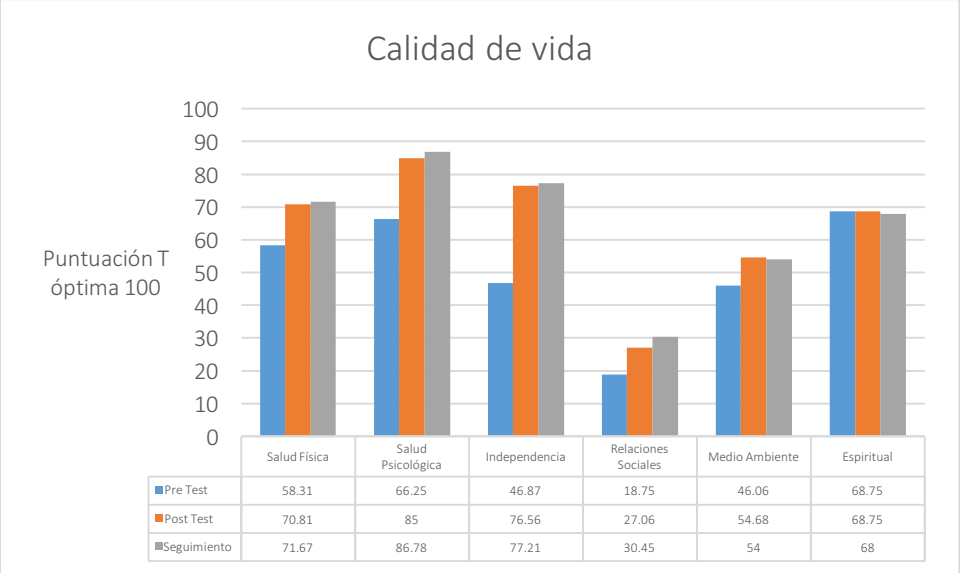


Fig. 52.- Evaluación de la calidad de vida.

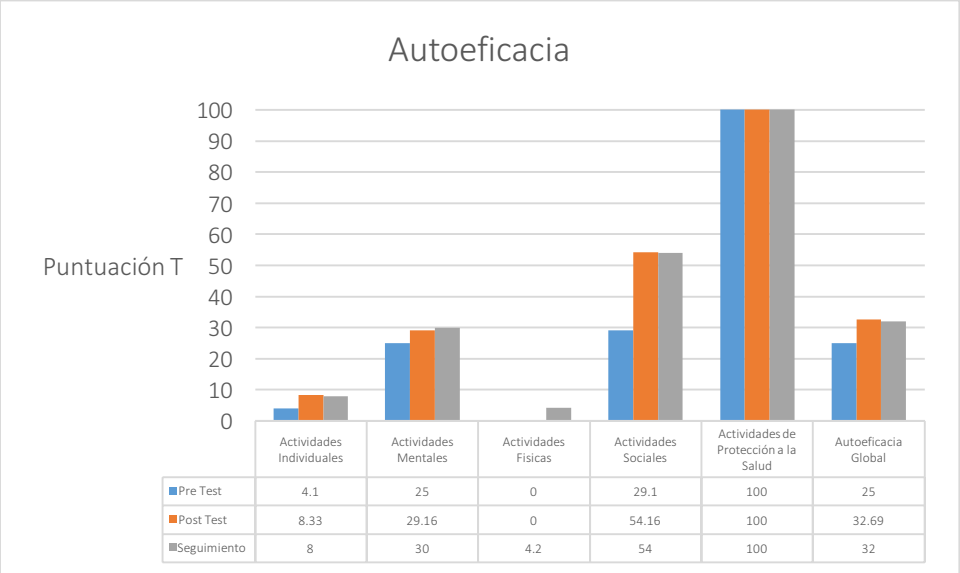


Fig. 53.- Evaluación de autoeficacia.

Así también en lo que respecta a las actividades de autoeficacia, con excepción de las actividades físicas; aspecto que se dejo claro a la familia que debe seguirse trabajando, para no generar dependencia y restar autonomía en su familiar mayor.

IV. Sobrecarga del cuidador.

En relación a esta variable evaluada, puede analizarse los resultados obtenidos, y como disminuyo de manera significativa (30 P.T), este aspecto es relevante ya que, este era una de la razones por las cuales se solicito ser participe de la investigación. La persona que ejercía el rol del CP, no encontraba la manera de cómo asignar o distribuir de manera equitativa el cuidado de su madre. Por lo que el tratamiento fue exitoso para esta familia en particular.

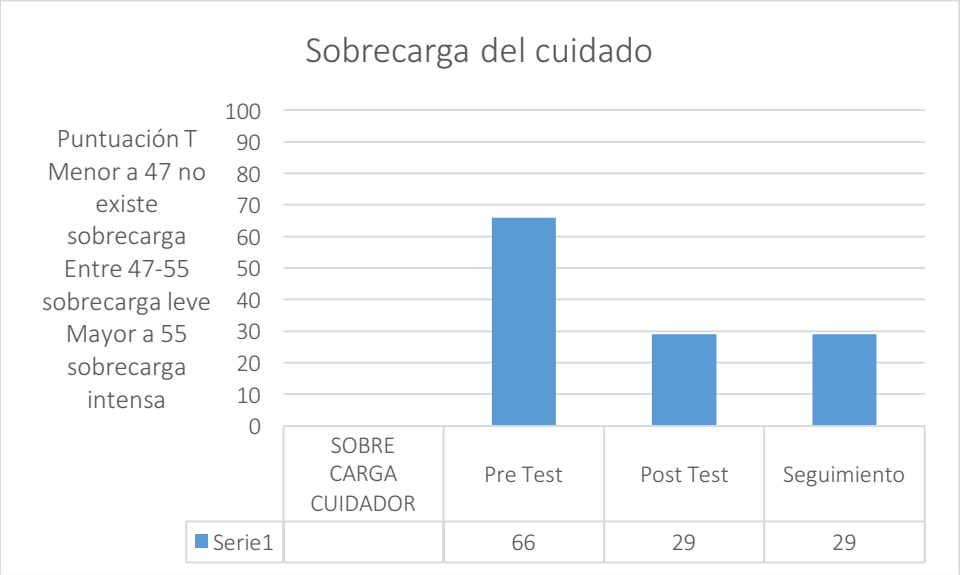


Fig. 54.- Evaluación sobrecarga del cuidado.

En conclusión en este caso en particular, la variable mas afectada fue la sobrecarga del cuidado, por lo que la distribución del mismo se volvió equitativo, aunado al control que la paciente presentaba de su enfermedad, por lo cual se considera que la ISFC-AM ayudó a la familia al mejor cuidado y atención de su familiar mayor.

Familia 5 (FS5)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

La familia esta compuesta por la hija con el rol de CP, su esposo ingeniero y con un buen trabajo dentro del gobierno, dos hijas en universidad, y dos niños (cuates) en edad escolar primaria, y la abuela de 84 años; en el momento de inicio del tratamiento acaba de incorporarse a la familia (de manera temporal) el segundo hijo de la AM, debido a separación e inicio de proceso de divorcio. La abuela tiene ya mas de 15 años viviendo con su hija (desde que fallece su esposo), es derechohabiente al IMSS, y donde llevan su control de su diabetes.

Puede apreciarse desde el inicio la organización y disciplina en todo lo relacionado con el cuidado con la abuela; y de manera flexible toda la familia se involucra en estar presente en las sesiones. La solvencia económica es muy buena, pero la familia tienen como valor intrínseco no ser ostentosos y sumamente ahorrativos; nuevamente se reitera la disciplina que caracteriza a esta familia.

Como puede apreciarse en la siguiente figura 55, el tratamiento tuvo influencia en las variables que componen el funcionamiento familiar: las áreas valoradas como positivas (ambiente familiar y cohesión) incrementaron y disminuyeron las que corresponden a aspectos negativos (hostilidad y problemas de expresión de sentimientos).

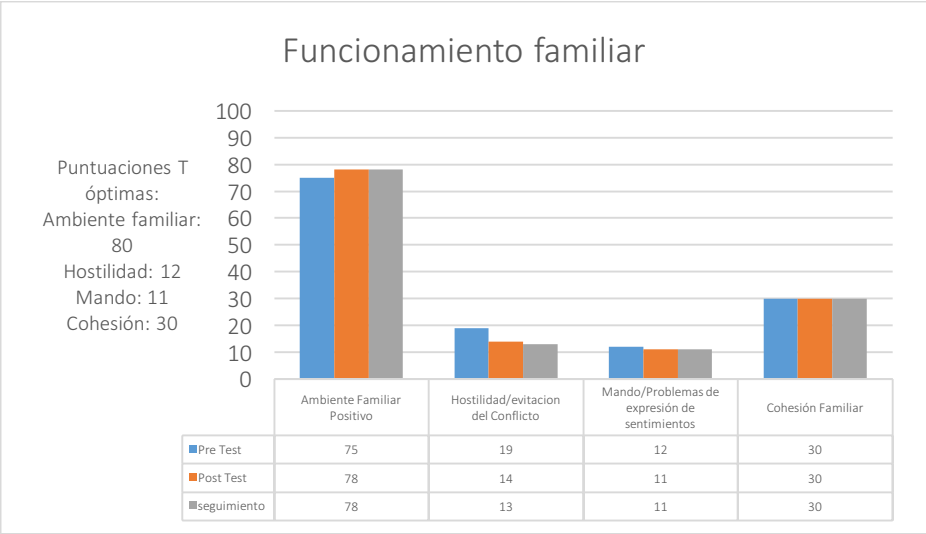


Fig. 55.- Evaluación del funcionamiento familiar

Por otro lado en la evaluación realizada a través del genograma podemos ver una pauta de repetición generacional de aparición de diabetes en algún miembro de la familia, por lo que al conocer esta situación, la familia hizo mayor conciencia de la enfermedad; cabe destacar que por la estructura que mantiene la familia, con subsistemas con limites y fronteras claras, genera una influencia positiva en lo que a adherencia al tratamiento se refiere, así también en el tipo de comunicación que emplea la familia; por ello la ISFC-AM aumento y potenció los recursos con los que contaba la familia, en la figura 56 se muestra las relaciones y lazos de cohesión familiar que favorecen a que el AM desarrolle su autocuidado y atención de manera responsable en lo que concierne a su enfermedad, y a la vez sirve de ejemplo a las generaciones mas jóvenes (nietos).

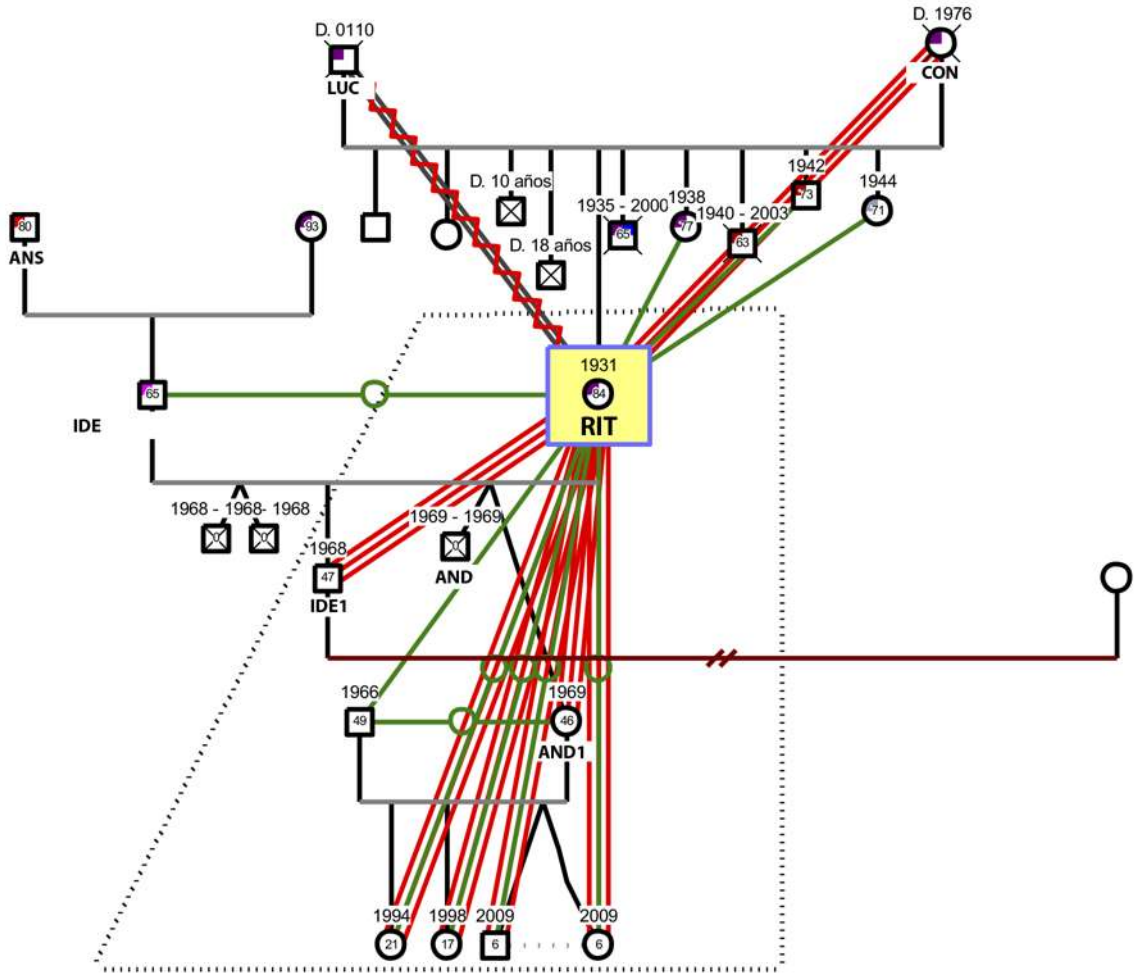


Fig. 56. Genograma Familiar

II. Indicadores metabólicos.

En lo que respecta a la evaluación que se hizo a la AM a sus indicadores metabólicos, puede apreciarse como hubo modificación en rangos de control, todos y cada uno de ellos.

Tabla 13.- evaluación de los indicadores metabólicos del AM.

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sto.	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto	Pre test	Pos test	Sto
AM5	6.4	6.5	6	158	152	150	184	124	130	79	94	94	110/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia.

En lo referente a la evaluación que se realizó a la AM sobre su calidad de vida (ver fig. 57) puede apreciarse como las áreas en las que hubo mayor impacto por parte del tratamiento fueron la salud psicológica y en lo referente a la independencia, las áreas que permanecieron igual antes y después del tratamiento fueron su percepción de salud y la espiritualidad.

Por otro lado un área que debe analizarse a profundidad es la concerniente a las relaciones sociales, puesto que si bien es un aspecto positivo el que como familia realicen actividades juntos, paseos y entretenimientos saludables, e incluso la AM sea una persona significativa para la familia y vecinos que la conocen, se necesita ampliar aun mas su espacio de interacción social; aunque como la familia misma lo manifiesta, al cuestionar este resultado y hacer una retroalimentación en conjunto con ellos, finalizado el tratamiento, refieren que no es por falta de interés, sino por cuidar también la dieta y horarios de descanso de su abuela.

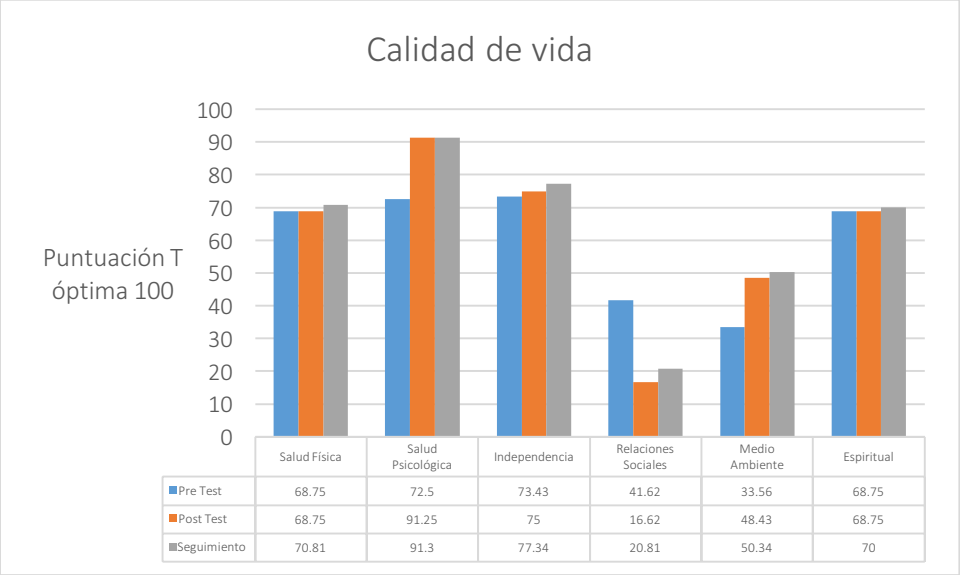


Fig.57.- Evaluación de calidad de vida en el AM.

Por su parte en lo relacionado a la autoeficacia evaluada (ver fig. 58), los resultados analizados corresponden en congruencia con calidad de vida en lo referente a salud y autocontrol de la enfermedad, no así en lo que se evalúa de actividades sociales, en este caso aparece con puntuación alta tanto antes como después; cuando se pregunto esto en la finalización del tratamiento, ella (AM) refiere que lo percibe como bueno, porque convive con sus hijos y sus nietos.

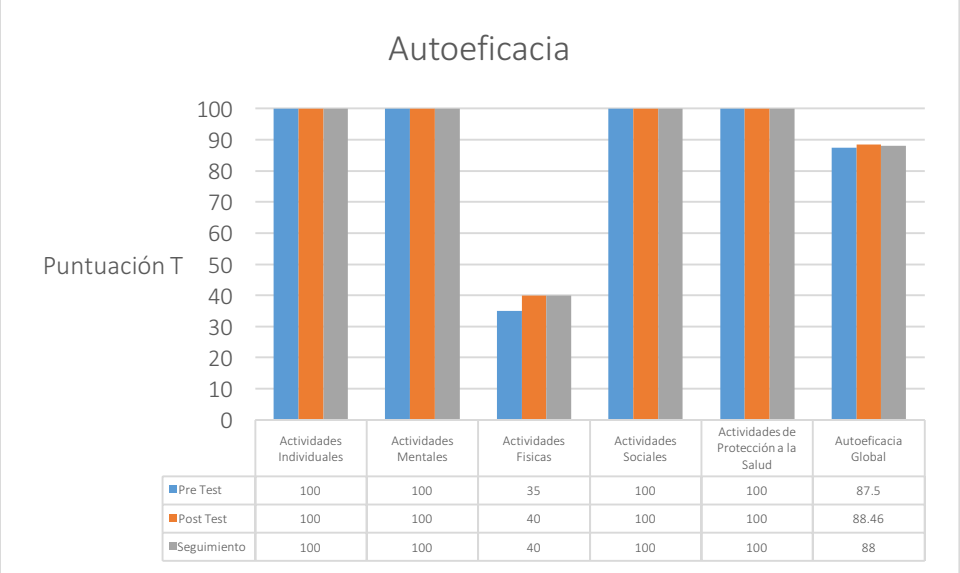


Fig.- 58.- Evaluación de autoeficacia en el AM.

IV. Sobrecarga del cuidador.

Por su parte en lo evaluado al desgaste que pudiera estar teniendo el CP, puede observarse de acuerdo a los resultados previos y posteriores al tratamiento, que no existía sobre carga, pero sin embargo disminuyo en diez puntos, por lo que también en esta área la intervención mostro tener una influencia positiva.

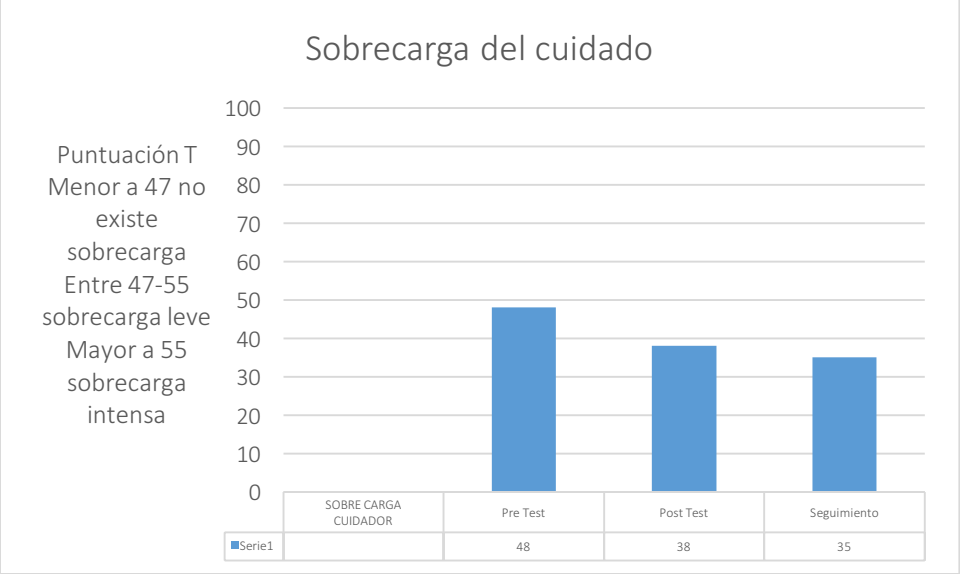


Fig. 59.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado

En conclusión en este caso en particular la ISFC-AM, mostro una influencia positiva, aun cuando desde un inicio la familia esta organizada y configurada de tal forma que facilitaba la atención y cuidado a su familiar mayor, por lo que infiere que este tipo de intervención puede potenciar los recursos familiares.

Discusión

I. Indicadores Metabólicos.

Los resultados sobre los mediciones en los indicadores metabólicos de los AM con DM2, muestran un mejor control, algunos participantes llegando a rangos de control adecuado, y otros acercándose a ellos al final del tratamiento, y aún en el seguimiento. Estos resultados ratifican y coinciden con lo descrito ya en otras investigaciones en que correlacionan el funcionamiento familiar, la adherencia terapéutica y los controles

metabólicos de los pacientes diabéticos (Méndez-López, Gómez-López, Navarrete-Escobar, 2004; Bembire-Taboada, Balboa-Godo y López-Requeiro, 2000). Y también en la necesidad para aumentar la responsabilidad del propio paciente para mantener un control adecuado de su enfermedad independientemente del que haga el médico familiar (Zúñiga-González, Islas-Andrade, 2000).

Conclusión: La ISFC-AM muestra tener una influencia favorecedora en el mejoramiento del control metabólico del AM con padecimiento diabético.

II. Calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida incluyó seis áreas o dominios que profundizan en los siguientes aspectos:

Salud física: corresponde lo relacionado a energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso (González-Celis, 2010). De acuerdo a los resultados que se describen en el apartado correspondiente, esta dimensión puntúo de manera descendente en los tres primeros participantes, solo en los dos últimos hay un aumento.

Podríamos suponer que lo anterior tiene su explicación derivado de la influencia que tuvo el tratamiento de la ISFC-AM, el cual propició la capacidad de ser mas objetivo en la valoración que de si mismos hacen los AM en relación al cuidado en su padecimiento diabético, ya que los participantes debían monitorear a través de formatos de registro de auto observación las actividades que realizaba durante una semana para cuidar su salud.

Estos formatos tenían el objetivo de hacer seguimiento del comportamiento en relación a la alimentación, actividad física, indicadores metabólicos y la toma de medicación, estos dos últimos fueron los aspectos mas sencillos de registrar y en donde existía mayor control, no así en la alimentación y en las actividades físicas en las cuales existía una sobrevaloración, y conforme la ISFC-AM trascurrió ayudo a ser mas objetivo en su apreciación.

Aunado a ello los resultados también constatan lo que en otras investigaciones se manifiesta que conforme aumenta la edad, se incrementa el mal funcionamiento físico (Verdugo, 2008; Fernández-Ballesteros, 1998), afectando la percepción que se tenga sobre calidad de vida y su relación a la salud física, resultados que también coinciden con otras investigaciones que afirman que haber padecido una enfermedad en el último año afectará en lo que se percibe como un buen funcionamiento físico por parte del AM (Flores, Troyo y Vega, 2010; Rodin & McAvay, 1992; Markides & Lee,1990).

Conclusión: La evaluación de la salud física en relación a la calidad de vida, debe analizarse de manera particular, pues en esta investigación en particular el decremento en la estimación posterior al tratamiento no necesariamente refleja una mala calidad de vida, sino un proceso de concientización objetiva del padecimiento diabético y por ende de su participación activa para su autocontrol.

Salud psicológica: Se evalúo aspectos sobre imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y sentimientos positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.

En esta dimensión existió una modificación en 4 de los 5 participantes, lo que es muy favorable, ya que este factor en particular evalúa la percepción que el AM tiene sobre sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general (González-Celis, 2010), por tanto esta valoración que hace el AM de su propia salud psicológica puede considerarse, como el eje de la calidad de vida. Por otro lado, estos resultado pueden estar influenciados por la capacidad que desarrolló y potenció la ISFC-AM en los AM participantes de cooperación en el cuidado de la enfermedad, coincidiendo con la investigación de Verdugo y Martín (2002), en el cual afirma que la participación y planificación del tratamiento no centrado en los profesionistas sino desde la perspectiva del paciente y su sistema familiar mejorar su calidad de vida.

En otras investigaciones también se hace hincapié en la necesidad de incluir el trabajo multidisciplinar en el abordaje de la diabetes mellitus, para impactar no solo en el área física sino en lo emocional y su contexto social del paciente, tal es el caso lo que describe Romero, Díaz y Romero, (2011); De los Ríos, Barrios y Guerrero, (2004) en el cual al evaluar a pacientes con este padecimiento las áreas mas afectadas fueron las físicas y psicológicas siendo la autoestima el mayor motivo de queja y aspecto fundamental para lograr la aceptación de la enfermedad.

Por tal razón, lo que los resultados en esta dimensión son muy favorecedores para la evaluación de la ISFC-AM, ya que de alguna manera repercute en el AM para que sea un individuo socialmente adaptado, físicamente apto para llevar una vida lo más normal posible, metabólicamente controlado, con ausencia de complicaciones o en su defecto tan pocas como sea posible y psicológicamente compensado, concordando con lo expuesto por Gómez, Zúñiga, García de León y Couttolenc, (2002); Glasgow, Toobert, & Gillette, (2001); García, Reyes, Garduño, Fajardo y Martínez, (1995).

Conclusiones: La inclusión activa del paciente y su familia mejora la calidad de vida en lo que salud psicológica del paciente diabético se refiere.

Independencia: exploró lo relacionado con movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas y asistencia médica, capacidad de trabajo.

Así entonces vinculado con el resultado anterior en la dimensión de salud psicológica, también en esta categoría se presenta un aumento en su puntuación al termino del tratamiento de la ISFC-AM; este resultado es definido como positivo puesto que uno de los objetivos de la investigación es ayudar a incrementar la autonomía del AM, para con ello impactar de manera directa en la precepción que como persona mayor tiene en su inclusión de su rol social, es decir la sensación de que pueden seguir desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento, coincidiendo también en lo que describe Verdugo y Martín (2002).

Conclusión: En cuanto a la dimensión de independencia los resultados muestran un incremento coincidiendo con la percepción que hace el AM con salud psicológica, lo cual es un rasgo positivo en la evaluación de la ISFC-AM pues uno de los objetivos es que el paciente genere un comportamiento de autonomía adherida al autocontrol de su enfermedad.

Relaciones sociales: en esta área se evaluó las relaciones personales, soporte social, y actividad sexual, esta dimensión tuvo puntuaciones que aumentaron posterior a la conclusión del tratamiento, sin embargo no alcanzaron a sobre pasar la puntuación de 50, la razón podría radicar en lo que se ha venido describiendo en las anteriores dimensiones, el AM al participar de manera mas activa en su autocuidado de su enfermedad fue mas selectivo en el tipo de convivencias y el modo de su participación, específicamente porque debía cuidar su alimentación ya que podía afectar en sus controles metabólicos si ésta área estaba descompensada.

Por otro lado en lo que refiere el soporte social de los AM participantes, se asume que dependen del sistema de salud que les proporciona el ISSSTE, por ser derechohabientes, por lo que en la institución recae la responsabilidad de brindar la atención que requieran en cuanto abasto oportuno, y es bien sabido que la diabetes mellitus es una enfermedad que al día de hoy genera un gasto importante al sistema de salud mexicano ENASAM (2012); Romero, Díaz y Romero (2011), situación por la cual este tipo de intervenciones como la ISFC-AM buscan el beneficio de los pacientes y su familia que coadyuven en la disminución de complicaciones de la enfermedad y a controlar el alto costo humano e institucional.

Así también en lo referente a la actividad sexual, dentro de lo que es el estudio psicogerontológico los diferentes autores (González, Núñez, Hernández, Betancourt, 2005; Zarebski, 2008, 2005; Salvarezza, 1998) nos hablan de una restricción social en lo referente a este tipo de actividad del AM; aunado el hecho de que la misma diabetes entre las personas afectadas genera disfunciones y pérdida de interés sexual convirtiéndolos en factores determinantes en el deterioro del nivel de la calidad de vida

(Romero, et. al., 2011), por tal razón se hace mas imperante la inclusión de los profesionales de la psicología en el abordaje de este tipo de padecimientos crónicos en los que no solo se ve afectado la funcionalidad biológica, sino que tiene una carga psicológica importante.

Conclusión: la ISFC-AM hace énfasis en la atención de los aspectos psicológicos en cuanto a relaciones personales, soporte social, por contribuir a minorar la carga en el gasto económico de la familia al desarrollar mejor autocontrol del padecimiento diabético, pero al vez abre un área importante a explorar en la vida del paciente diabético, por un lado la necesidad de encontrar maneras recreativas de socialización que no afecte o ponga en riesgo su condición de manejo diabético, específicamente lo concerniente a la alimentación, y por otro lado la vivencia de la pareja y la sexualidad del AM. Estos dos aspectos quedan en deuda en el abordaje que se realizó, por lo que sirve como feedback que de pie a mejorar en el diseño y aplicación de la ISFC-AM en otras familias.

Medio ambiente: lo referente a recursos financieros, seguridad, ambiente físico (contaminación, clima, etcétera), transporte, recreación, tiempo libre, participación social, fueron los aspectos que se evaluaron.

En esta categoría hubo modificaciones leves, solo en dos de los participantes existió un aumento en sus puntajes y el resto aminoró. Lo anterior puede tener su explicación a lo relacionado a la categoría anterior, el hecho de tener que controlar de mejor manera su enfermedad restringe el tipo de recreación acorde a su gusto.

Por otro lado, las investigaciones en relación al medio ambiente propicio para le desarrollo de la calidad de vida integral del AM, hacen alusión en lo referente a barreras arquitectónicas como no un ambiente propicio para la satisfacción de la calidad e vida y que influyen en el aislamiento social del AM (mala iluminación, ruido, la no existencia de planificación urbana para atender las diferencias físicas del transeúnte, así como trasporte no adecuado para discapacidades físicas) SENADIS – CECH – UCSH. (2010); Eroles y Ferreres, (2002); Camels, D. (1998); Espinosa y Gimeno (1995).

La ISFC-AM, no tuvo una influencia fuerte en este aspecto, por lo que puede ser un área de oportunidad para incorporar temas específicos para enriquecer la intervención, sin embargo esta problemática debe ser expuesta también en foros mas amplios, direccionados a políticas públicas que contemplen el bienestar ambiental del AM que repercuta en una buena calidad de vida.

Conclusión: el trabajo con el AM conlleva su atención desde distintas perspectivas, desde la psicología se incide mayormente en los aspectos internos de satisfacción con su calidad de vida, incluso con la ISFC-AM se atiende los aspectos sociales mas próximos como son su familia, sin embargo queda aún pendiente su atención en sistemas mas amplios como son la comunidad en la que habita el AM.

Espiritual: en esta categoría se exploró lo relacionado con religión y creencias personales del AM. Este factor también muestra un aumento en sus puntuaciones, lo que se valora como un aspecto positivo que generó la ISFC-AM, pues de alguna manera contribuyó a que los participantes desarrollaran y potenciaran su sentido de trascendencia, lo que trae consigo lo que refiere Benito, Barabero y Payas (2008) sobre el conjunto de necesidades espirituales que tienen las personas, independientemente de la edad y su condición de vida, entre ellas: ser reconocido como persona, resignificar las experiencias de vida, encontrar sentido a la existencia, entre otras, coincidiendo también con lo descrito por Zarebski (2008; 2005) sobre el proceso de envejecer de manera saludable aún cuando se padece de algún problema o dolencia física, si se tiene un propósito o sentido de vida.

Conclusión: la ISFC-AM influyo de manera positiva en el área evaluada de la espiritualidad en los AM participantes, incidiendo en fortalecer el desarrollo de un envejecimiento saludable, objetivo central de la psicogerontología.

III. Autoeficacia.

Al igual que la variable calidad de vida, de manera general los resultados obtenidos en la variable autoeficacia son importantes, pero para su mejor comprensión, se analiza cada dimensión que la constituye:

Actividades de independencia: De acuerdo a los resultados este tipo de actividades mostró un aumento terminado el tratamiento y durante el seguimiento, lo cual es importante para la investigación, pues de acuerdo a lo que describe Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), la autoeficiencia en el cuidado de si mismo y del propio entorno es una de las dimensiones indispensables, en el trabajo con adultos mayores. El nivel de autonomía en los actos de la vida cotidiana facilita en esta población, una autoevaluación y autopercepción subjetivas positivas y una mayor satisfacción en la vida, factores favorables que constituyen al envejecimiento saludable (Horgas y cols., 1998).

Conclusión: La ISFC-AM influye en un envejecimiento saludable, a través del desarrollo de autonomía e independencia, pues se propicia así, la facilidad para la mejora del autocuidado del propio AM y de su entorno, lo que es importante para un óptimo manejo de la DM2.

Actividades mentales: este factor también manifestó cierta modificación derivado del tratamiento, lo que concuerda con la dimensión anterior, pues las actividades mentales en el AM constituye una de las principales causas de incapacidad y de pérdida de autonomía e independencia, por lo que implica un área importante a mantener y reforzar, si se desea que éste desarrolle en lo mejor posible su propio autocuidado de su padecimiento diabético, así como también le permita aprender a relacionarse con su entorno personal y social de forma participativa, madura y autónoma en pos de alcanzar un envejecimiento saludable (Urbano y Yuni, 2005; Fernández-Ballesteros, 2004).

Conclusión: Esta categoría coincide con los resultado con la variable de calidad de vida, lo cual manifiesta que la ISFC-AM, influyó de manera positiva en que los AM

participantes puedan desarrollar o potenciar un envejecimiento saludable que sirve como evidencia en la capacidad de ejercer un autocuidado adecuado de su enfermedad.

Actividades físicas: en este factor los resultados muestran modificaciones en 3 de los participantes, y solo el participante 4 durante la fase de seguimiento mostró un ligero aumento. El movimiento es un componente esencial en la vida del AM, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo.

La pérdida de la capacidad en actividades físicas son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo, por lo que constituyó un factor importante a evaluar, no solo por el proceso de envejecimiento en que se encuentran los sujetos de esta investigación, sino por el padecimiento diabético (OMS, 2015), también porque las investigaciones han reportado beneficios de la actividad física en en pacientes diabéticos, disminuyendo la HbA1c a cifras clínicamente significativas, que conllevan a un menor riesgo de desarrollar complicaciones (Boule, Haddad, Kenny, Wells, Sigal, 2001).

Conclusión: El tratamiento de la ISFC-AM muestra que influye de manera positiva en el desarrollo de la activación física con los AM con padecimiento de DM2, uno de los aspectos importantes para el autocontrol de esta enfermedad.

Actividades sociales: una categoría que también mostro aumento posterior al termino del tratamiento, los AM que fueron parte de este estudio se perciben a si mismos como capaces de entablar relaciones duraderas, habilidades de comunicación y de interacción con su medio ambiente, rasgos importantes a tener en cuenta para la prevención de la salud mental del AM, pues es especialmente probable que esta área se vea afectada en los pacientes mayores durante una enfermedad o a causa de alguna lesión, tal como lo escribe Romero, Díaz y Romero, (2011) y también De los Ríos, Barrios y Guerrero, (2004). Los resultados también coinciden con la categoría de la variable de calidad de vida referente a salud psicológica y que se describe anteriormente.

Conclusiones: Se reafirma como los aspectos afectivos cobran importancia en lo que refiere a un autocontrol de la diabetes, así también reitera la necesidad de atención de manera interdisciplinaria de esta enfermedad, abordando los aspectos psicosociales con importancia igualitaria a los físicos.

Actividades de protección a la salud: particularmente esta categoría es primordial en la evaluación de las acciones en el autocuidado del padecimiento diabético, objetivo de este tratamiento a lograrse con los AM participantes, pues una de las metas de cualquier tratamiento que incida en el cambio de estilos de vida no sanos a estilos de vida saludables, persigue conductas preventivas en los individuos (Muñoz, García y Durán, 2004; Federación internacional de diabetes, 2011);en los resultados que arroja la evaluación de esta dimensión, hay una valoración alta de estas actividades realizadas por los AM participantes, conforme el tratamiento se aplicó.

Cabe destacar que en estos resultados de esta categoría tuvieron una gran importancia el uso de los registros de auto observación. Estos registros basados en el postulado teórico de la observación de segundo orden, concepto constructivista que apunta a observar observaciones, es decir realizar este tipo de observaciones conlleva observar la observación de un observador, su propia observación o la observación de otros. (Arnoldo, 2004; Maturana, 1995).

Los registros sirvieron entonces al participantes, como ya se había mencionado anteriormente, para monitorear de manera semana actividades claves para el desarrollo de estilos de vida que impactarán al autocontrol de la enfermedad: alimentación, físicas, toma de medicamentos y medición de indicadores metabólicos (Guevara y Galán, 2010).

Conclusiones: La ISFC-AM a través del uso de los registros de auto observación favoreció en la ejecución de actividades de protección a la salud en los AM participantes.

IV. Sobrecarga del CP.

Con respecto a la evaluación que se hace sobre el familiar que lleva el rol de CP; como se puede distinguir en el apartado correspondiente a resultados, el puntaje obtenido en tres de los participantes al inicio del tratamiento calificaba con sobrecarga, y al termino del tratamiento desciende a un nivel menor, es decir la no existencia de sobrecarga. Lo anterior comprueba lo que en otra investigaciones (Flores, Rivas y Seguel, 2012) se ha manifestado al estudiar este fenómeno, la necesidad imperiosa de incorporar mas participantes en el cuidado y atención de los AM, las cuales pueden ser formales

(profesionistas) o informales (familiares), además reafirma la necesidad de contar con más instituciones comunitarias y gubernamentales que presten apoyo a estas personas (CP) y por supuesto que se implementen estrategias a favor del cuidado familiar (Pérez, Mercado y Espinosa, 2011; Giraldo y Franco, 2006).

Conclusiones: La ISFC-AM influye sobre la variable de la sobrecarga del familiar con el rol del CP, al posibilitar la distribución del trabajo en más participantes, pero sobre todo en el autocuidado del propio AM.

V. Funcionamiento familiar.

Finalmente, la variable de funcionamiento familiar, para el tratamiento denominado *ISFC-AM* fue coyuntural pues uno de los objetivos era mejorar la configuración familiar, que impactara de manera benéfica en el cuidado y atención del AM con DM2. Coincidiendo con lo ya descrito por Montes de Oca y Hebrero (2006), sobre la necesidad de realizar nuevos arreglos familiares en su dinámica, generado por el incremento de la presencia generacional y el reto de vivir la vejez con calidad, lo que trae consigo una nueva distribución de tareas, entre las que destacan la provisión de cuidados ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedad crónica.

Robles (2001), al respecto hace hincapié sobre la implementación de políticas y programas en que se asuma el cuidado del AM como una responsabilidad de índole social, donde la familia sea reconocida primeramente como la que ha ejercido de manera sola y aislada sin entrenamiento o acompañamiento esta función y donde la única manera de garantizar que ella lo continúe haciendo respaldándola con herramientas adecuadas que le garanticen la buena convivencia familiar.

Al igual García-Huidobro (2010) menciona que la familia es la principal fuente de apoyo social de los individuos. Un alto grado de apoyo familiar y adecuadas relaciones entre sus miembros, hace que sean físicamente más saludables, se recuperan más rápidamente de las enfermedades y viven más tiempo (Weihs, Fisher, Baird, 2002).

Así también han surgido propuestas que recalcan la importancia en el desarrollo del trabajo con familias, bajo la premisa de tener un efecto sistémico en la salud de sus integrantes. Al realizar intervenciones familiares se pudiera generar beneficios para múltiples condiciones de salud, en los distintos integrantes y en las diversas etapas de las enfermedades, con un impacto a corto, mediano y largo plazo y repercutir de forma transgeneracional (Yurss en Barrera Ortiz, Camargo, Figueroa, Pinto, y Sánchez, 2006).

Además, estas propuestas siempre enfatizan en el beneficio económico, y su fácil implementación, pues al trabajar con las familias se fomentaría sus recursos internos y no tendría por que tener costos elevados, requerimientos de tecnología avanzada, ni tampoco tener efectos adversos (Crivello, 2013; García-Huidobró, 2010).

Conclusión: La ISFC-AM incide en una configuración familiar que impacta en un mejor cuidado y atención del AM con DM2, pues al considerar a la familia del AM como una fuente de apoyo disponible, hacerla plenamente partícipe del tratamiento permitió, no sólo contribuir a un mayor bienestar familiar, sino además, repercutir directa y claramente en la salud del familiar enfermo.

La ISFC-AM no sólo efectivizó el autocontrol del AM con DM2, sino que además, puede ser que actúe como un poderoso agente preventivo y promotor de salud en todo el núcleo familiar.

Conclusiones finales de la ISFC-AM.

Los resultados en este estudio mostraron que la *ISFC-AM*, al incidir directamente en la configuración familiar desempeñó un papel importante en el control de los AM con DM2.

El apoyo familiar vinculado al control metabólico a través de la dieta, ha sido demostrado por Epple, Wright, Joish, Bauer (2003) en su estudio con nativos Navajos con padecimiento diabético, donde el cuidado familiar activo se asoció significativamente

con el control de triglicéridos, colesterol y la disminución en los puntos porcentuales de la HbA1c, exponiendo que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo considerado, ya que el aspecto emocional y de convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta del paciente diabético para un mejor control de su enfermedad (Ávila-Jiménez, Cerón, Ramos-Hernández y Velázquez, 2013).

Así también, la ISFC-AM ayudó a destacar y potenciar los recursos familiares (Martínez y Torres, 2007), para sobrellevar los momentos críticos de la vida, entre ellos la atención a su familiar mayor enfermo, transformándose en lo que teóricamente se conoce como resiliencia familiar, lo que implica el reconocimiento de las características, dimensiones y propiedades de las familias que las ayudan a resistir la perturbación ante el cambio y adaptarse ante las situaciones de crisis (McCubbin y McCubbin,1988); es decir tal y como lo define Walsh (2004) conlleva integrar la totalidad de la experiencia, agregando un significado positivo que remarca las fortalezas y recursos que cada miembro contribuye en el sistema familiar, en la historia que han construido y que constituye así su identidad, su historia y legado.

A su vez, el uso del genograma como herramienta de evaluación y de la intervención clínica, también jugó un papel central, pues en un sentido pedagógico las familias pudieron darse cuenta de la repetición de patrones de comportamiento heredados de generación en generación y cómo la enfermedad puede prevenirse en las generaciones mas jóvenes y aún no enfermas.

El genograma (Mc Goldrick, 2008) utilizado en esta intervención, ayudó a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto tiene un papel activo en el proceso, que puede afectar a cada uno de sus miembros ya que cuando se aplica el genograma, se indaga sobre las relaciones sincrónicas y diacrónicas, porque se trata de entender acerca de cómo, cuándo y de qué manera sucede el problema y quiénes son los miembros partícipes, por ello su carácter educativo y preventivo.

Por ello, el trabajo a través de la *ISFC-AM* se encaminó a enfatizar y reforzar los recursos de la familia, en especial lo siguiente: identificar y destacar los procesos interaccionales esenciales que permitían a las familias soportar y salir airosas de los desafíos vitales, como puede llegar a ser la enfermedad crónica de uno de los miembros de la familia, como lo propone Walsh (2004).

Con lo que respecta al método empleado en este estudio, se considera fue adecuado, ya que el diseño del programa de intervención familiar, se apegó de manera rigurosa a la teoría de los modelos terapéuticos de Minuchin (1974) y White (1994); implementado las técnicas terapéuticas correspondientes, con lo cual se logró el objetivo que propone Minuchin para la familia; la protección psicosocial de sus miembros, y mayormente en lo que respecta en la demarcación de limites y fronteras claras que permite a sus miembros entender de manera eficaz sus funciones y roles, distribuyendo sus competencias de manera jerárquica y así acomodar su estructura interna de los ciclos evolutivos de cada familiar.

También con la *ISFC-AM,* a través de las estrategias diseñadas*,* se llegó a reconocer, reafirmar y aprovechar las capacidades y potencialidades presentes en toda la familia y edificar a partir de ello, para estimular un proceso activo de autocorrección y crecimiento, como lo menciona Cyrulnik (2001), jerarquizando el valor fundamental de los vínculos, a tal punto que como familia en conjunto desarrollaron, una nueva historia alterna o narración White (1993) redefiniendo la situación por la cual atravesaban.

Todo lo anterior debido a que la *ISFC-AM* centró la atención de la intervención en los éxitos de la familia, es decir, apoyándolos en los mejores aspectos que ellos poseen y basarlos en los procesos clave para fomentar el desarrollo individual y familiar. De tal forma que el sistema familiar en totalidad reconstruyó significados y vínculos llevándolos a un cambio a nivel estructural y funcional.

Así entonces, se puede evaluar a la *ISFC-AM*, en relación a la capacidad a través de su diseño, de atender el síndrome del cuidador y la claudicación familiar, coincidiendo

con lo que describe Velasco y Sinibaldi (2001) sobre la necesidad de promover el autocuidado, implicando a la familia y ofreciéndole un soporte de ayuda formal (recursos socio-sanitarios) e informal a través de una red social solida (familia y amigos) que fomente en el conjunto familiar, una transición favorable entre la alternancia de la atención al familiar enfermo, ya que está comprobada la notable influencia del apoyo social (apoyo accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global) en la salud individual y familiar (Barrón, 1990). Su importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante.

Limitaciones.

La ISFC-AM, conllevó la coordinación de agendas con la disponibilidad para poder acudir a las sesiones. Así también la facilidad para la asistencia del AM dependía mucho de su estado físico, citas o tratamientos médicos, por otro lado la accesibilidad al lugar donde se llevó a cabo la intervención tenía barreras arquitectónicas para el AM, lo que implicaba que a sesión hubiera aun espacio para que pudiera descansar y poder dar inicio.

Aunque la ISFC-AM contaba con mecanismos que monitoreaban las acciones de los participantes, con el objetivo de alcanzar las metas planteadas, existían temáticas que la familia exponía en sesión que no podían ser abordadas como una intervención convencional en su medio natural de corte estrictamente clínico, pues se debía seguir a pie juntillas el protocolo diseñado, ya que se trataba de una intervención con fines de investigación, por lo que en ocasiones debía volver a re encuadrarse nuevamente el objetivo de las sesiones.

Lo anterior también era experimentado por los terapeutas, que a pesar de haber recibido la capacitación necesaria y ser elegidos por su amplia experiencia en la labor terapéutica sistémica, debían reducir su margen de maniobra clínica y circunscribirse al

manual de tratamiento diseñado específicamente para esta investigación, concordando cabalmente con lo descrito por Díaz (2012).

Recomendaciones.

Por ello se recomienda en futuras investigaciones, se contemple la posibilidad de llevar a cabo la psicoterapia de forma domiciliaria, de esta manera se aminorarían los obstáculos arquitectónicos y a la vez se situaría el tratamiento en un contexto mas cercano al AM.

Por otro lado, si bien es cierto que es importante hacer énfasis en el seguimiento protocolario del método, se sugiere de hacer replica con fines clínicos de la ISFC-AM, se pueda ser flexible para agregar temáticas que sean importantes atender para la familia y que quizá de manera indirecta también estén afectando las variables que son objeto de la intervención, de esta manera también se estaría abonando a la necesidad de reenfocar el interés y los esfuerzos de los investigadores para comprender mejor la efectividad de la terapia clínica.

Tercer estudio: Evaluación de la *BIBLIOFAM*

Objetivo

Evaluar la eficacia de la BIBLIOFAM, en lo relacionado a mejorar la calidad de vida y autoeficacia del AM, regular la sobrecarga del CP, así como el desarrollo de una configuración familiar mas funcional que repercuta en el cuidado y atención del AM.

Método

Participantes

Los participantes fueron cinco familias que recibieron el tratamiento de corte psicoeducativo denominado por su tipo de abordaje BIBLIOFAM, basado en la biblioterapia, el cual consistió en información bibliográfica que previamente fue seleccionada como relevante para los participantes.

Tabla 14. Características de los participantes

Características de las 5 familias participantes de la BIBLIOFAM			
Participantes	AM	CP	FAM
FB1	Edad 76 años. pensionado del ISSSTE. estudio hasta nivel primaria. Trabajó como cartero, actualmente vive con su esposa y una hija que estudio para modista. Vive en casa propia. Goza de estabilidad económica, con reservas a una buena administración. Recibe el pago que le genera la renta de locales comerciales de su propiedad.	Esposa, ama de casa, edad 70 años, dependiente económicamente de su esposa e hijas	Dos hijas casadas y en casa propias, dedicadas al comercio, estudios a nivel de bachilleratos técnicos.
FB2	70 años de edad. Mujer ama de casa, dependiente económicamente de su esposo de oficio laminero y de su hija quien vive con ellos junto con su esposo e hijos y otro hermano soltero; quien trabaja con su papá el taller de laminado.	La hija es empleada de oficina en el ayuntamiento de Tepic. Edad 30 años.	Yerno, con empleo en la procuraduría del estado. Hermana que es vecina y esta al tanto de su hermana mayor, ama de casa y dependiente económicamente de su esposo.
FB3	Edad 75 años, profesor jubilado, actividades políticas en el estado, estabilidad económica, vive en casa propia con su esposa y su hija mayor y nieta.	Hija mayor, 40 años, profesora nivel medio superior. Madre soltera.	Esposa profesora jubilada y diabética también. Empleada domestica encargada del cuidado de la casa.
FB4	Edad 68 años, Hombre, estudios de primaria, pero comerciante como actividad económica. Político activo y reconocido en el estado. Solvencia económica estable.	Hija recientemente viuda, 38 años, con tres hijos, con buena solvencia económica, estudios de secundaria, dedicada al hogar y comercio.	Esposa y la hija menor adolescente.
FB5	Edad 80 años, mujer vive en casa de hija, solvencia	Hija segunda, edad 60 años, solvencia económica	Dos hijas profesionistas, una de ella, la mayor vive con la

	económica pues recibe pensión por viudez y por jubilación. Estudios técnicos (trabajo social).	estable, divorciada, recién jubilada de puesto administrativo, pero profesora universitaria. Estudios de posgrado en filosofía	madre y la hermana, también de profesión trabajadora social, y la hija menor psicóloga y con estudios de posgrado en letras hispánicas.

Los criterios de inclusión y de exclusión, el tipo de muestreo, diseño del estudio e instrumentos son los mismos que se utilizaron en la ISFC-AM, con excepción del genograma (debido a que es una herramienta específicamente de la terapia familiar sistémica) y los reportes de auto observación.

Para este estudio se empleó la Bitácoras de lectura (ver apéndice 12), con el propósito de plasmar las inquietudes, reflexiones, comentarios y dudas que surgían en relación a la lectura revisada por cada tema. Estaba estructurada en cuatro apartados: a) anotaciones referentes al tema visto; b) anotación en relación al léxico utilizado en la lectura y en vocablos o conceptos que requerían una mayor explicación; c) anotaciones personales en las que los participante podían expresar los sentimientos, emociones y experiencias que evocó la lectura, así como reflexiones, critica y análisis; y d) una sección para comentarios u observaciones.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestro fue no probabilístico por conveniencia, y se utilizó el procedimiento de bola de nieve.

Diseño: Estudio de caso único con replica o N=1 (León y Montero, 2002).

Instrumentos:

Ficha de identificación, Cuestionario de Preselección, Entrevista de Carga del Cuidador Zarit (ECCZ), Evaluación de Calidad de Vida en Población de Adultos Mayores en México ((*WHOQOL)*, Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos Mexicanos (*AeRAC)*, la Escala de Funcionamiento Familiar (EFF) y la Bitácora de Lectura.

Etapas del procedimiento

Fig. 60.- Proceso que conllevo la implementación de la BIBLIOFAM.

1.- Entrenamiento de las terapeutas.

Se llevó a cabo al igual que con la ISFC-AM, de manera separada, con la finalidad de llevar a cabo el procedimiento metodológico del doble ciego, como se describió anteriormente.

2.- Autorización de la institución.

- Se presentó el protocolo de investigación.
- Se ofrecieron los tratamientos a las familias derechohabientes. De manera gratuita se hizo el compromiso de compartir la información que arrojará dicho estudio, así como de capacitar al personal a cargo de los AM con DM2 y sus familias.
- El ISSSTE (institución donde se llevó a cabo el estudio) solicitó el protocolo completo de la investigación para ser evaluado por el comité de bioética, el cual autorizó que se llevara a cabo la investigación.

Finalmente, las familias fueron invitadas a través de la médico gerontóloga del ISSSTE, después de concertar la cita, de manera aleatoria (a través de una tómbola) se asignaba a la familia a un tipo de tratamiento. El lugar donde se realizaron la sesiones de

la BIBLIOFAM fue también en la cámara Gesell del Programa Académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit. A continuación se describe la aplicación de este tratamiento.

3.- Aplicación de la BIBLIOFAM.

El procedimiento de construcción del diseño de la BIBLIOFAM surgió a partir del diseño de la ISFC-AM; se diseñó como tratamiento alterno, sin estar basado en las técnicas de la terapia familiar sistémica, pero sí que pudiera implementarse en el contexto familiar; por lo que se decidió por la Biblioterapia como opción para el desarrollo del segundo tratamiento. Su fundamento es la lectura dirigida y la discusión grupal (familia), favoreciendo la interacción entre los participantes; facilitando la expresión de sentimientos, miedos, angustias y ansiedades que la misma lectura evoca; además de que propiciaba el intercambió de experiencias y valores pues conduce a la reflexión; y por su enfoque educativo ayuda a la adquisición de nuevos hábitos y mejora los comportamientos y formas de comunicación (Gold, 2008). La BIBLIOFAM al igual que la ISFC-AM consistió de tres etapas:

a) Admisión – Evaluación, constituida por dos sesiones.
b) Intervención, conformada por seis sesiones.
c) Seguimiento, establecido en una sesión.

Cada etapa tuvo sesiones estructuradas y con actividades definidas para la consecución de metas especificas. Las etapas y actividades de cada una se describen a continuación:

Primer etapa Evaluación: se baso prácticamente en la recolección de la información referente a datos generales y socioeconómicos de la familia, así como en la aplicación de los instrumentos para llevar a cabo el pre test para realizar la medición de los indicadores metabólicos, la autoeficacia y la calidad de vida del AM, la sobrecarga del CP, y la configuración familiar; en el caso de la BIBLIOFAM no se realizó el genograma

por consistir una técnica propia de la terapia familiar sistémica, como ya se había mencionado.

Segunda etapa Intervención: los participantes en ésta fueron el AM, el CP y la familia; las metas a lograr en esta etapa fueron las mismas que en la ISFC-AM y que a continuación se vuelven a enlistar:

a) Establecer cambios para el desarrollo de una configuración familiar más funcional.
b) Analizar la manera que como familia tienen para afrontar y resolver las distintas dificultades familiares.
c) Conocer y de ser necesario modificar el tipo de vinculación familiar para mejorar el cuidado y atención del AM.
d) Establecer formas comunicativas mas funcionales que impacten de manera adecuada en el cuidado y atención del AM.
e) Modificar los patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el deterioro por la enfermedad crónica.

Cada sesión estuvo basada en la biblioterapia con un enfoque psicoeducativo; en las sesiones se revisó una temática especifica. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos, bajo la estructura del aprendizaje significativo de Ausubel (1983); por lo tanto se contemplaron actividades que generarán la construcción de aprendizajes significativos, y no sólo la recopilación de información.

Estas actividades estaban organizadas de forma consecutiva de acuerdo al proceso cognitivo, de tal manera que se recuperaba los aprendizajes previos de cada participante en relación a la temática que se abordaba, para posteriormente pasar al proceso de articulación y construcción significativa de lo aprendido en un proceso integrativo (Novak, 1988). Cada sesión estaba estructurada en tres momentos:

- Actividad preliminar: el objetivo era problematizar a los participantes en relación al tema que se revisaría en esa sesión. Esto a través de una lectura previa de la temática y con diversas estrategias.

- Actividad de aprendizaje: el objetivo fue que los participantes pudieran construir en colaboración, el aprendizaje que lograron en la revisión de la temática de la sesión.
- Actividad integradora: el objetivo consistió en que todos los participantes explicaran cómo construyeron el aprendizaje de la temática que se revisó en sesión, de manera clara y concreta, a través de recursos lúdicos y creativos.

La esencia de la BIBLIOFAM se basó en el análisis en circulo de lectura familiar; es decir, el objetivo fue intercambiar opiniones sobre las lecturas, o revisión de películas que la familia participante leyó en casa, a la luz de sus propias experiencias. Por ello para su óptimo trabajo debían realizar una Bitácora de Lectura (ver apéndice 12), en la cual se plasmaba las impresiones y reflexiones que tenía cada uno de los participantes, y que servía para la discusión y análisis de lo aprendido en sesión.

Tercera etapa Seguimiento: se realizó a los tres meses de finalizado el tratamiento; se evaluaron los indicadores metabólicos del AM, y se aplicaron los instrumentos de medición de las otras variables: autoeficacia, calidad de vida, desgaste del cuidador y funcionamiento familiar.

Análisis de datos:

Basados en el diseño de caso único con replica, se estableció la línea base previa a la intervención, posteriormente se repitió la medición terminado el tratamiento; para la interpretación se recurrió a una apreciación no estadística, observando la evolución del tratamiento en tablas y gráficas, las cuales registran un número de series, y se observan los cambios ocurridos a la línea base (León y Montero, 2002).

El objetivo de la BIBLIOFAM, fue ayudar a las familias participantes a mejorar la forma en que estaban configuradas, a través de un programa psicoeducativo, de tal forma que impactará en el cuidado y atención de su familiar AM con DM2, reflejándose en una evaluación positiva de su calidad de vida y mayor desarrollo de autoeficacia en el control de su enfermedad, y aminorando así la carga del familiar CP.

Resultados

A continuación se muestran los resultados del presente estudio, los cuales se dividieron también en cuatro apartados generales:

- La primera sección se refiere a las características de los participantes que integraron la BIBLIOFAM.
- La segunda describe los resultados de las evaluaciones clínicas (indicadores metabólicos de los AM), percepción de la calidad de vida y de autoeficacia, antes y después del tratamiento.
- La tercera describe la percepción antes y después del tratamiento de la sobrecarga del CP.
- En la cuarta, se describen los resultados obtenidos antes y después del tratamiento, sobre el funcionamiento familiar.

A continuación se describen los resultados de las 5 familias participantes del programa de la *BIBLIOFAM.*

I. Características de los participantes.

El estudio contó con cinco familias participantes, los cuales completaron dos sesiones de evaluación inicial, seis sesiones de tratamiento, y dos sesiones de seguimiento. A continuación se describen sus características.

En la tabla 15 se describen las principales características sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación y situación laboral) de los participantes.

Tabla 15. Datos socioeconómicos

Características socioeconómicas de los participantes			
Variable	Resultados		
	AM	**CP**	**FAM**
Edad	68 a 80 años Promedio= 73.8 años	30 a 70 años Promedio=47.6 años	70 a 16 años Promedio= 47.5
Sexo	2 mujeres 3 hombres	5 mujeres	10 mujeres
Escolaridad	3 primaria 2 técnico profesional	2 nivel bachillerato 2 profesionistas 1 primaria	6 con bachillerato 1 con primaria 3 con licenciatura
Estado civil	1 viuda 4 casados	3 casadas 1 divorciada 1 viuda	6 casadas 2 viudas 1 soltera 1 divorciada
Ocupación	Jubilados o Pensionados por viudez	4 profesionistas 1 al hogar	9 trabaja 1 estudia
Tipo de empleo	Jubilados / pensionados comerciantes	5 permanente	permanente
Situación laboral	5 ocasional	5 tiempo completo	Tiempo completo

II. Evaluaciones Clínicas, Calidad de Vida y Autoeficacia en los AM.

Con el propósito de conocer la eficacia de la BILIOFAM en el autocontrol de la DM2, se realizaron a los participantes exámenes clínicos antes y después del tratamiento de los indicadores metabólicos; así también se evaluó antes y después del tratamiento la calidad de vida y autoeficacia del AM; los resultados obtenidos de los cinco AM participantes de la BIBLIOFAM se describen a continuación (ver tabla 16 y fig. 34 a la 45):

Tabla 16: Indicadores metabólicos

Rangos de control para paciente diabético controlado: Hemoglobina glucosilada (menor o igual al 6%), Colesterol y Triglicéridos (menor de 150), Glucosa (entre 80 – 99), Presión Arterial (110/70).

*Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

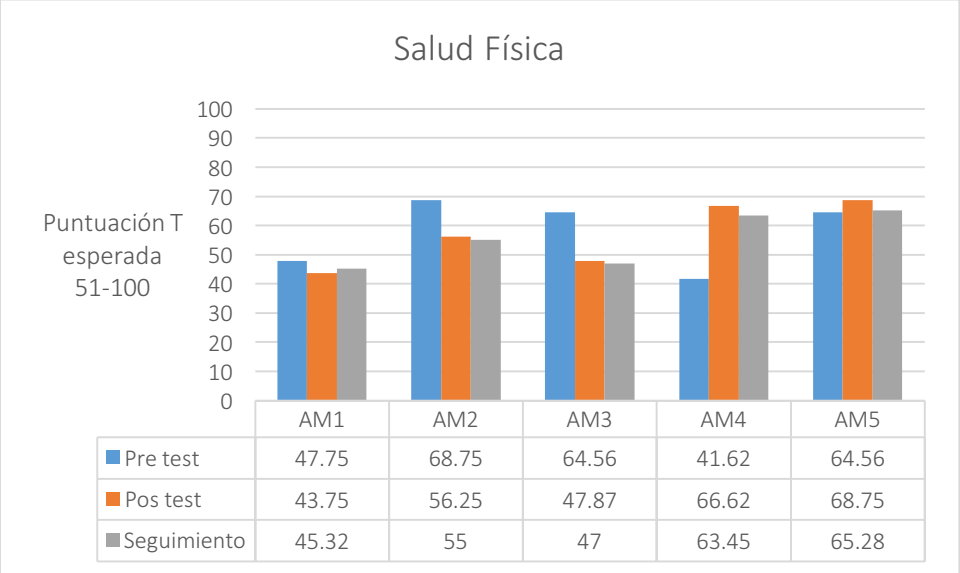
Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
AM1	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
	5.5	5.7	6	188	167	180	190	180	178	155	119	115	140/70	130/60	110/70
AM2	9	7.8	7.8	189	180	180	213	200	180	134	136	126	140/70	110/70	110/70
AM3	5.4	5.2	5.2	186	140	150	200	130	112	153	104	95	130/70	110/70	110/70
AM4	8	7.8	8	200	180	178	150	130	130	130	110	110	140/70	110/70	110/70
AM5	7.2	6.2	6	188	152	150	170	124	124	120	94	94	119/70	110/70	110/70

Como puede notarse, las evaluaciones muestran que los participantes uno y tres desde el inicio, en lo que respecta a la hemoglobina glucosilada, estaban en cifras controladas y durante el seguimiento continuaron dentro del rango controlado, sin embargo, no se presentaban así los indicadores en grasas, donde si puede apreciarse en estos AM una disminución, aunque solo el participante tres logró las cifras recomendables, lo mismo sucedió en la medición de la glucosa y presión arterial.

Por su parte, los participantes, dos, cuatro y cinco no contaban con cifras controladas desde el inicio, con excepción de los triglicéridos en el participante número cuatro que contaba con 150 en ese indicador. Durante la fase de seguimiento muestran una disminución en el registro de las cifras de HbA1c los AM dos y cinco, el cuatro regreso al mismo puntaje que cuando se realizó la medición inicial, aunque no todos llegaron a los rangos de control recomendables, solo en el participante cinco se registraron disminuciones en todos y cada uno de los indicadores.

Así también se analizó la calidad de vida y autoeficacia de los AM, para cada subescala (salud física, salud psicológica, independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad) que conforman la variable de la calidad de vida del AM. Se esperaba que los participantes pudieran puntuar a los 50 puntos y de ser posible

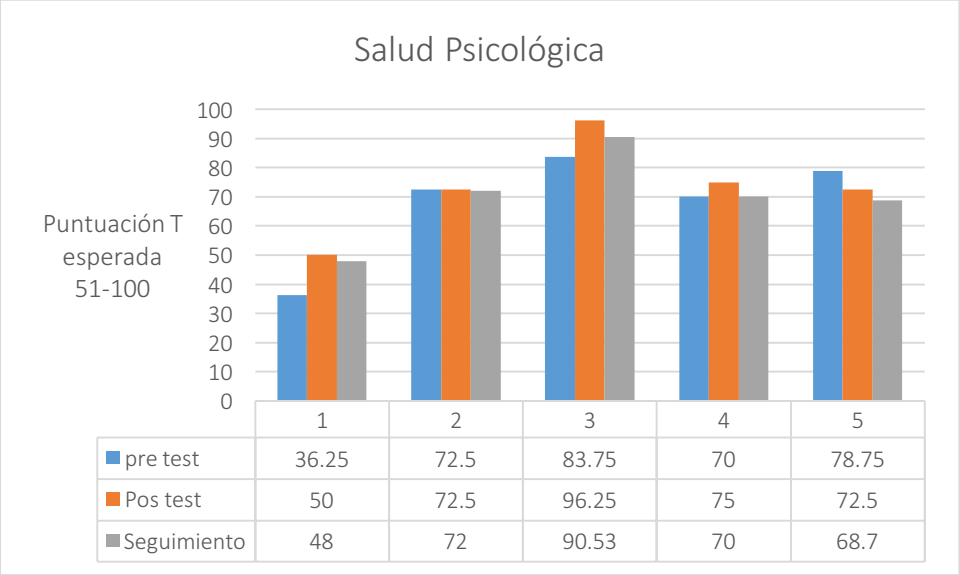
sobrepasaran este puntaje al final del tratamiento y durante la fase de seguimiento. A continuación se muestran los resultados:



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	47.75	68.75	64.56	41.62	64.56
Pos test	43.75	56.25	47.87	66.62	68.75
Seguimiento	45.32	55	47	63.45	65.28

Fig. 61.- Evaluación de la subescala salud física en relación a la calidad de vida del AM.

En relación a los resultados que se observan en la figura 62, sobre la evaluación de la salud física de los AM que participaron de la BILIOFAM; se esperaba que al final del tratamiento las puntuaciones aumentaran con relación a la evaluación inicial, y pudieran sobrepasar el puntaje de 50 (P.T), por otro lado en la etapa de seguimiento se esperaba se mantuvieran o siguieran en aumento, lo cuál se aprecia ocurrió en los participantes cuatro y cinco. En los participantes uno, dos y tres por lo contrario los puntajes disminuyeron.



	1	2	3	4	5
pre test	36.25	72.5	83.75	70	78.75
Pos test	50	72.5	96.25	75	72.5
Seguimiento	48	72	90.53	70	68.7

Fig. 62.- Evaluación de la subescala salud psicológica en relación a la calidad de vida del AM.

Con respecto a los resultados de la medición a la salud psicológica, la figura 62 muestra las puntuaciones que los AM participantes obtuvieron antes, posterior al tratamiento y en el seguimiento. Al igual que en la anterior subescala, lo que se esperaba como resultado del tratamiento de la BILIOFAM, era que las puntuaciones sobrepasaran los 50 puntos (P.T).

Los participantes uno y tres tuvieron un aumento en sus puntuaciones después del tratamiento y durante el seguimiento con relación a la pre evaluación, no así el participante dos el cual permaneció con los mismos puntajes, el número cuatro con un ascenso en el post test pero después regresó al mismo puntaje del pre test en el seguimiento, y finalmente el número cinco tanto en el post test como en el seguimiento sus evaluaciones indican descenso.

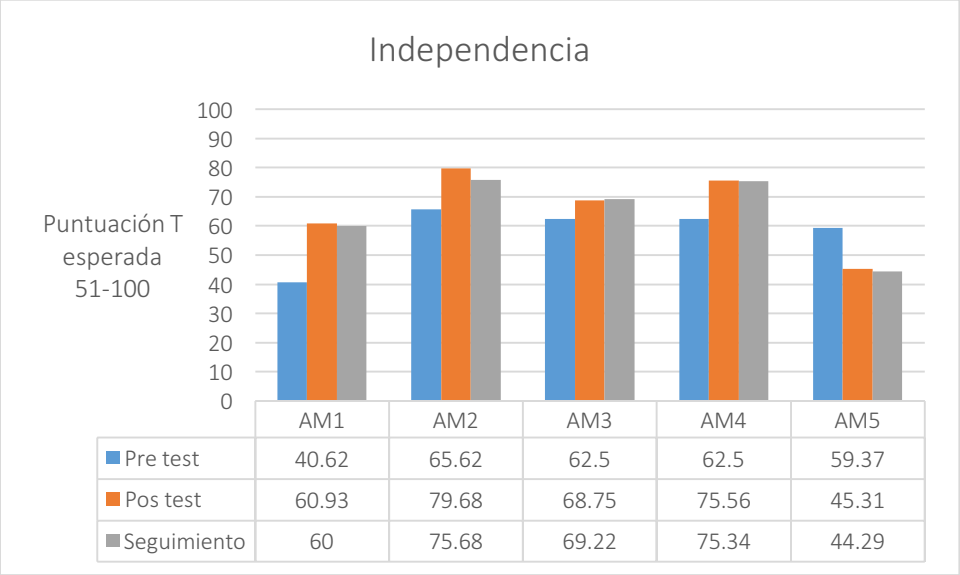
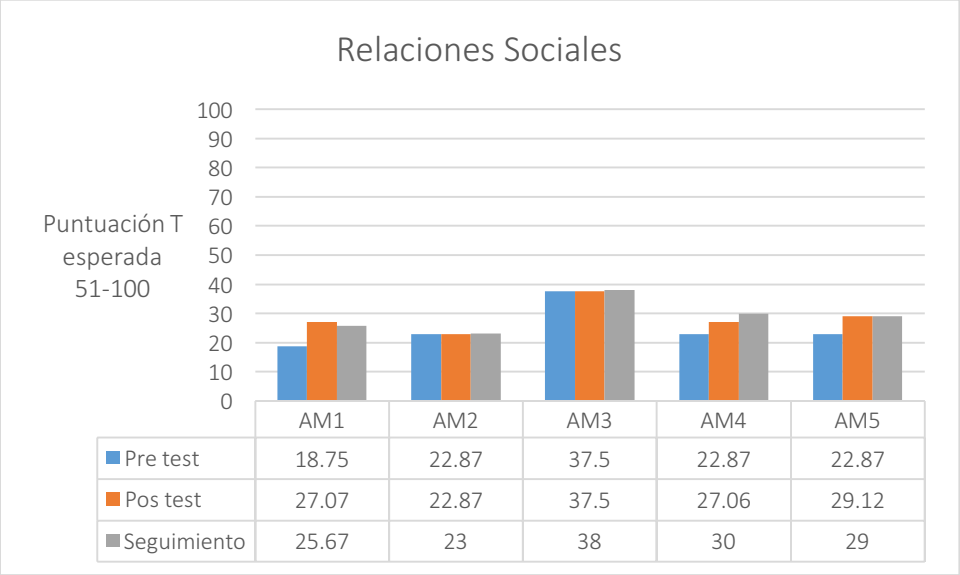


Fig. 63.- Evaluación de la subescala independencia en relación a la calidad de vida del AM.

En esta subescala los participantes uno, dos, tres, y cuatro obtuvieron puntuaciones por arriba del 50 (P.T), que era lo esperado, al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento. El participante uno es el que marca realmente un aumento a partir de los resultados en el pre y hasta el seguimiento.

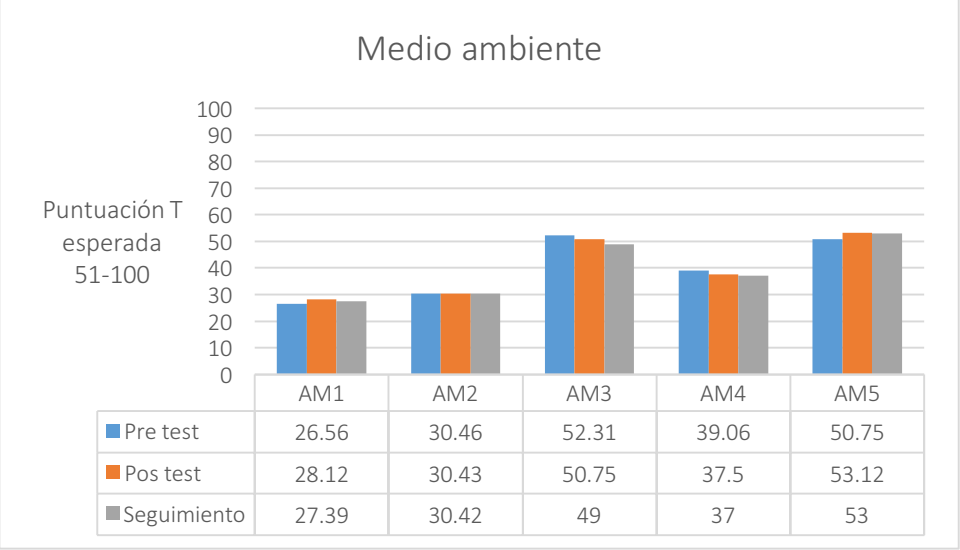
Con respecto a los participantes dos, tres y cuatro se encontraban en puntajes arriba de los 50 puntos (P.T) desde el inicio y fueron aumentado al termino del tratamiento. Finalmente en el participante cinco la puntuación era alta al iniciar el tratamiento y al finalizar y durante el seguimiento disminuyó.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	18.75	22.87	37.5	22.87	22.87
Pos test	27.07	22.87	37.5	27.06	29.12
Seguimiento	25.67	23	38	30	29

Fig. 64.- Evaluación de la subescala relaciones sociales en relación a la calidad de vida del AM.

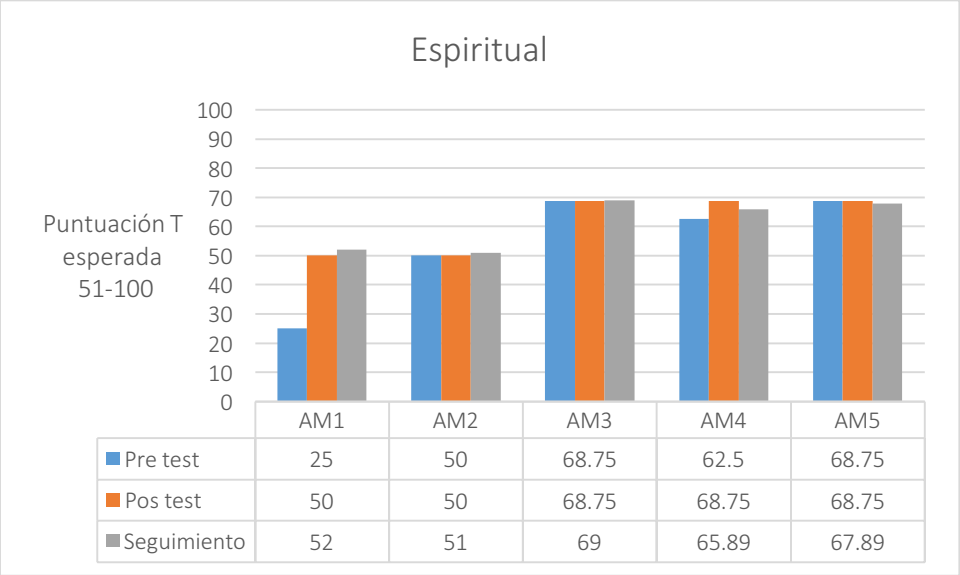
Con respecto a al subescala que mide la relaciones sociales de la AM que participaron de la BIBLIOFAM, los puntajes desde un inicio fueron por debajo de los 50 puntos (P.T) en todos los AM. Sin embargo, en los participantes uno, tres, cuatro y cinco hubo ascensos en sus evaluaciones posteriores al tratamiento y en la etapa de seguimiento y solo el participante dos sus puntajes permanecieron igual en los tres momentos.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	26.56	30.46	52.31	39.06	50.75
Pos test	28.12	30.43	50.75	37.5	53.12
Seguimiento	27.39	30.42	49	37	53

Fig. 65.- Evaluación de la subescala medio ambiente en relación a la calidad de vida del AM.

En los resultados que se obtuvieron de las mediciones del medio ambiente que rodea a los AM, los puntajes esperados deberían estar en los 50 puntos (P.T). Sin embargo, en la figura 65 se puede observar en las evaluaciones mínimos cambios en los participante uno y cinco, no así en los participantes tres y cuatro en los cuales descendieron sus registros al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento y en el participante número dos permaneció igual sin mostrar modificaciones.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	25	50	68.75	62.5	68.75
Pos test	50	50	68.75	68.75	68.75
Seguimiento	52	51	69	65.89	67.89

Fig. 66.- Evaluación de la subescala espiritualidad en relación a la calidad de vida del AM.

En la figura 66 se observan los resultados de la dimensión espiritual. En ella puede apreciarse como en los participantes uno, y cuatro hubo aumento en sus puntuaciones, aunque este último ya se encontraba en niveles óptimos de esta subescala, y en los números dos, tres y cinco permanecieron iguales, sin embargo en todos los participantes el registro es mayor o igual a los 50 puntos (P.T), lo cual era lo esperado.

Otro aspecto que fue evaluado en los AM, fue el nivel de autoeficacia, compuesta por 6 dimensiones, a continuación se muestran los resultados:

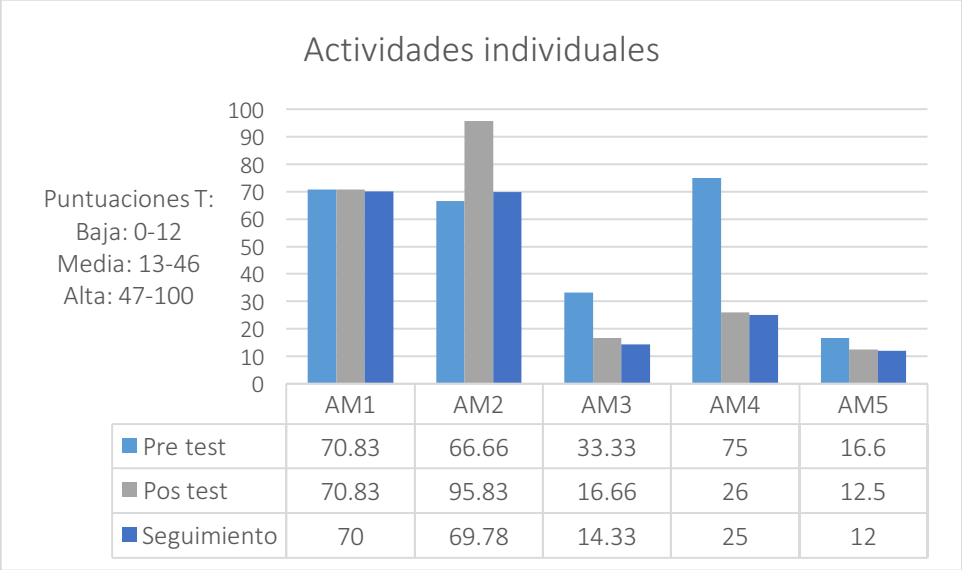
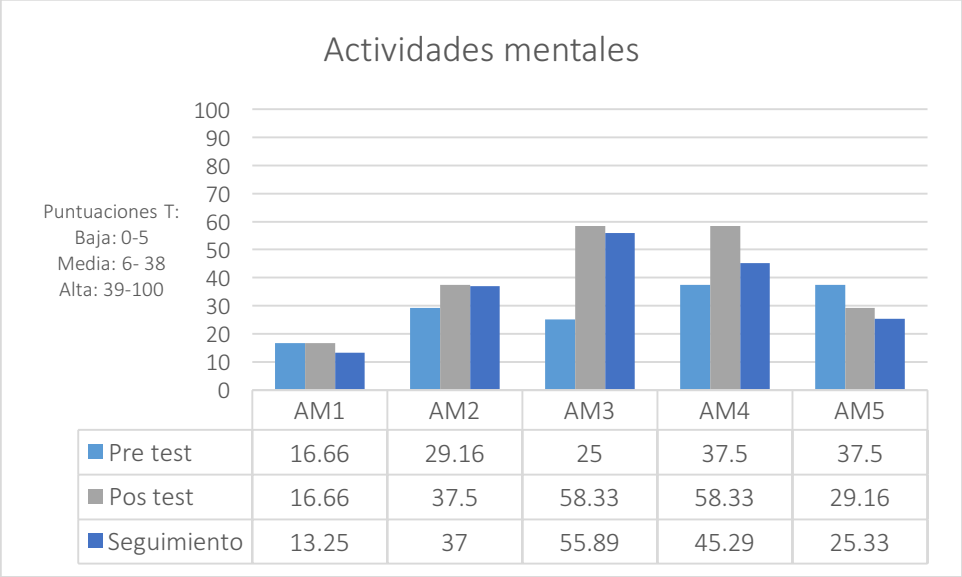


Fig. 67.- Evaluación de la subescala actividades individuales en relación al grado de autoeficacia del AM.

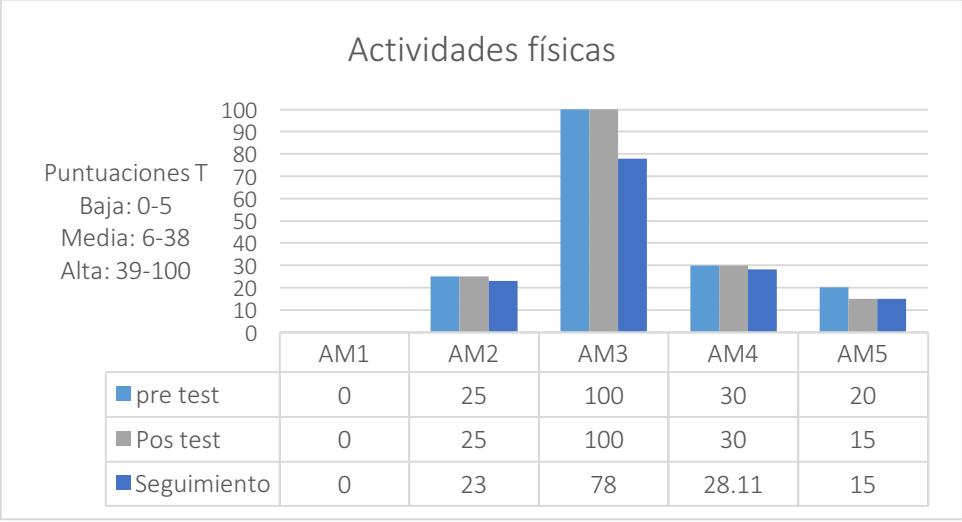
Las puntuaciones para esta dimensión esperadas que pudieran obtener los AM participantes posterior al tratamiento y durante el seguimiento eran entre 47 y 100 puntos (P.T); de acuerdo a lo que se observa en la figura 67, los resultados de las evaluaciones muestran que solo en el participante dos hubo aumento en el post test aunque en el seguimiento desciende pero permanece arriba de los 47 puntos (P.T), no así en los número tres, cuatro y cinco que hubo un decremento a una medición media y en el número uno permanecieron sus puntajes sin cambios aunque correspondientes a niveles altos.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	16.66	29.16	25	37.5	37.5
Pos test	16.66	37.5	58.33	58.33	29.16
Seguimiento	13.25	37	55.89	45.29	25.33

Fig. 68.- Evaluación de la subescala actividades mentales en relación al grado de autoeficacia del AM.

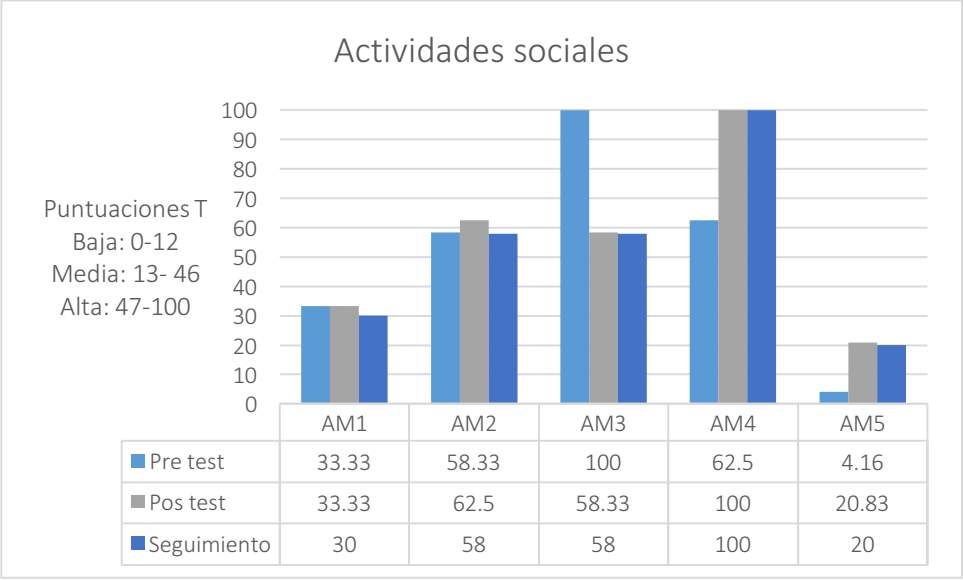
Con respecto a la evaluación que se hace de las actividades mentales de los AM participantes, los resultados esperados era que los participantes pudieran registrar mediciones entre los 39 y los 100 puntos (P.T), así entonces tenemos que el AM tres y cuatro tuvo esa puntuación posterior al tratamiento y durante la fase de seguimiento. El AM número uno, dos y cinco tuvieron un registro medio antes y después del tratamiento, y durante el seguimiento descendió.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
pre test	0	25	100	30	20
Pos test	0	25	100	30	15
Seguimiento	0	23	78	28.11	15

Fig. 69.- Evaluación de la subescala actividades físicas en relación al grado de autoeficacia del AM.

La evaluación esperada para esta subescala era que al finalizar el tratamiento como en el seguimiento se registraran puntuaciones entre los 39 y los 100 puntos (P.T); como puede observarse, solo en el participante número tres hubo una medición óptima de esta dimensión, aunque desde el principio registra un puntuación de 100 (P.T), en el seguimiento hay un descenso pero sigue siendo valorada como alta esta actividad. Por otro lado en los participantes dos, cuatro y cinco, los puntajes registrados corresponden a un nivel medio de autoeficacia en esta dimensión, y finalmente en el AM uno sus puntajes son bajos o nula esta actividad, lo que significa que el tratamiento no influyó en hacer modificaciones posterior al tratamiento o en el seguimiento.

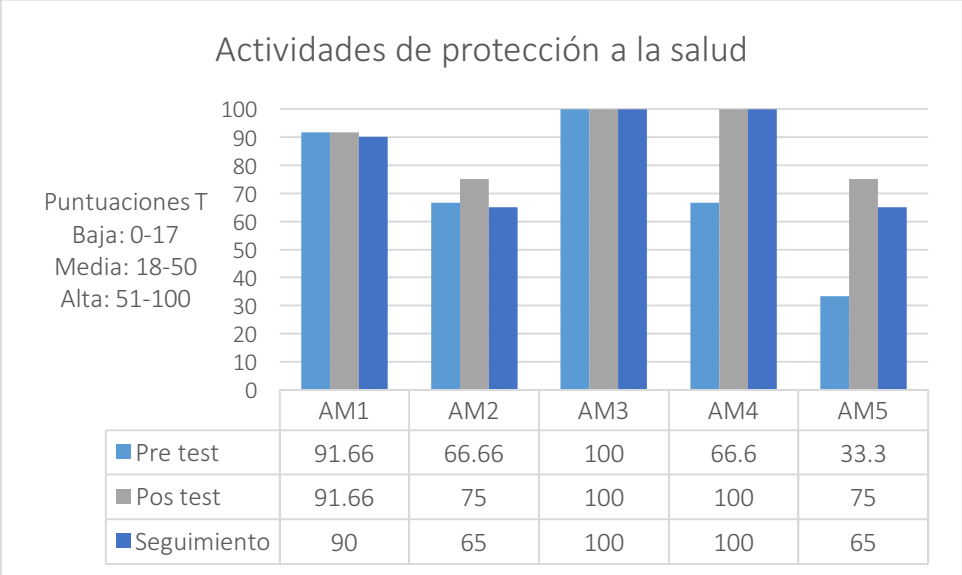


	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	33.33	58.33	100	62.5	4.16
Pos test	33.33	62.5	58.33	100	20.83
Seguimiento	30	58	58	100	20

Fig. 70.- Evaluación de la subescala actividades sociales en relación al grado de autoeficacia del AM.

En lo relacionado con la medición de las relaciones sociales del AM participante de la BIBLIOFAM, los resultados que eran esperados al termino del tratamiento y en el seguimiento eran que los AM participantes pudieran registrar entre los 47 y los 100 puntos (P.T). Teniendo entonces que los AM dos y cuatro lograron llegar a este puntaje, destacándose el participante cuatro que alcanzó el puntaje ideal de 100 (P.T). El AM tres de tener un puntaje de 100 (P.T) al inicio del tratamiento, descendió a los 58 puntos (P.T), al finalizar el tratamiento y en la etapa de seguimiento, aunque aún se encuentra en una puntuación alta, no puede valorarse como un resultado positivo. El número uno

permaneció igual posterior al tratamiento y tiene un menor puntaje en el seguimiento correspondiendo a la valoración media de esta actividad, y en el AM cinco hubo un registro en que se aumento en la puntuación posterior al tratamiento, pero la puntuación se encontró dentro de los rangos medios de autoeficacia de esta dimensión.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	91.66	66.66	100	66.6	33.3
Pos test	91.66	75	100	100	75
Seguimiento	90	65	100	100	65

Fig. 71.- Evaluación de la subescala actividades de protección a la salud en relación al grado de autoeficacia del AM.

En la evaluación de las actividades que realiza el AM para proteger su salud, los resultados que se esperaban al término y seguimiento del tratamiento deberían oscilar entre los 51 y los 100 puntos (P.T). Lo que se puede observar en la figura 71 es que todos los participantes registraron puntajes altos en esta dimensión, desde el inicio. En donde los AM cuatro y cinco son los que muestran un puntaje ascendente con respecto a su medición inicial.

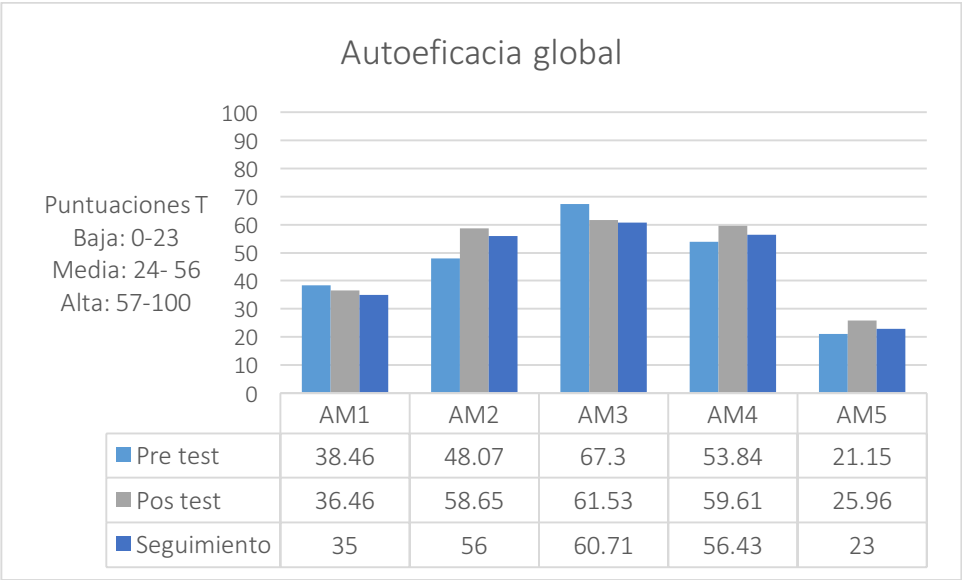


Fig. 72.- Evaluación de la autoeficacia global del AM.

En lo que respecta a la evaluación global de la autoeficacia, lo esperado era que logran puntuar al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento entre los 57 y 100 puntos (P.T). Los resultados muestran que los participantes dos, tres y cuatro son los que pudieron registrar estas calificaciones. Sin embargo, el participante número tres descendió de su marcaje inicial, aun así se situó en puntuación lata, pero al descender no puede ser valorado el resultado como positivo.

Los número uno con rango medio de autoeficacia de esta actividad y el número cinco solo en el termino del tratamiento pudo puntuar en rango medio pero en la fase del seguimiento descendió nuevamente a una calificación baja.

III. Evaluación de la sobrecarga percibida por el CP.

Con lo que respecta a los resultados obtenidos en la variable de sobrecarga del cuidado, a continuación se presentan los resultados tanto de la pre evaluación, la post evaluación y el seguimiento; en donde los resultados indican el tipo de sobrecarga que esta viviendo el familiar con este rol. Lo esperado par esta variable era que al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento las puntuaciones descendieran a rangos de no existencia de sobrecarga, puntajes menores a los 47 puntos (P.T).

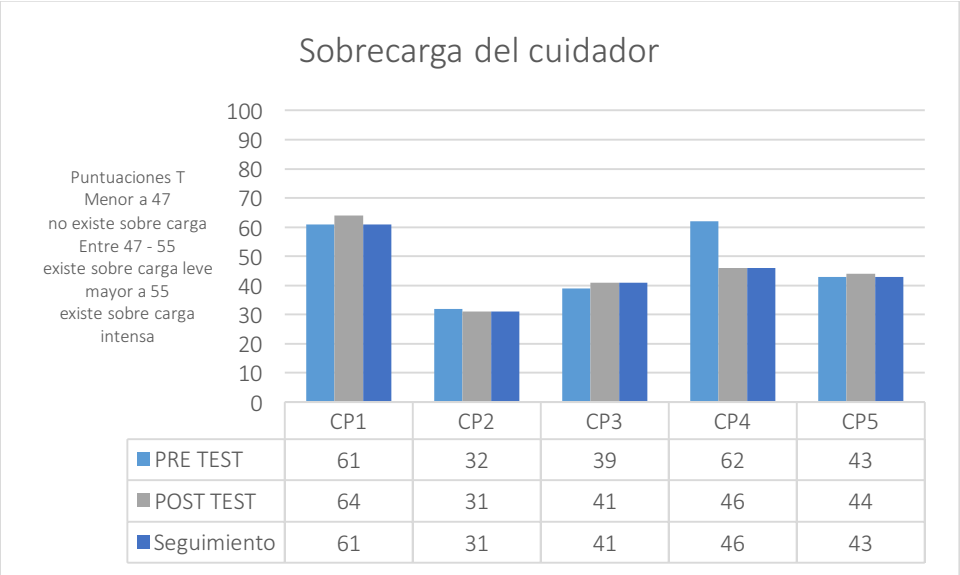
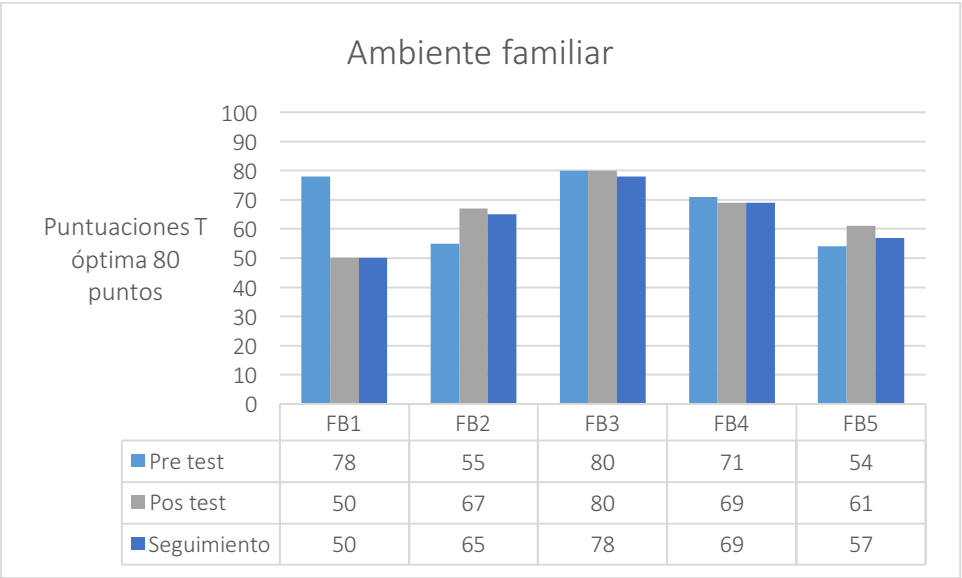


Fig. 73.- Evaluación de la sobrecarga del CP.

Los resultados esperados para esta variable, eran que los participantes pudieran puntuar de forma menor a los 47 puntos (P.T), lo cual pudo lograrse en los participantes dos, tres, cuatro y cinco, aunque hay que destacar que desde la primera medición no existía sobrecarga en los CP dos, tres y cinco; sin embargo, en el CP número uno si puntuaba en sobrecarga severa y no hubo cambio con el tratamiento de la BILIOFAM, de hecho en la segunda medición aumentó y en el seguimiento regreso a la misma medición inicial.

IV. Evaluación del funcionamiento familiar.

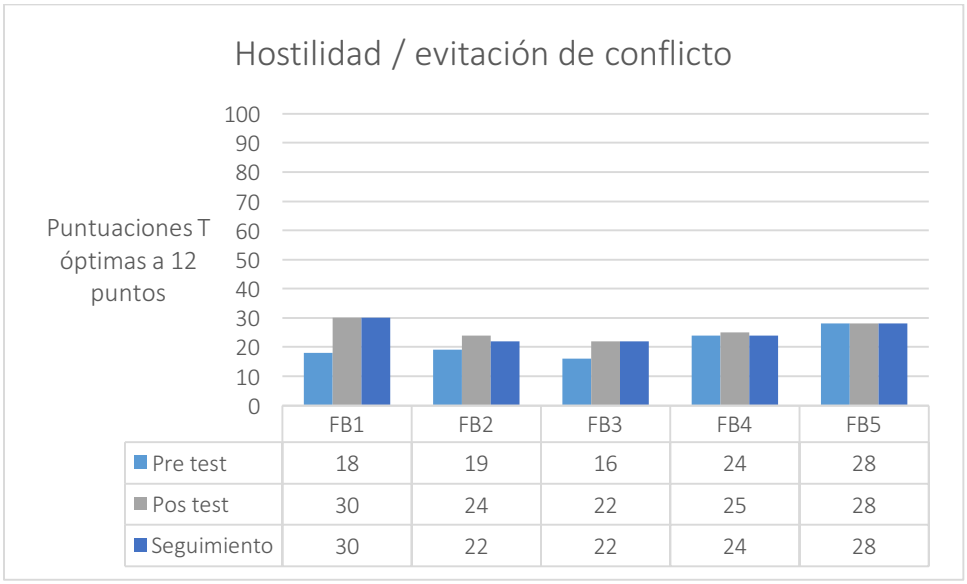
Con el objetivo de conocer la eficacia de la BIBLIOFAM en el establecimiento de cambios en el desarrollo de una configuración familiar más funcional, se realizaron a las familias participantes la evaluación de cuatro aspectos del funcionamiento familiar: ambiente familiar, hostilidad o evitación de conflictos, problema en expresión de sentimientos y cohesión familiar antes y después del tratamiento. A continuación se presentan los resultados obtenidos.



	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	78	55	80	71	54
Pos test	50	67	80	69	61
Seguimiento	50	65	78	69	57

Fig. 74.- Evaluación de la subescala ambiente en relación al funcionamiento familiar.

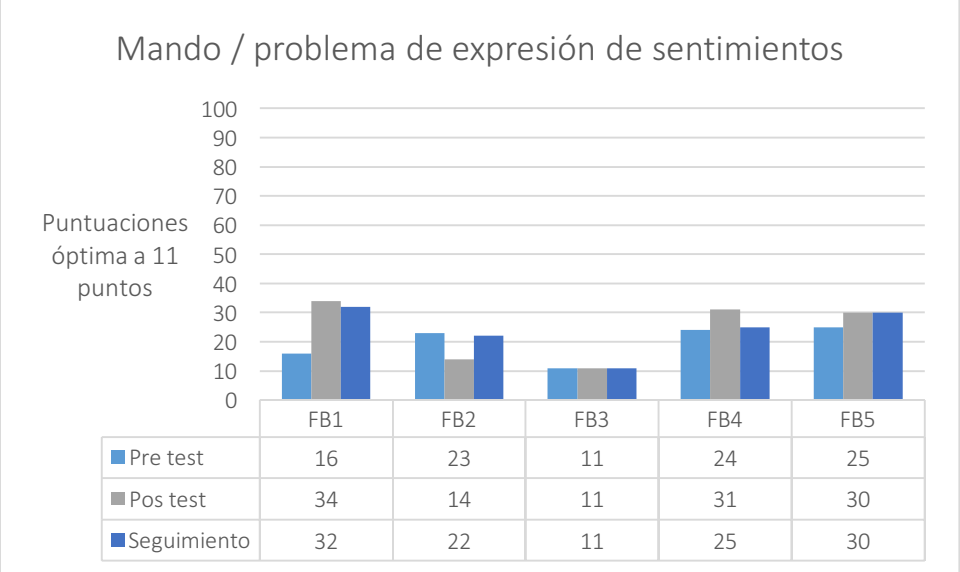
En la subescala que evalúa el ambiente familiar, lo que se esperaba al término del tratamiento era que las familias participantes puntuaran lo mas cercano a los 80 puntos (P.T). De acuerdo a lo que muestra la fig. 74 se puede observar que fueron las número dos, tres, cuatro y cinco las que mejor calificaron; sin embargo la FAM tres ya desde el inicio estaba en la puntuación óptima y en el seguimiento tiene un descenso de dos puntos. La FAM número uno por el contrario disminuyó en sus evaluaciones.



	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	18	19	16	24	28
Pos test	30	24	22	25	28
Seguimiento	30	22	22	24	28

Fig.75.- Evaluación de la subescala hostilidad / evitación de conflicto en relación al funcionamiento familiar.

Para la subescala hostilidad/evitación de conflicto, se esperaba que los resultados al finalizar el tratamiento descendieran cercanos a los 12 puntos (P.T), por lo que podemos apreciar que ninguna de las familias participantes lograron descender en sus puntuaciones, sino al contrario aumentaron sus puntajes y así continuaron en la fase de seguimiento, no logrando realizar cambios en esta dimensión.



	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	16	23	11	24	25
Pos test	34	14	11	31	30
Seguimiento	32	22	11	25	30

Fig. 76.- Evaluación de la sub escala mando/problema de expresión de sentimientos en relación al funcionamiento familiar.

Con respecto a los resultados que se esperaban en la subescala mando/problema de expresión de sentimientos, los puntajes debían descender también cercanos o igual a los 11 puntos. Solo la familia tres tuvo esta evaluación desde un inicio y así permaneció; la número dos en el post test descendió llegando a los 14 puntos (P.T), pero ya en el seguimiento volvió casi a su estado original, y el resto de las demás familias aumentó en esta dimensión, por lo que no se logro el objetivo en esta área.

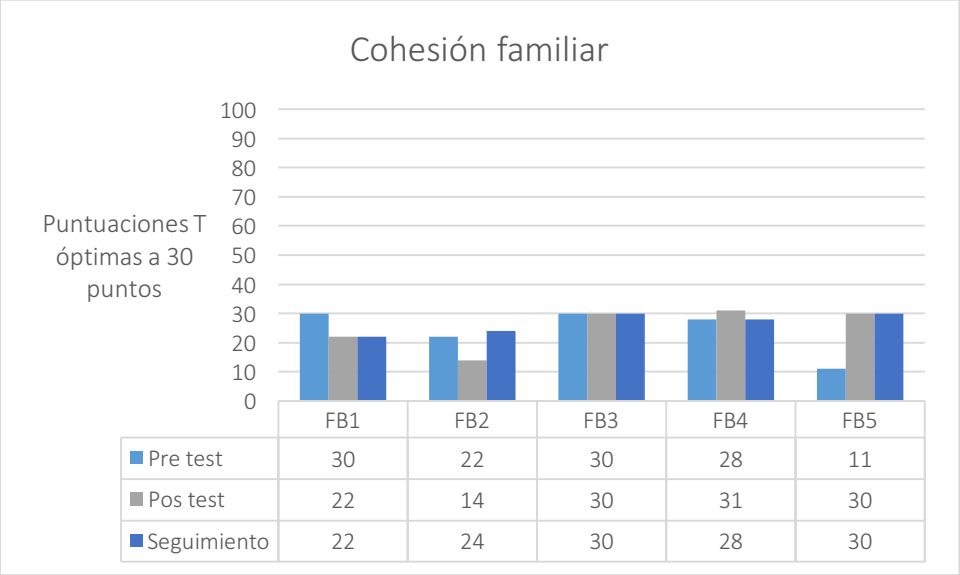


Fig. 77.- Evaluación de la sub escala cohesión en relación al funcionamiento familiar.

Finalmente en la dimensión cohesión familiar se esperaba aumentaran los puntajes iniciales al finalizar el tratamiento cercanos o igual a 30 (P.T) y que permanecieran los cambios durante el seguimiento, con respecto a ello las familias tres, cuatro y cinco lograron tener este puntaje, aunque la familia tres desde el inicio registro esta puntuación. La número uno en un inicio tenia la puntuación óptima pero en la segunda evaluación descendió y así permaneció durante el seguimiento, y la dos en la segunda evaluación descendió su registro pero en la fase de seguimiento aumento incluso mas alto que en su primer medición.

Resultados detallado de los casos clínicos

A continuación se describe de manera detallada y especifica los cinco casos que conformaron la intervención de la BIBLIOFAM (Cazau, 2006; León y Montero, 1995), cada uno se dividió en cuatro apartados generales:

- La primera sección se refiere a las características socioeconómicas del AM y el funcionamiento de su respectiva familia.

- La segunda parte describe los resultados de las evaluaciones clínicas (indicadores metabólicos) antes y después del tratamiento.
- El tercer apartado describe los resultados en relación al nivel de calidad de vida del AM participante, así como el grado de autoeficacia en las actividades cotidianas que realiza.
- En la cuarta parte se describe los resultados de la sobrecarga del CP.
- Finalmente a manera de conclusión se describe a detalle el impactos del tratamiento en general.

Familia 1 (FB1)

III. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

AM de 76 años, es pensionado del ISSSTE. Estudió hasta nivel primaria, trabajó como cartero, y llegó hasta el puesto de la administración. Actualmente vive con su esposa y una hija que estudió para modista. Vive en casa propia. Goza de estabilidad económica, para satisfacer sus necesidades básicas, con reservas a una buena administración y control de sus gastos, pues recibe el pago que le genera la renta de locales comerciales de su propiedad.

En lo referente a los resultados del instrumento aplicado ante y después sobre funcionamiento familiar a continuación (ver Fig. 78) se describen:

Puede apreciarse como hubo cambios en las áreas de ambiente familiar y cohesión familiar, sin embargo en los factores dos y tres que era deseable que aminorara el puntaje ocurrió lo contrario, que hacen referencia a evitación del conflicto y en problemática en la expresión de sentimientos. En este aspecto es importante mencionar que esto puede deberse a una variable externa no contemplada; durante la intervención la familia tuvo la visita no esperada de un familiar de la esposa del AM, que duró mas de dos meses, por lo que puede deberse a esto los resultados obtenidos, la presencia de agentes externos (aunque familia) torna el ambiente familiar en el escenario propicio para

la evitación y manifestación abierta de situaciones problemáticas o de malestar, pues hay que “guardar la postura ante la visita”.

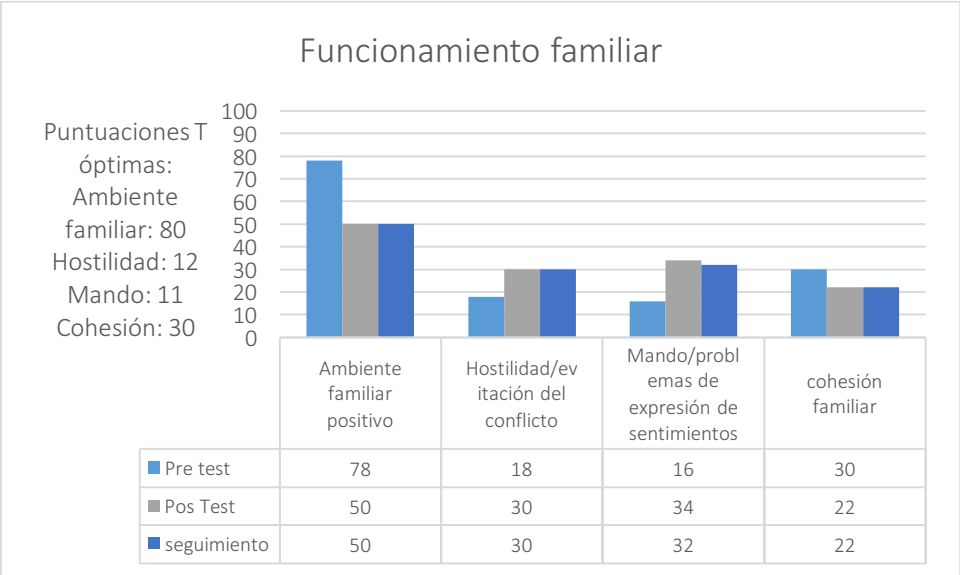


Fig. 78.- Resultados del funcionamiento familiar.

II. Indicadores metabólicos.

Como puede apreciarse en la tabla 17, hubo modificaciones en los niveles metabólicos; aumentando en sus registros, en especial en lo relativo a la hemoglobina glucosilada (HbA1c) la cual al inicio era de 5.50, al final del tratamiento fue de 5.70 y en el seguimiento de 6. Este indicador en especial, nos habla de cómo el paciente diabético lleva acabo el manejo de su autocontrol de su enfermedad, ya que la HbA1c determina como ha sido el control o no control glucémico en los últimos tres meses y sí se encuentra en rangos de control adecuados, en este caso en particular no revela un descontrol glicémico.

Con respecto a los niveles de colesterol y triglicéridos disminuyeron aunque no llegaron a los rangos de control deseable y por lo que se recomendó mejorar aún mas su dieta y su actividad física. Pero sobre todo en este caso en particular el indicador clave es la presión arterial, puesto que el AM presenta una cardiopatía denominada cardiomegalia, padecimiento muy común en los pacientes diabéticos y como podemos

observar se llego a índices adecuados en su medición. En general se puede ver que no existió un adecuado control de los indicadores metabólicos.

Tabla 17: Indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
AM1	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
	5.5	5.7	6	188	167	180	190	180	178	155	119	115	140/70	130/60	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia del AM.

De acuerdo a los resultados obtenidos del instrumento aplicado para medir la calidad de vida del AM, podemos apreciar como en las seis áreas hubo modificaciones (ver fig. 79). En lo que respecta a salud física se puede notar un ligero descenso en lo que el AM percibe, correspondiendo como lo descrito anteriormente sus indicadores metabólicos y lo que ellos manifiestan en relación al manejo del control en lo respectivo a su padecimiento diabético.

Por otro lado en cuanto a salud psicológica, hubo un aumento pero no alcanza el puntaje medio de los 50 puntos (P.T). En cuanto a la dimensión de la independencia, y espiritualidad se aprecia incremento en estas categorías, aunque apenas sobrepasando el puntaje de los 50 puntos (P.T), en las áreas de relaciones sociales y medio ambiente hay un ligero aumento con respecto a la medición inicial, pero no pudiendo llegar ni a la puntuación media.

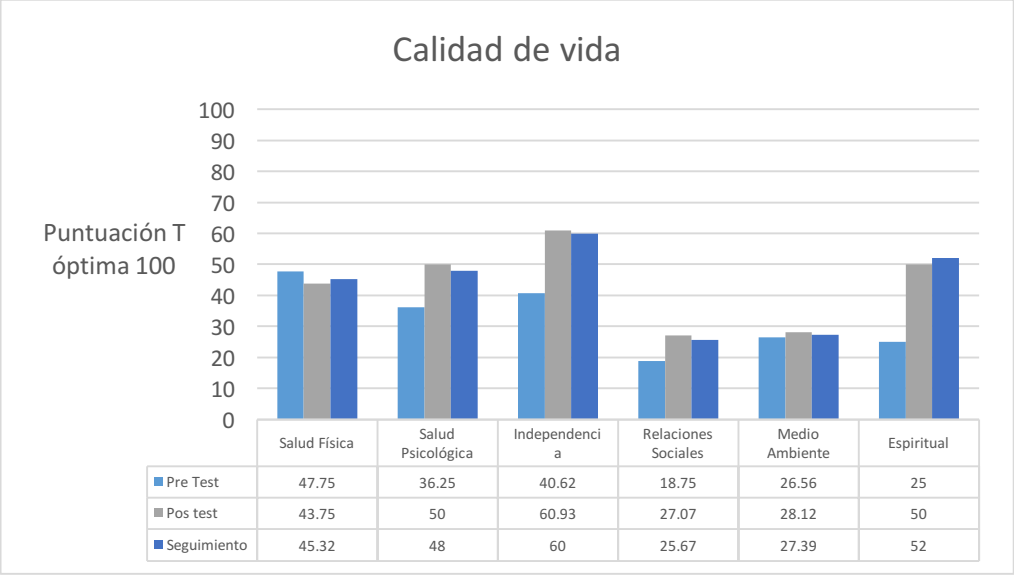


Fig. 79.- Evaluación de la calidad de vida.

En lo que respecta a lo evaluado en el AM a su autoeficacia en las actividades cotidianas (ver fig. 80), podemos apreciar que no hubo cambios posterior al tratamiento, incluso en el seguimiento hubo un descenso.

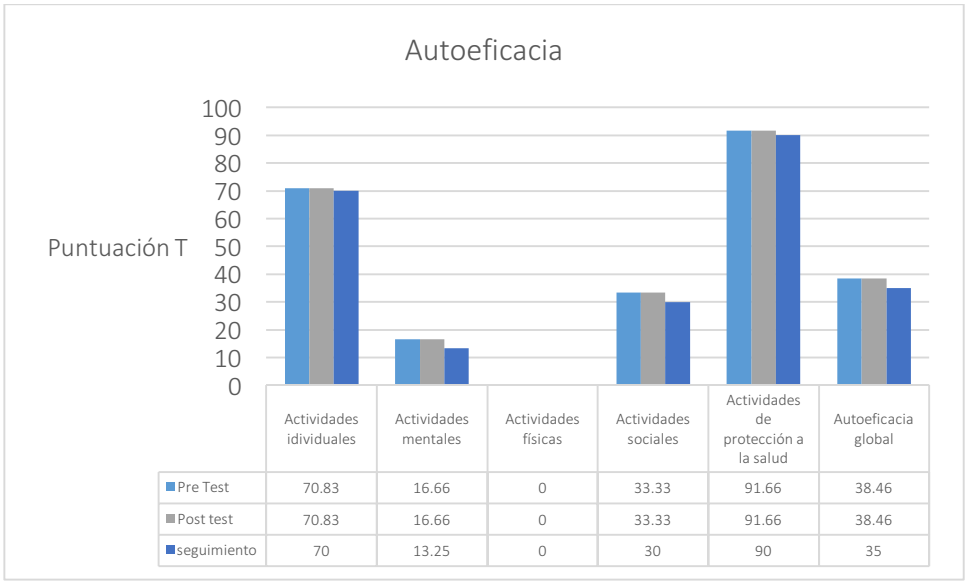


Fig. 80.- Evaluación de la autoeficacia.

Puede apreciarse que en todos los resultados de cada una de las dimensiones de la autoeficacia permanecieron iguales que al inicio. En las actividades individuales, son

altos los niveles (entre 47 y 100 P.T), con lo referente a las actividades mentales, sus niveles son moderadas (entre 5-37 P.T), lo cual es un rasgo de riesgo no solo por el padecimiento diabético, sino por la vulnerabilidad a procesos de deterioro cognitivo y demencia; en particular el AM refería que no había imposibilidad de realizar estas actividades, sino que no existía el gusto o deseo por realizarlas.

En relación a otras actividades, el punto a poner atención en este caso es sin duda las actividades físicas, pues como puede apreciarse el tratamiento no pudo influir en la modificación en esta área en la vida del AM, recomendación que se insistió durante todo el tratamiento; uno de los factores que generan un alto grado de autocontrol en el padecimiento diabético es la activación física, aunado a su padecimiento cardiaco.

La posible explicación a estos resultados radica a que es un paciente medianamente controlado en su padecimiento diabético y no le genera la urgencia de cuidarse, un comportamiento común en este tipo de padecimiento. Por lo que el tratamiento no logro uno de los objetivos principales, pues era deseable que si hubieran existido cambios más notables.

Otra área de atención es sin duda en esta familia, la socialización de su AM, pues como puede apreciarse calificó en rangos moderados puntuación en este tipo de actividad (13-46 P.T). Una de las áreas de prevención en la población gerontológica, es la prevención de trastornos depresivos, que unidos con la nula actividad física, lo hace más proclive a padecerlos. Finalmente en los resultados sobre las actividades de protección a la salud podemos apreciar que es elevado su desenvolvimiento en estas acciones, y no corresponde con los resultados de los indicadores metabólicos.

IV. Sobrecarga del CP.

Como puede apreciarse a continuación (ver fig. 81), la sobrecarga se disparó, y esto es debido a que como se expresaba con anterioridad, una variable externa intervino, la llegada de un familiar agregó mas actividades a la esposa quien lleva este rol, y también

la familia de tipo y configuración tradicional, con roles de genero marcados por lo esperado socialmente, por lo que en este aspecto el tratamiento no mostro un impacto.

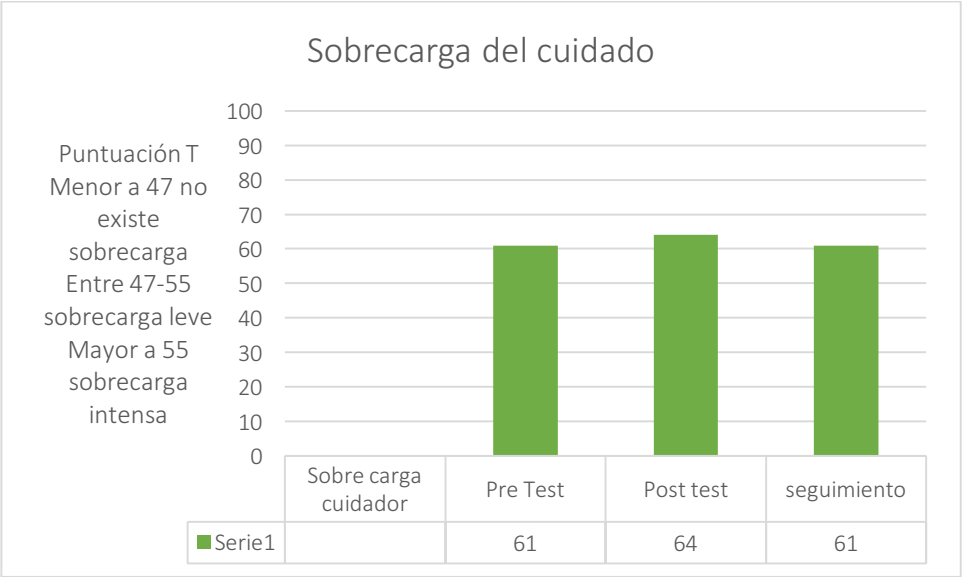


Fig. 81.- evaluación de la sobrecarga del cuidador.

Estos resultados pueden atribuirse a que de acuerdo a lo que relatan los participantes, el AM es el centro de la atención de la esposa y las dos hijas que asistieron a las sesiones, y mucho de ello se debe a la configuración rígida de la familia sin posibilidad de alternancia en los roles y funciones. Generando así codependencia en la interacción AM - CP y FAM, limitando de esta manera el desarrollo del autocontrol y autocuidado del paciente diabético de manera mas efectiva.

Familia 2 (FB2)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

AM de 70 años de edad, es ama de casa, dependiente económicamente de su esposo de oficio laminero y de su hija, quien vive con ellos junto con su esposo e hijos y otro hermano soltero, quien trabaja con su papá el taller de laminado. La hija es empleada de oficina en el ayuntamiento de Tepic.

La AM estudió la primaria solamente, su condición económica es limitada y dependen solo de lo percibido por día en el taller. La hija y su esposo se hacen responsables de gastos de la casa y la hija en particular de todo los gastos que deriven del padecimiento diabético de su madre, ella es la que lleva el rol de CP.

De acuerdo a la evaluación realizada a la familia, estos fueron los resultados que se obtuvieron y que muestran cambios derivados del tratamiento (ver fig. 82).

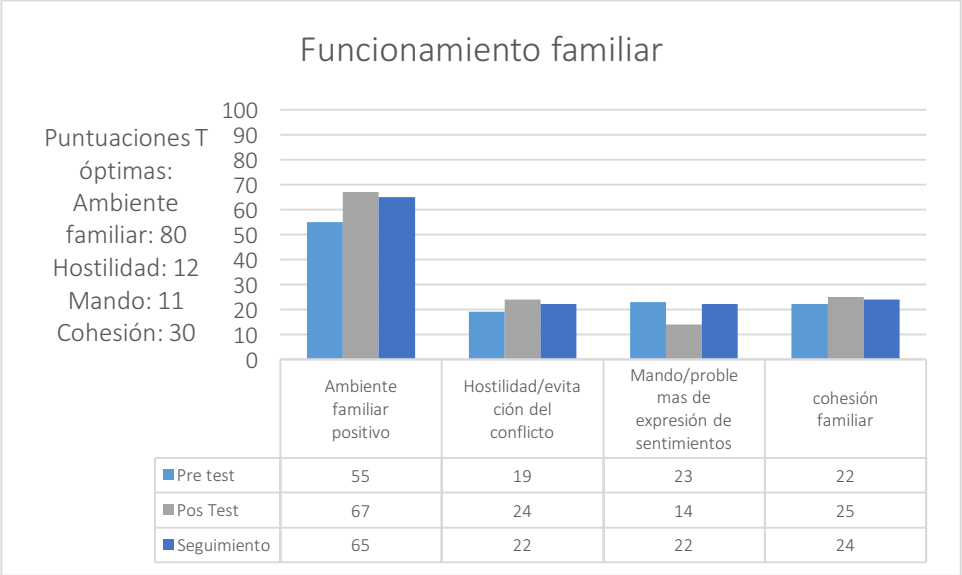


Fig. 82. Evaluación del funcionamiento familiar.

Como puede apreciarse hubo modificación en cada una de las áreas, si bien el ambiente familiar mejoró no llego a la puntuación óptima; en hostilidad-evitación de conflicto aumentó su puntaje lo cual no es favorecedor para un mejor funcionamiento familiar; el problema para la expresión de sentimientos aminoró con mejores puntajes; sin embargo, en el seguimiento volvió a ascender; y en lo que refiere la cohesión familiar también mejoró sus puntajes aunque no llegó al óptimo se pude valorar como un mejor registro.

II. Indicadores metabólicos.

Por otro lado, en lo que respecta a la medición de los indicadores metabólicos, podemos apreciar mejorías muy modestas también (ver tabla 18); teniendo en cuenta que la AM es diabética de reciente diagnóstico y que en un inicio del tratamiento se asumía como no diabética solo hipertensa; es así como vemos que al finalizar las sesiones que corresponden a la intervención se nota una asimilación mejor del padecimiento, por los resultados que registro en mediciones posteriores y de seguimiento en los niveles metabólicos, que aunque es verdad no lograron alcanzar lo óptimo, se revela un descenso en cada uno de ellos.

Tabla 18. Indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
AM2	9	7.8	7.8	189	180	180	213	200	180	134	136	126	140/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia del AM.

Con lo que respecta a la medición de las variables calidad de vida y autoeficacia en las actividades cotidianas, se obtuvo los siguientes resultados (ver fig. 83 y 84).

En relación a la calidad de vida la AM percibe mejorías en las áreas de independencia, cuestión a destacar, ya que durante el tratamiento esto fue un factor que determinó mucho el proceso, puesto que dependía en sobremanera de su hija y su yerno para decidir incluso si salir a la tienda o no, siempre enmarcada de narraciones de temor a caerse o perderse; existía al inicio del tratamiento una excesiva sobreprotección por parte de la hija y el yerno, disminuyendo conforme se llevaron a cabo las temáticas abordadas sesión a sesión de la BIBLIOFAM.

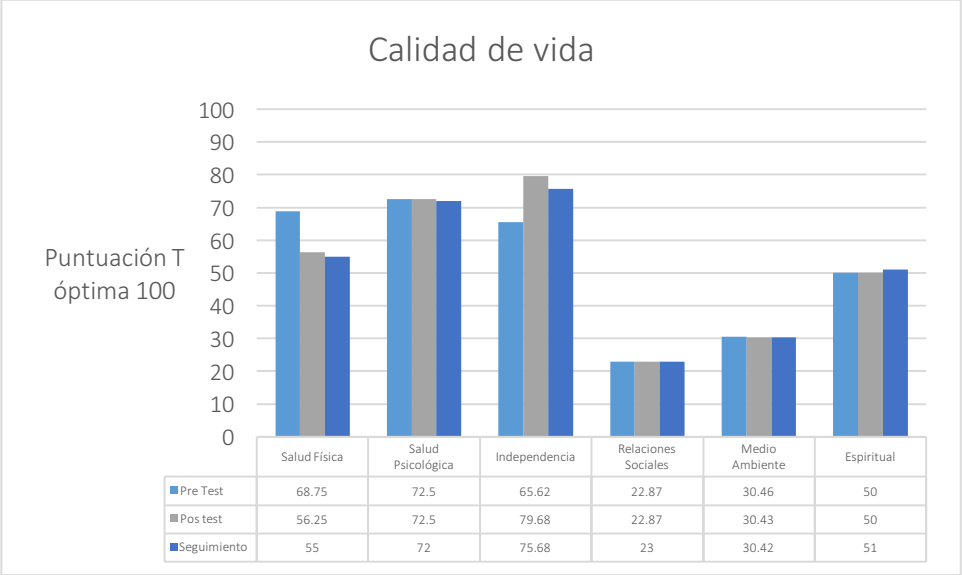


Figura 83: Evaluación de la calidad de vida.

En cuanto a la autoeficacia, se corresponde con los resultados descritos anteriormente, ya que las puntuaciones mas altas en la segunda evaluación están en las actividades individuales, de protección a la salud, y en el resultado global, por lo que también se connota como positivos estos resultados derivados de lo trabajado en la BIBLIOFAM.

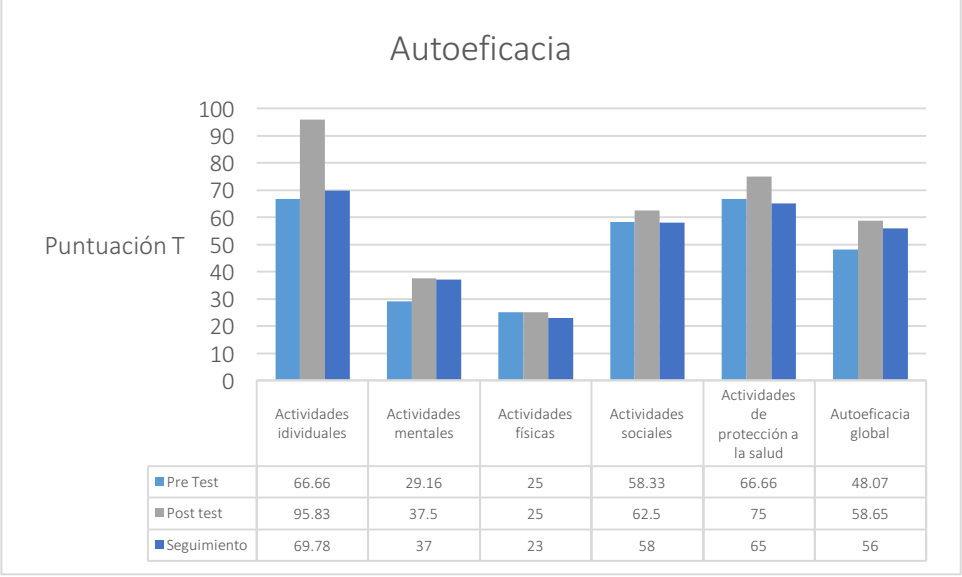


Figura 84.- Evaluación de autoeficacia.

IV. Sobrecarga del cuidador.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación previa y posterior de la BIBLIOFAM, en lo referente a la percepción de sobrecarga del cuidado, no existía desde un inicio sobrecarga, sin embargo hubo disminución posterior y en el seguimiento, aunque mínimo (ver fig. 85).

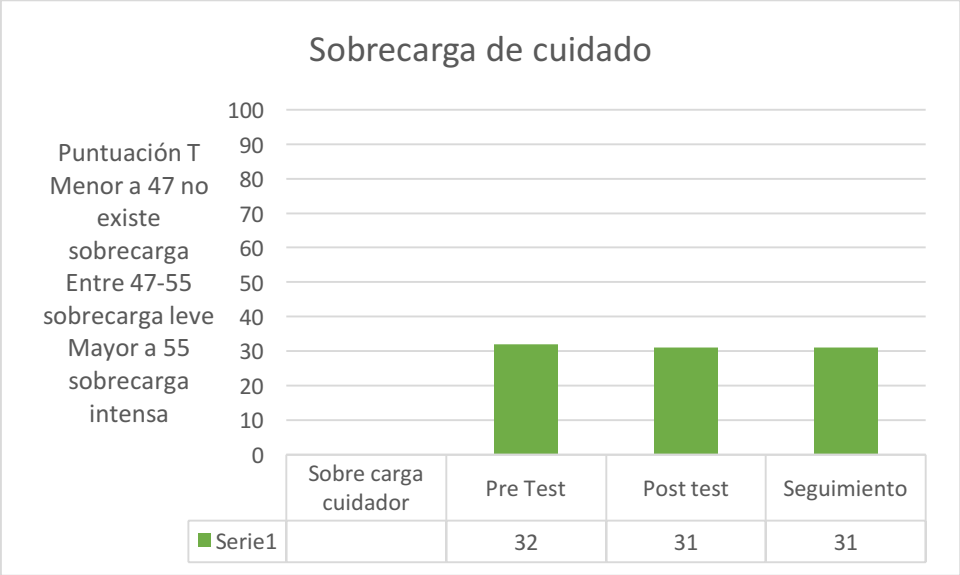


Figura 85: Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

A manera de conclusión, en el caso de la FB2 podemos ver que la intervención diseñada como la BIBLIOFAM, muestra resultados modestos en lo que concierne a mejor autocontrol de la enfermedad, desarrollo de independencia y acciones de protección a la salud y la sobrecarga del cuidado, así también en lo que se refiere a la configuración familiar se logro impactar solo en dos áreas ambiente familiar y cohesión familiar pero de manera moderada.

Familia 3 (FB3)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

El AM es profesor jubilado, pero se mantiene involucrado en actividades deportivas; coordina ligas juveniles de base ball, lo cual en sus propias palabras dice ser su pasión. Cabe mencionar que mucho tiempo se desenvolvió como una figura importante en el ámbito político del Estado de Nayarit, actualmente menciona estar retirado de esos escenarios, aunque sigue de manera concomitante a su labor deportiva trabajando en pro de beneficios a la ciudadanía.

Es a partir de una situación del escenario político a lo que atribuye su padecimiento diabético, por ello su decisión de retirase de esta actividad. Económicamente es estable y goza de una buena solvencia monetaria. Vive en casa propia con su esposa, hija y nieta; la hija es quien funge en el rol de CP. También su esposa tiene diagnóstico diabético, por lo cual la hija debe encargarse de ambos padres, lo que significa una doble carga de responsabilidad.

De acuerdo a los resultados de la evaluación del funcionamiento familiar, podemos ver como hubo un ligero incremento en el factor que evalúa rasgos en las interacciones familiares marcados por hostilidad y evitación del conflicto, puntuaciones que sugieren aspectos negativos en la comunicación familiar, no así en las otras áreas en las que de manera general se percibe un ambiente familiar positivo y una buena unión familiar (ver fig. 86).

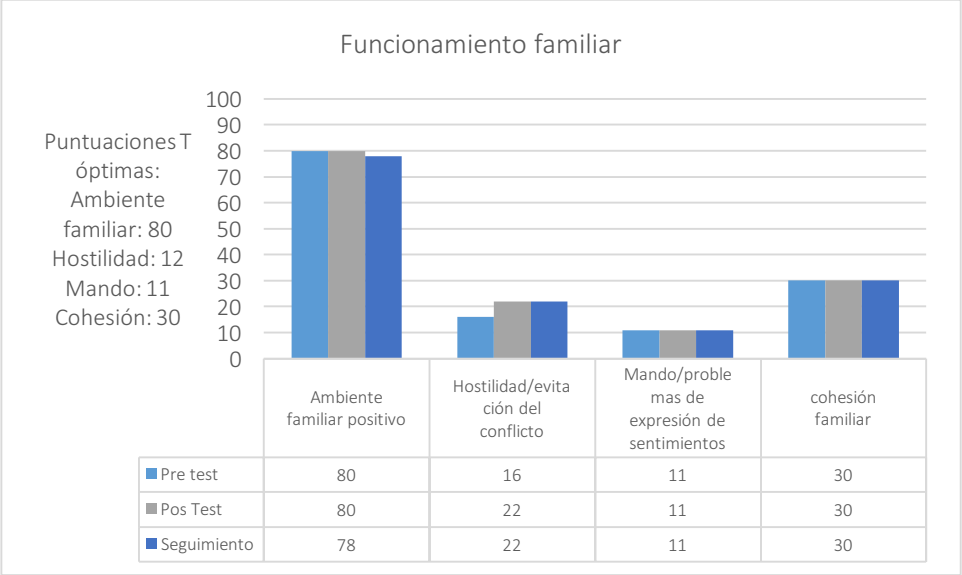


Figura 86.- Evaluación del funcionamiento familiar

II. Indicadores metabólicos.

En lo referente a la evaluación de los indicadores metabólicos podemos considerar que hubo modificaciones importantes, especialmente en triglicéridos, colesterol y glucosa (ver tabla 19), más aún porque durante el proceso del tratamiento hubo la necesidad de una intervención quirúrgica, por una detección oportuna de glaucoma, y que dado el padecimiento diabético era un factor de riesgo.

Las modificaciones fueron en todos y cada uno de los indicadores, aunque la hemoglobina glucosilada desde el inicio se encontraba ya en niveles de control, evidenciando así el manejo adecuado del control sobre la enfermedad, en lo que respecta a las grasas si hubo disminución de acuerdo a las mediciones del antes y el después del tratamiento y durante el seguimiento a rangos de control.

Es de esperarse estos niveles, ya que como lo mencionábamos anteriormente el AM es deportista, camina diariamente en un parque muy concurrido por los habitantes de la ciudad de Tepic además de estar atento de cualquier malestar que pudiera ser necesario de su revisión, como fue el caso de sus ojos y por las tardes entrena a los jóvenes en la liguilla de base ball.

Tabla 19: Indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
AM3	5.4	5.2	5.2	186	140	150	200	130	112	153	104	95	130/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia del AM.

Por su parte en la evaluación que se hizo de la calidad de vida del AM (ver fig. 87), los resultados que mas destacan son los referentes a la salud psicológica e independencia aunque son resultados modestos.

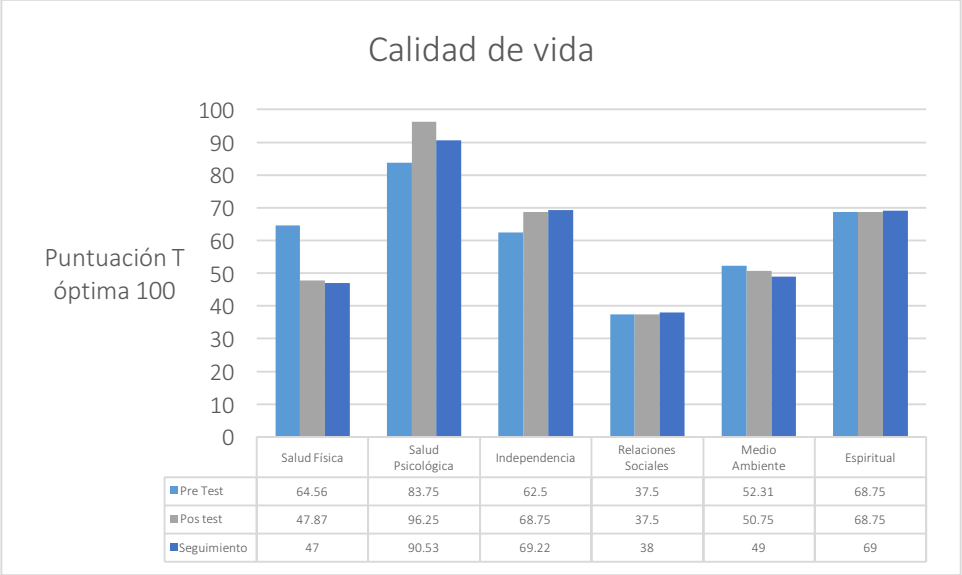
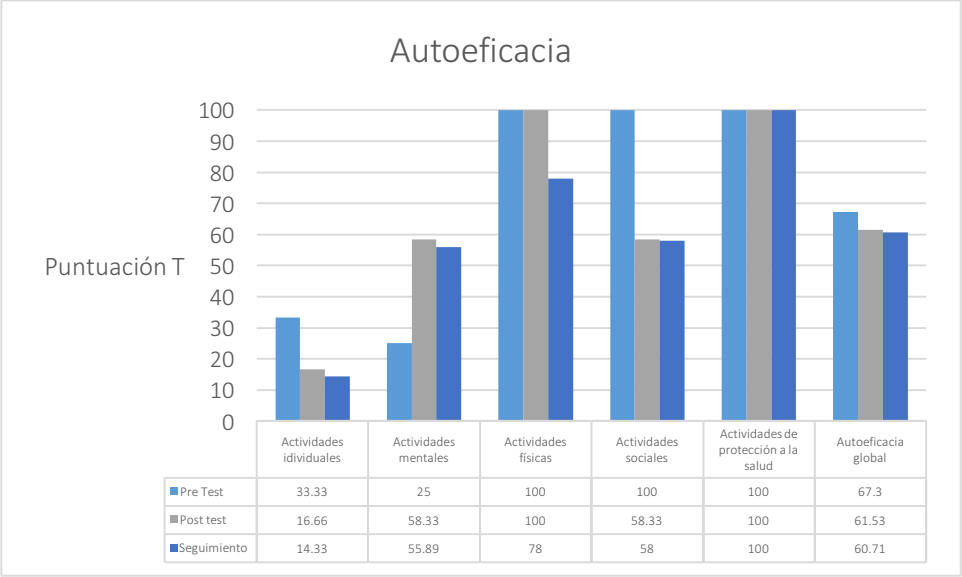


Fig. 87.- Evaluación de la calidad de vida.

Si es verdad que en los resultados se muestra un descenso en la salud física, esto es debido a la cirugía que se mencionaba y que conllevaba una limitación en ciertas actividades que el AM estaba acostumbrado a realizar como por ejemplo ir al cine con su familia y de lo cual estaba restringido por lo menos en dos meses hasta logra la cicatrización correcta del ojo.

En cuanto a la autoeficacia los resultados manifiestan modificaciones con puntuación alta en el área de actividades mentales, sin embargo hubo un descenso en las individuales, y las sociales así como en el puntaje global. Al parecer el AM se sentía mas autoeficaz al inicio del tratamiento que al final, pero nuevamente la posible explicación de estos resultados tiene su base en la cirugía de ojos a la que fue sometido, y por lo que debía guardar ciertas restricciones: no poder asistir al cine, no mirar la TV por mas de 3 horas seguidas, y solo con el uso de lentes de sol, y no realizar actividades que implicaran esfuerzo físico, como levantar cosas pesadas o hacer su cama.



	Actividades idividuales	Actividades mentales	Actividades físicas	Actividades sociales	Actividades de protección a la salud	Autoeficacia global
Pre Test	33.33	25	100	100	100	67.3
Post test	16.66	58.33	100	58.33	100	61.53
Seguimiento	14.33	55.89	78	58	100	60.71

Fig. 88.- Evaluación de la autoeficacia.

IV. Sobrecarga del cuidador.

Como puede apreciarse (ver figura 89), la evaluación y resultados de esta variable, muestra como hubo un aumento demasiado modesto en el puntaje, aunque dentro de los rangos que evalúa el instrumento Zarit, los registros califican la no existencia de sobrecarga puntuaciones menores a 47 (P.T), por lo que en este caso en particular desde el inicio este era el estado del CP.

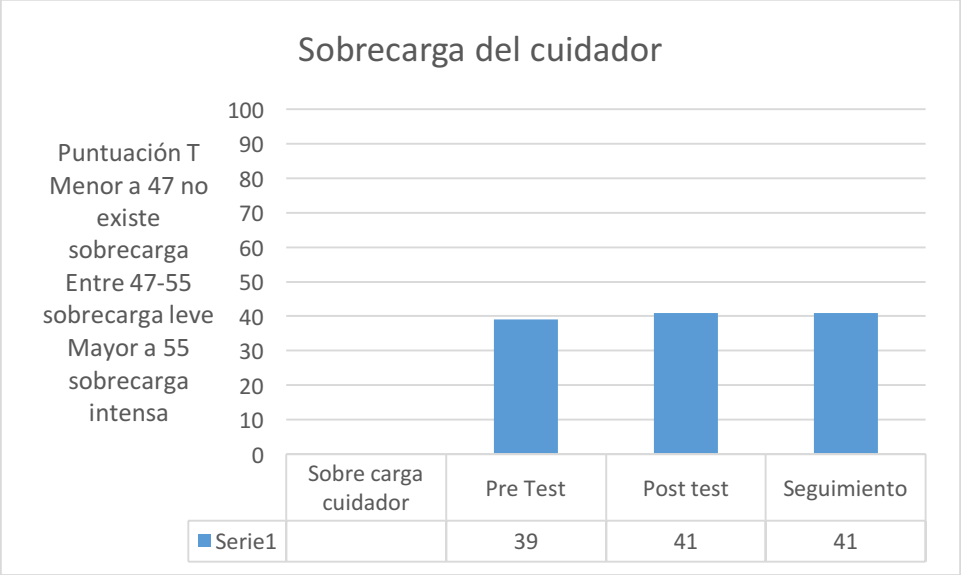


Figura 89.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

Como conclusión en este caso, podemos notar que el tratamiento de la BIBLIOFAM, tuvo un impacto de manera individual en casi todos los indicadores metabólicos que reflejan un mejor cuidado y control de la enfermedad del AM; en la calidad de vida referente a la salud psicología, y en autoeficacia en lo correspondiente a las actividades mentales y de protección a la salud. Por consiguiente si el AM esta controlado y es autodisciplinado como es el caso, la intervención parece tener mejores resultados en la variable de sobrecarga y en lo relacionado a una mas adecuada configuración familiar, aunque también este resultado fue moderado.

Familia 4 (FB4)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

La familia esta compuesta por el padre (AM), su esposa y dos hijas; una de ellas viuda con tres hijos. La peculiaridad de esta familia radica en que los cuatro participantes son diabéticos, de los cuales dos son insulinodependientes. El AM refiere que nunca quiere ser dependiente de una sustancia, si él puede controlar su enfermedad disciplinándose.

En lo concerniente al estado económico de la familia, es estable de clase media alta, el AM es comerciante de refacciones para autos, pero participante activo en el ámbito político del estado, por lo cual ha desempeñado puestos de cargo público en diferentes momentos; sin embargo su estilo de vida es austera y sin ostentación. Sus hijos con profesiones y carreras universitarias y a la par siguiendo la tradición familiar con negocios comerciales en distintos rubros; con excepción de las dos hijas que viven con ellos, no tuvieron estudios universitarios. Sin embargo la hija que lleva el rol de CP tiene solvencia económica independiente del aporte de su padre. Es por su condición de viuda que regresa a la casa paterna y de esta manera permanecer al tanto de sus padres.

De acuerdo a la evaluación que se realizó al tipo de configuración familiar, podemos apreciar los resultados a continuación (ver fig. 90).

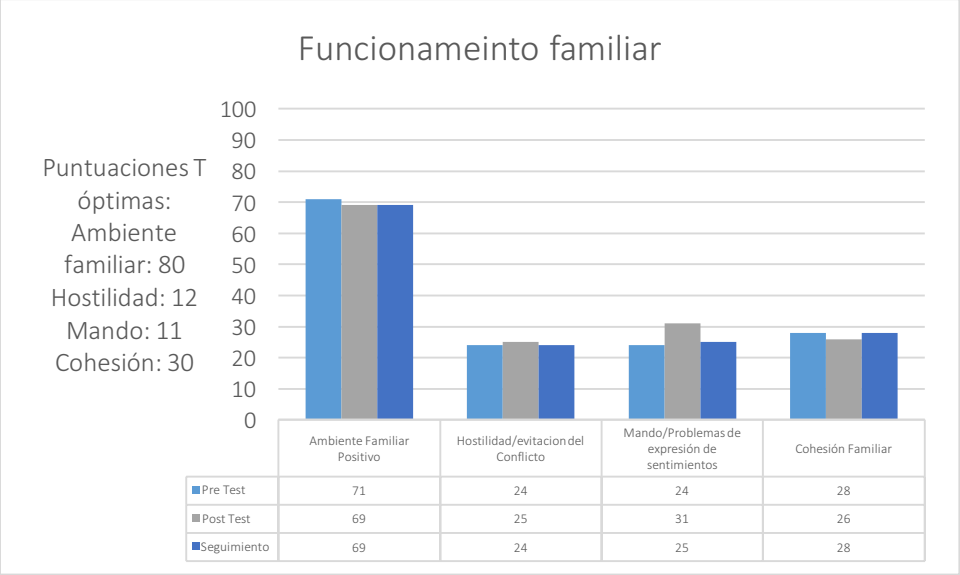


Fig. 90.- Evaluación del funcionamiento familiar.

Como puede observarse las dimensiones ambiente familiar y cohesión familiar, casi logran llegar a las puntuaciones óptimas, aunque desde el inicio estas se encontraban en puntuaciones óptimas y sin embargo, si se observa en la segunda evaluación hubo una disminución si bien mínima, en su apreciación al finalizar las sesiones que conformaron la BIBLIOFAM. Por otro lado, lo relacionado a las dimensiones hostilidad y problema en la expresión de sentimientos que deberían haber descendido en

puntaje como influencia del tratamiento, hubo un aumento, aunque mínimo, por lo que se infiere que en esta familia en particular la intervención afecto de manera contraria a esta variable.

Se puede inferir de aquí, que estos resultados a pesar de verse no efectivos de acuerdo a los objetivos planteados a lograr con la intervención, se interpreta como respuesta lógica del sistema familiar, derivado de la información que adquirieron en cuanto al cuidado y control de la enfermedad, recordemos que los cuatro participantes: AM, esposa, y dos hijas, son pacientes diagnosticados con diabetes, y que de ellos solo el AM se mostro interesado en el autocontrol de la enfermedad. Aunque los cambios son poco significativos.

II. Indicadores metabólicos

Con respecto a los resultados de los indicadores metabólicos evaluados en el AM, podemos ver que hubo modificación en la segunda medición, y en el seguimiento con excepción de la hemoglobina glucosilada que regresó a la misma calificación inicial, lo que puede indicar la necesidad de mayor disciplina y control en la dieta y la actividad física que realiza el AM.

Tabla 20.- indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
AM4	8	7.8	8	200	180	178	150	130	130	130	110	110	140/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia

Con relación a la calidad de vida (ver fig. 91) los resultados indican que las dimensiones de salud física e independencia hubo aumento importante, en los otras dimensiones el cambio fue mínimo.

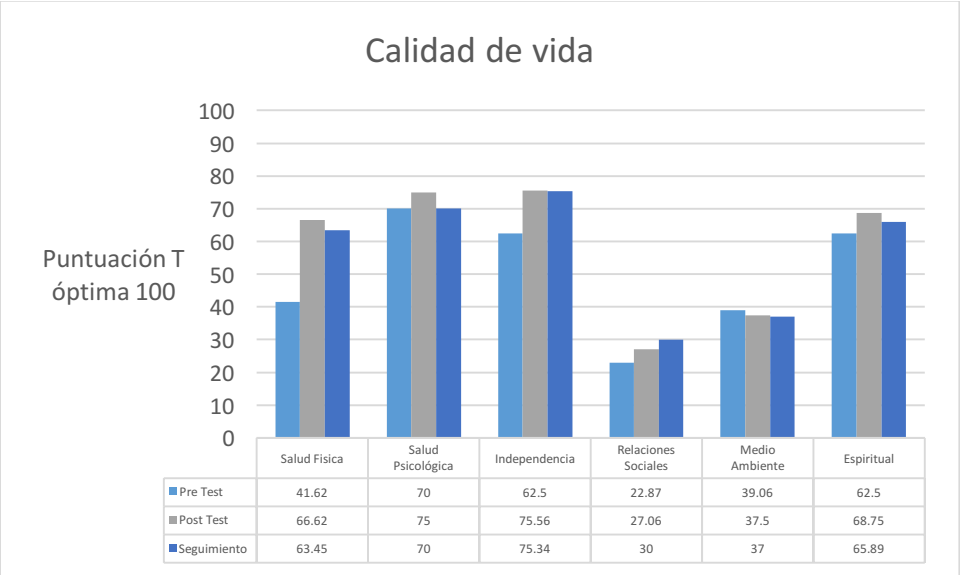


Fig. 91.- Evaluación de la calidad de vida.

En lo que corresponde a la autoeficacia (ver fig. 92) los resultados muestran que los registros aumentaron en las áreas de actividades sociales y de protección a la salud, correspondiendo con el estilo de vida del AM que ya se ha descrito al inicio de este caso. En las actividades mentales el cambio fue menor y autoeficacia fue mínimo.

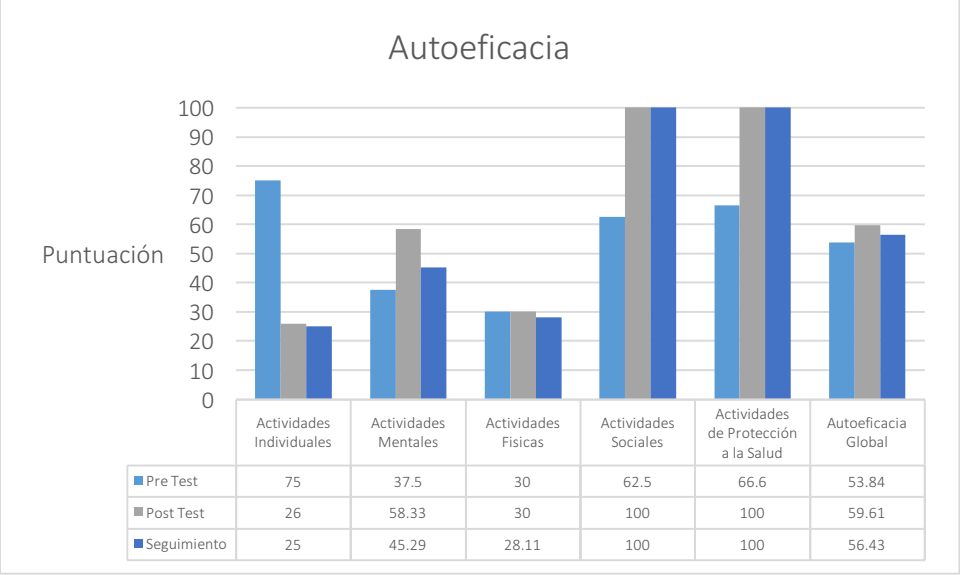


Fig. 92.- Evaluación de la autoeficacia

IV. Sobrecarga del cuidador.

Con respecto a la evaluación del CP, y el desgaste del cuidador (ver fig. 93) puede apreciarse que existía una sobrecarga importante (62 P.T), donde un registro mayor a 55 puntos califica una sobrecarga intensa y posterior al tratamiento disminuyo 20 puntos (P.T). Una puntuación inferior a 47 puntos (P.T) califica como la no existencia de carga del cuidado, por lo que en esta variable en este caso en particular la BILIOFAM tuvo influencia.

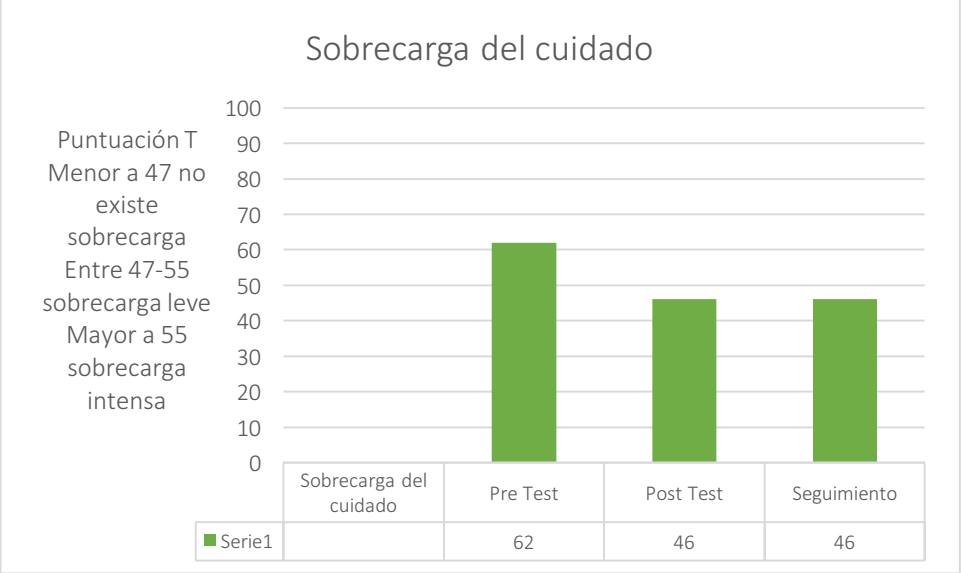


Fig. 93.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

En conclusión general, en este caso se puede apreciar que la BIBLIOFAM trajo modificaciones en variables importantes: cuidado y autocontrol de la enfermedad, disminución de la carga del CP, pero no logró modificar la configuración familiar que impactara en un mejor cuidado y atención del AM.

Familia 5 (FB5)

I. Características socioeconómicas y funcionamiento familiar.

La familia esta compuesta por cuatro mujeres: tres hijas y la abuela, dos de las hijas viven con la madre y están al cuidado de la AM; el único nieto recién acaba de mudarse a su

propia casa con su esposa y sus dos hijos. Como rasgo característico de la familia, tienen un alto nivel educativo (títulos universitarios y posgrados) así como un bagaje cultural muy amplio.

La hija que conlleva el rol de CP, es profesora en la universidad publica del estado y recién jubilada como administrativa del ISSSTE. Las otras dos hijas también universitarias, la mayor de ellas licenciada en trabajo social, también recién jubilada, vive junto con la abuela y su hermana. La hija mas joven es directora de un centro educativo y por hobbie escritora de novela narrativa, con libros ya publicados.

Por lo que la solvencia económica de la madre no es para nada precaria, de hecho recibe pensión como viuda (su esposo fue un médico muy conocido y de prestigio), y su propia jubilación pues en su vida profesional fue también trabajadora social, como su hija mayor. El tratamiento se inicia por la solicitud de la hija que conlleva el rol de CP, pues el diagnóstico de diabetes era reciente y al ser invitada a participar en el tratamiento por parte de la médico familiar y gerontóloga no existió ninguna objeción.

Desde el inicio se pudo apreciar el compromiso que como familia hacían para vigilar el estado de salud de la madre; sin embargo existía un ambiente sumamente tenso pues era notorio la competencia entre las hijas por demostrar quien cuidaba mejor a la madre, así como una reiterada asignación de responsabilidad en exceso hacia la hija CP.

Los resultados sobre el funcionamiento familiar (ver fig. 94) muestran que el área del ambiente familiar mejoró, aunque no alcanzó el nivel óptimo. En lo relacionado con la cohesión familiar, si pudo alcanzar lo deseable; sin embargo, en los aspectos de hostilidad y problemas de expresión de sentimientos los puntaje no descendieron si no aumentaron, lo que significa que no se logró el objetivo de establecer una configuración familiar mas adecuada para la atención y cuidado del AM.

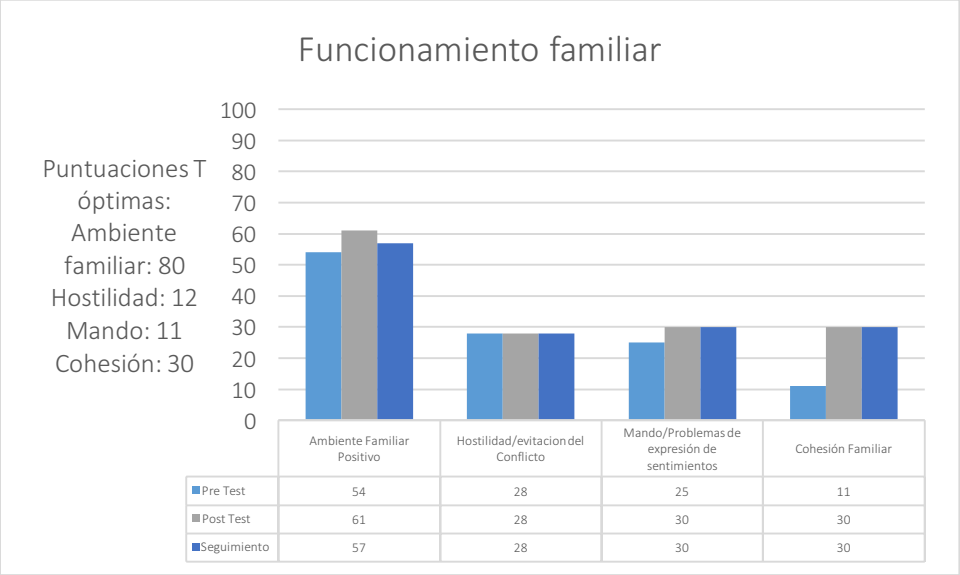


Fig. 94.- Evaluación del funcionamiento familiar.

II. Indicadores metabólicos.

Con respecto a los indicadores metabólicos de la abuela, puede observarse una modificación en todas las cifras que denotan control de la enfermedad, por lo que la BIBLIOFAM, en esta variable en particular logró el objetivo deseado.

Tabla 26.- indicadores metabólicos

Participante (AM)	Hemoglobina glucosilada			Colesterol			Triglicéridos			Glucosa			Presión Arterial		
	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.	Pre test	Pos test	Sgt.
AM5	7.2	6.2	6	188	152	150	170	124	124	120	94	94	119/70	110/70	110/70

III. Calidad de vida y autoeficacia.

Como puede observarse en la figura 95, los resultados muestran cambios en áreas de salud, relaciones sociales, medio ambiente, aunque en todos muy modestos y ninguno alcanzó el nivel óptimo para cada dimensión. En lo que respecta a la salud psicológica, independencia y espiritualidad, las puntuaciones bajaron, aunque ésta última quedo su calificación igual del inicio del tratamiento.

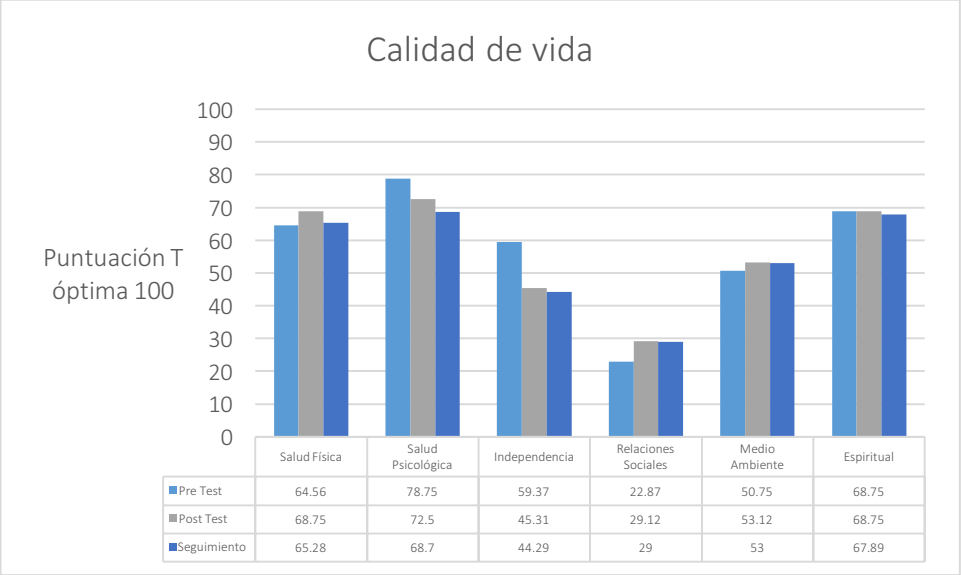


Fig. 95.- Evaluación de la calidad de vida.

Con respecto a la medición de la autoeficacia los resultados (ver fig. 96) muestran que las áreas que aumentaron en sus puntuaciones fueron las actividades de protección a la salud, ésta logrando alcanzar una calificación óptima, las actividades sociales, aunque aún quedando por debajo de un nivel moderado al igual que la autoeficacia global, sin embargo en el nivel de independencia disminuyo en la abuela, y esto debe ser tomado como signo de alerta, para vigilar que no exista el efecto centrípeto de la enfermedad, pues en relación a la actividades individuales, y físicas realizadas por la AM tuvieron un decremento.

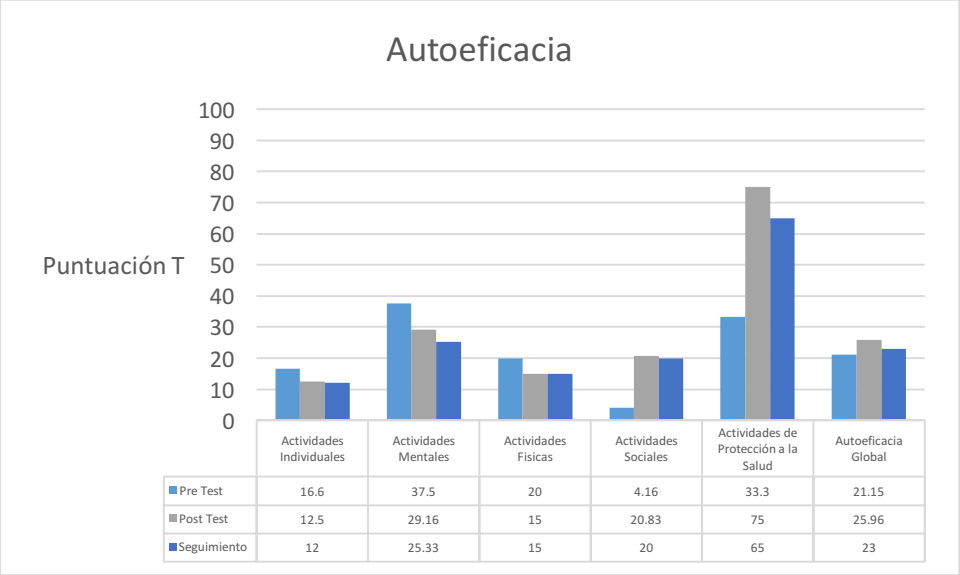


Fig. 96.- evaluación de la autoeficacia del AM.

IV. Sobrecarga del cuidador.

En lo que respecta a la sobrecarga del cuidado los resultados muestran que en las tres mediciones no reporta existir, (ver fig. 97). Por lo que se infiere que no hubo ningún efecto de la intervención en esta variable.

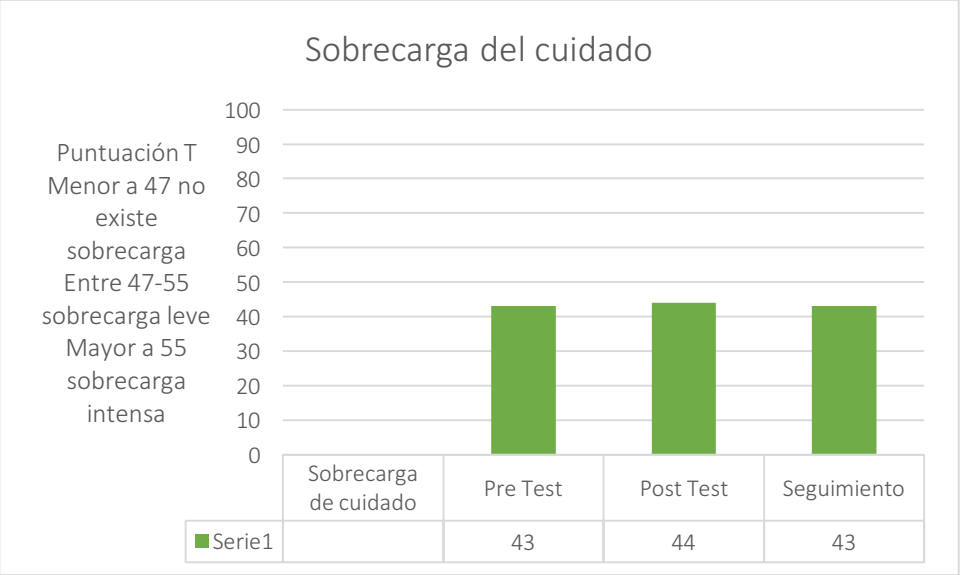


Fig. 97.- Evaluación de la sobrecarga del cuidado.

En este caso en particular se puede concluir que la BIBLIOFAM, influyó de manera importante en cuanto al control de la enfermedad del AM, respecto a los indicadores metabólicos, sin embargo se debe prestar mucha atención que esta manera de compromiso por parte de la familia de cuidado y atención a su madre no se convierta en un fenómeno centrípeto, y repercutiendo en la limitación de autonomía del AM, reduciendo su capacidad de maniobra en el autocuidado y autocontrol de la enfermedad y su autoeficacia.

Discusión

I. Indicadores Metabólicos.

Los resultados en cuanto a las modificaciones que sufrieron las mediciones de los indicadores metabólicos muestran que hubo cambios posteriores a la intervención, pero durante el seguimiento regresaron a las mediciones de la línea base, en tres de los participantes los cambios aunque moderados, fueron en grasas en sangre (colesterol y triglicéridos) y en uno en la hemoglobina glucosilada y uno en la glucosa, y los cinco en presión arterial; coincidiendo con lo que describe Calderón, Solis, Castillo, *et. al.* (2003) y Norris, Lau, Smith, Schmid, Engelgau (2002) sobre los efectos de intervenciones educativas en el control metabólico en pacientes diabéticos. Sus hallazgos demuestran que posterior a los tratamientos hubo un mejor control, pero a los seis meses de seguimiento nuevamente regresaron a las mediciones del pre test, sin embargo, existió un mayor porcentaje de pacientes que controlaron nuevamente la HbA1c, que los que no tuvieron este tipo de intervenciones (Fernández, Abdala, Alvara, Tenorio, López, Cruz, Dávila, y González, 2012).

Conclusión: La BIBLIOFAM muestra tener efectividad como tratamiento psicoeducativo, mayormente en el control de grasas y presión arterial, aunque con resultados modestos; sin embargo, habrá que implementar un dispositivo para garantizar que los cambios continúen por mas tiempo, para que impacte con mayor eficiencia todos los indicadores y no solo a algunos, quizá incorporando dentro de las sesiones ejercicios de medición de indicadores, diseño de menús en donde toda la familia participe,

organización de una agenda para realizar actividades físicas también en conjunto con la familia, entre otros; de tal forma que pueda propiciar una educación participativa en donde puedan ponerse en práctica ese tipo de dinámicas involucrando más al paciente y sus familiares como generadores de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, que si bien la BIBLIFOFAM basada en el aprendizaje significativo, perseguía este objetivo, no fue del todo concretado.

II. Calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida incluyó seis áreas que valoran los siguientes aspectos:

Salud física: corresponde lo relacionado a energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso (González-Celis, 2010).

De acuerdo a los resultados, solo dos de los participantes mejoraron sus registros en esta área, concordando con lo que se describe en diversas investigaciones como la de Valle, López, Martín, Real, Sánchez y Silveira (2011), Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain y Díez (2007), Mata, Roset, Badía, Antoñanzas y Ragel (2003) Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoos y Chobanian (1997), sobre que los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores al ser evaluados en lo relacionado a salud física, malestar y dolor corporal. Por lo cual, se hace necesario incidir con intervenciones que impacten no solo en el control metabólico, lo cual es muy importante, pero que también busquen entender y modificar la vivencia de experimentar el proceso evolutivo de la diabetes, de tal forma que tenga un impacto en el desarrollo de comportamientos de autocontrol y autocuidado (Rhee, Cook, EL-Kebi, Lyles, Dunbar, Panayioto, *et al*. 2005)

Conclusión: La BIBLIOFAM, con respecto a la evaluación en lo relacionado a la salud física experimentada por los participantes, confirmó que este aspecto es el que se percibe como disminuido, no logrando con el tratamiento incidir en modificar la manera de experimentar la enfermedad, modificación que se viera reflejada a través de un mejor

control y cuidado de si mismos y por ende en un aumento en la autovaloración del estado de salud.

Salud psicológica: se evaluaron aspectos sobre imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y sentimientos positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.

En relación a ello, los resultados sobre la salud psicológica son distintos a la física, en este factor si se lograron realizar mejoras, armonizando con lo ya descrito también por Alves, Silva, Lima, Brandão y Oliveira (2012), que describe como el conocimiento sobre la enfermedad tiene un impacto en su estado emocional, lo cual tiene una importante repercusión si lo que se persigue es que el paciente llegue a ser autónomo y eficiente en su autocuidado, y además se debe instar en abordajes psicoeducativos en los cuales se desarrollen este tipo de habilidades y destrezas.

Conclusiones: La BIBLIOFAM como intervención psicoeducativa desarrolló conocimientos específicos sobre el autocontrol y autocuidado de la enfermedad repercutiendo en un aumento, si bien moderado en la medición de la salud psicológica de los participantes.

Independencia: exploró lo relacionado con movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas, asistencia médica y capacidad de trabajo.

Al respecto los resultados en esta dimensión muestran que en 4 de los 5 participantes sí hubo un incremento en esta dimensión, lo cual confirma que al incidir en el mejor conocimiento de la enfermedad, dota de habilidades más eficientes para un mayor manejo del padecimiento y por consiguiente la sensación de autonomía (Fernández-Ballesteros, 2009; Tejada, Pastor y Gutiérrez, 2006; Acevedo, 2006).

Al igual que Triado (2001) explica que apelar por la intervención psicoeducativa en las personas mayores y más aún si estas padecen un proceso degenerativo crónico, se

puede en los AM incrementan el bienestar y la confianza en sí mismos y de esta manera aminorar el estereotipo social de individuos apartados de la posibilidad de aprender y relegados a la consideración más acorde con una visión deficitaria de la vejez que con la visión positiva que promueve la psicogerontología.

Conclusión: La BIBLIOFAM como propuesta de intervención psicoeducativa tuvo en estos cinco casos específicos un impacto moderado en lo que refiere a mayor valoración de independencia en los AM participantes.

Relaciones sociales: en esta área se evaluaron las relaciones personales, soporte social y actividad sexual: en relación a ello, los resultados muestran un mínimo cambio en esta área, siendo los puntajes bajos. La posible explicación al respecto podría radicar en que su mayor apoyo reside en la familia, reduciendo su apoyo social secundario (vecinos, instituciones, comunidad). Esto concuerda con los hallazgos en otras investigaciones (Molina y Meléndez, 2007) en las que se muestra que las variables generadoras de bienestar están representadas por los factores familiares y sociales. Cava y Musitu (2000) encontraron que el mayor porcentaje de apoyo recibido por el AM proviene del ámbito familiar (cónyuge e hijo 63,8%), y de parientes, amistades y vecinos (8,1%). Lo cual es algo positivo, pues afirma que la perspectiva familiar de la intervención no esta errada, sin embargo no puede responsabilizarse únicamente a la familia el bienestar social de su AM, sino que estos resultados invitan a revisar, analizar, y enriquecer, la intervención de la BIBLIOFAM, a procesos psicoeducativos que generen la ampliación del entorno en que el AM pueda socializar, a través de fortalecer la red social de vecinos, coetarios, instituciones y comunidad en general.

Conclusión: Las relaciones sociales de los AM participantes están circunscritas a su entorno familiar. La BIBLIOFAM pudo mejorar esta área de manera mínima, requiere mayor atención, si se desea trabajar desde el enfoque psicogerontológico, enfatizando la necesidad de apoyo al sistema familiar, por parte de la comunidad e instituciones con alternativas recreativas acordes a las necesidades del AM, para incidir en un envejecimiento saludable integral del AM con DM2.

Medio ambiente: Se evaluó lo referente a recursos financieros, seguridad, ambiente físico (contaminación, clima, etcétera), transporte, recreación, tiempo libre, participación social.

Los resultados muestran que no hubo modificación en los registros previos, a los que se obtuvieron al término del tratamiento y posteriormente durante el seguimiento, solo en uno de los participantes. Sin embargo, esto no difiere de lo encontrado en otras investigaciones (Vázquez-Honorato y Salazar-Martínez, 2010; Landázuri y Mercado, 2004; Mercado,1998) en que se hace hincapié en las deficiencia que existe en la planificación de espacios inclusivos que contemplen las necesidades especificas de cada persona (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de México, 2002).

Conclusión: De acuerdo a los resultados, queda manifiesto que el trabajo con los AM no solo puede ser trabajado de manera aislada, sino debe insistirse en la inclusión de otros sistemas además de la familia, en la responsabilidad del cuidado y atención del AM, de tal forma que pueda darse respuesta a sus necesidades de manera pronta y pertinente. Quizá pueda incluirse dentro de la temática de cuidado y autocuidado, la prevención de caídas, las modificaciones de arquitectura mínima que requiere una habitación para la prevención de accidentes, de tal manera que pueda tener una experiencia el AM de mayor confianza y confort.

Espiritual: en esta categoría se exploró lo relacionado con religión y creencias personales del AM. De acuerdo a lo reflejado en los resultados, se puede apreciar que se mantuvieron en 3 de los participantes los mismos puntajes en el antes, después y seguimiento, y solo en 2 aumentó el puntaje.

No obstante se evidencia que esta dimensión se calificó de manera positiva, lo cual refleja que influir en esta área puede tener repercusiones favorables en lo que se refiere al autocontrol y autocuidado de la enfermedad que padecen estos AM, dado que la espiritualidad contribuye a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta

de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto la realidad como a sí mismos (San Martín, 2007).

Es decir que este es un recurso por el cual se puede invertir y potenciar estilos de vida y un envejecimiento saludable que repercute en una apreciación de mejor calidad de vida, tal y como lo refieren Navas, Villegas, Hurtado y Zapata (2006), Koenig (2001), Kliewer & Saultz (2006), y Levin (2001). Y también en lo que refiere Delgado (2005), Rivera-Ledesma y Montero-López (2006; 2005) al haber encontrado beneficios de la espiritualidad en la salud, alivio del estrés de la hospitalización, salud mental, bienestar, enfrentamiento a la muerte, entre otros.

Conclusión: En relación a la espiritualidad en el abordaje de los AM, es necesaria la pertinencia de incorporar esta dimensión en el asesoramiento o tratamiento de los adultos mayores, pues podría tener un impacto positivo en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad. Esta dimensión no estaba contemplada en el tratamiento de la BIBLIOFAM, por lo que deberá analizarse la mejor manera de incorporarla en la sesiones que la conforman.

III. Autoeficacia.

El concepto de autoeficacia, fue establecido por Bandura en 1977 y constituye el eje principal de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación y la conducta del ser humano están reguladas por el pensamiento; en lo que se involucran tres tipos de expectativas: a) de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) de autoeficacia, que se refiere a la creencia que tiene un individuo de poseer la capacidad para llevar a cabo acciones necesarias que le permitan obtener resultados deseados (Bandura, 1995).

Así mismo Bandura (1997,2001) plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, por ello en la variable autoeficacia se evaluó de

manera especifica actividades que debería realizar el AM, a continuación se analiza cada dimensión que la constituye:

Actividades de independencia: Los resultados en esta dimensión muestran que solo en uno de los participantes pudo elevar su puntuación al evaluarse posterior al tratamiento y seguimiento. En el resto esta apreciación disminuyó, por lo que no se logró uno de los objetivos primordiales de la BIBLIOFAM, dentro de lo que marca cualquier abordaje psicogerontológico, como ya lo mencionaban Losada y Montorio (2005); Montorio, Díaz-Veiga, e Izal (1995), sobre los programas para la atención de los AM, se enfatiza que ellos deben estar correctamente articulados en la red social y sanitaria, para promover un adecuado apoyo familiar, que genere autonomía e independencia en las personas mayores.

La importancia de lo anterior se basa en la buena adaptación de las personas mayores a su medio y su bienestar está, fundamentalmente, unido a la capacidad que tengan para realizar las actividades cotidianas esenciales. Por ello la OMS (1984) estableció que el numero y calidad de años que una persona mayor puede vivir sin discapacidad se le denomina expectativa de vida autónoma, el cual es considerado como un indicador esencial de la salud, y por ende de calidad de vida de una población.

Sin embargo, es un hecho ineludible que un padecimiento crónico degenerativo como es la diabetes mellitus contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física (Montorio, 2007), pero en estos casos la dependencia puede ser prevenida con tratamientos adecuados, que contemplen la continua interacción entre variables biológicas y psicosociales, tales como los estereotipos, las atribuciones, las actitudes, las conductas de apoyo y de comunicación, la autoeficacia que pueden llegar a inducir dependencia y que muchas veces son compartidas por la sociedad, por ello las intervenciones deben contemplar al entorno social del AM como participe y en colaboración activa en el mantenimiento de la autonomía (Díaz-Veiga, Montorio y Yanguas, 1999).

Conclusión: La BIBLIOFAM, como programa psicoeducativo deberá enfatizar a profundidad los aspectos que puedan favorecer de manera adecuada el desarrollo de autonomía e independencia, en los AM que participen de esta intervención.

Actividades mentales: En la categoría en donde se evaluó la autoeficacia con relación a las actividades mentales que puede realizar el AM participante. Los resultados muestran que en tres de ellos los registros aumentaron sus puntajes al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento. Esto tiene una connotación positiva pues coincide con los hallazgo de Feldberg y Stefani (2007), en que afirma que la persona de edad con creencias positivas acerca de su capacidad para resolver tareas que implican la actividad mental se desempeñará muy probablemente en forma exitosa; mientras que aquellos con creencias de autoeficacia negativas en esta actividad, obtendrán un rendimiento bajo en dicha tarea. El sistema de creencias del AM resultan ser centrales pues incluso determinan su participación social en tareas de tipo recreativo y de protección a la salud (Everard, Lach, Fisher & Baum, 2000).

Las personas mayores con autoeficacia positiva en las tareas mentales, optan por realizar con mayor frecuencia la lectura de libros, diarios y revistas, escuchan la radio, miran televisión, les agrada asistir al cine y teatro, participan en juegos de mesa, asisten a exposiciones de arte, o coleccionan objetos, que aquellos que tienen creencias de baja autoeficacia en esta área (Menec, 2003). Lo cual retroalimenta el diseño de la BIBLIOFAM, pues estuvo basado en lecturas y actividades de aprendizaje que implicaron mayor trabajo en este factor.

Conclusión: En especial la BILIOFAM, por su diseño propició el trabajo de autoeficacia en actividades mentales de los AM participantes, lo cual es alentador pues es un recurso potencial para la generación de un envejecimiento exitoso y actividades protectoras de salud. Sin embargo el impacto fue mínimo, por lo que habrá que revisar nuevamente el contenido de las lecturas e incrementar actividades que incidan de manera mas eficaz en esta área, como por ejemplo incorporar en las sesiones actividades lúdicas recreativas: ajedrez, domino, baraja, entre otros.

Actividades físicas: Con relación a los resultados que se obtuvieron en esta categoría, puede apreciarse como solo en uno de los participantes esta actividad estaba presente, en tres fueron puntuaciones muy bajas.

Al respecto Bandura (1986) ya señalaba que el desarrollo de la autoeficacia, con base en la actividad física, tenía una fase crítica en la tercera edad debido a la pérdida de capacidades personales y funciones sociales. También en la investigación de Reigal y Videra (2013), sugiere que la estabilidad en el tiempo que mostrarían aquellas personas que son físicamente activas, dependería el desarrollo de esta área, lo cual concuerda con la puntuación del único participante, el cual ha sido deportista toda su vida.

Por lo cual la autoeficacia puede ser una herramienta para llevar a cabo otras conductas de salud, por lo que promoverla, estará ayudando directamente a conseguir los propósitos de autocuidado y mejor autocontrol de la diabetes (Garrido, 2000; Bandura, 1999; Durán, Ferrer y Gili, 1999). Además, como lo sugiere Menéndez y Brocheir (2011) es una necesidad posibilitar estrategias de intervención que contribuyan al envejecimiento activo con el fin de prevenir las situaciones de dependencia que pueden ser ocasionadas por factores físicos o biológicos pero que, en general, tienen que ver con cuestiones psicoafectivas afectado de manera directa a las capacidades físicas de los AM.

Conclusión: La BIBLIOFAM, en su diseño contempla información con respecto la autocuidado que debe realizar los pacientes de DM2, con especial énfasis en las actividades físicas; sin embargo, no alcanzó su desarrollo como se esperaba, por lo que se deberá reforzar este aspecto con algún dispositivo que garantice de mejor manera su ejecución. Como anteriormente ya se describía, desarrollando de manera familiar y en conjunto una agenda en la cual haya convivencia como grupo y sean recreativas pero a la vez implique la activación física: caminatas juntos, paseos en bicicleta, natación, entre otras.

Actividades sociales: En los resultados de esta categoría, solo uno de los participantes logro alcanzar los puntajes óptimos. Algo que puede explicar este resultado es el hecho, como se había mencionado anteriormente, en la categoría denominada

relaciones sociales, que los AM participantes circunscriben sus relaciones y actividad social al ámbito familiar, lo cual pone de manifiesto que para esta población etaria, existe mayor dificultad para lograr satisfacción de ésta área, ya que influye, de alguna manera, el deterioro físico que les impide entrar en contacto con otras personas; lo que genera una reducción en forma considerable de su red de relaciones interpersonal y una ruptura con la redes sociales, lo que afecta su inclusión social y su bienestar emocional generándose una situación de soledad emocional y social (López, 2010; López, 2005; Speck & Atteave, 2000).

Aunado a lo anterior, es importante de fortalecer la autoeficacia en ésta área, ya que las personas mayores eligen, inician y desarrollan las actividades que se perciben capaces de realizar exitosamente, por lo cual se hace imperiosa ampliar esta autovaloración (Salvarezza, 2005).

Conclusiones: Por lo anterior, la intervención expone la necesidad de incurrir no solo en el ámbito familiar sino ampliar esta red de apoyo, pero sobre todo ratifica la necesidad de incluir planes y políticas adecuadas que garanticen la inclusión de los AM en forma activa a las actividades de índole social, que garanticen la satisfacción de sus necesidades de interacción personal amplia.

Actividades de protección a la salud: De acuerdo a los resultados que se reportaron en las evaluaciones, antes, después y en el seguimiento, en esta categoría se observa que los registros son altos en solo dos de los participantes y como resultado de la intervención, los otros 3 participantes esta área venia ya desarrollada previa al tratamiento, aún así los resultados concuerda con lo que se describe en la investigación de Azzollini, Bail Pupko y Vidal (2012), Persini (2011) y Rubin (2000) en las que se explica que a mayor información existe una mayor tendencia a mejorar las practicas saludables. Sin embargo, Amigó, Fernández, Pérez (1998), y Díaz, Galán, Fernández (1993) también señalan que la mayoría de los pacientes diabéticos, a pesar de conocer las pautas de tratamiento para un buen autocuidado, tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en relación a prácticas de ejercicio físico, autoanálisis de glucosa, cumplimento de dieta (Rubio Llorente & López Vergara, 2003), lo cual evidencia que no se trata sólo de atender el componente psicoeducativo, sino también dar importancia al

aspecto emocional para afrontar la cronicidad y la aceptación de un nuevo estilo de vida, de un modo totalmente diferente del que se realizaba con anterioridad al diagnóstico (Gordon & Benishek, 1996).

Conclusiones: La BIBLIOFAM, a través de la información dada proporcionó a los participantes conocimientos específicos para el cuidado y mayor control de la enfermedad. Sin embargo, habrá que llevar a la practica real y pasar del plano cognitivo al de la ejecución de la acción concreta objetiva que evidencie la modificación de comportamientos a estilos saludables.

IV. Sobrecarga del CP.

Los resultados registrados en esta variable, muestran que hubo disminución mínima, en tres de los participantes, solo en uno su cambio fue notable en 20 puntos que registraba sobrecarga intensa a pasar a la no existencia de sobrecarga y solo en uno de ellos permaneció la sobrecarga. Según Montorio y Losada (2005) las intervenciones de corte psicoeducativo con cuidadores informales de AM, han mostrado eficacia en los siguientes puntos:

- Los cuidadores aprenden habilidades y estrategias que ayudan a aminorar el proceso de deterioro por la enfermedad.
- Con las intervenciones los cuidadores reciben beneficios psicológicos, que se reflejan en una mejor salud física y respuesta inmunológica.
- El beneficio mayor por la participación de intervenciones psicoeducativas son las personas objeto del cuidado.
- En el caso de procesos de demencia, se retarda el ingreso del familiar a una institución.

Por otro lado Zabalegui, Navarro, Cabrera, Gallart *et.al.* (2008) refieren que la eficacia de las intervenciones dirigidas a los CP sobre las variables ansiedad y depresión demuestran ser más eficaces para disminuir esta sintomatología a corto plazo, aunque el

efecto positivo disminuía con el transcurso del tiempo, coincidiendo con lo que ya describían Akkerman & Ostwald (2004).

Sin embargo en el estudio que se llevó a cabo para valorar las necesidades percibidas por los CP de ancianos dependientes, Zabalegui, *et.al.* (2007), encontraron que las demandabas apuntaban a la obtención de más recursos sociales para afrontar el cuidado de un anciano dependiente, la dificultad en el acceso a los escasos recursos disponibles y la escasa información que se recibe sobre el proceso de enfermedad de su familiar. El aspecto que los cuidadores valoraron de forma positiva fue el apoyo que recibían de los profesionales sanitarios, de quienes resaltaban su dedicación, capacidad de compromiso y escucha.

Finalmente Pinquart & Sörensen (2006) recomiendan en el diseño y desarrollo de las intervenciones dirigidas al CP, proveer conocimientos y ayudar en la adquisición de habilidades para facilitar la adaptación de las personas al proceso de su enfermedad o la de sus familiares. Actualmente, los programas terapéuticos abordan al paciente y al CP como la unidad a tratar, sin dejar de lado el contexto tanto físico y social. El objetivo de estas intervenciones es disminuir la sintomatología negativa (sobrecarga, ansiedad y depresión), facilitando así la permanencia del anciano dependiente en su entorno familiar.

Conclusiones: De acuerdo a lo anterior la BIBLIOFAM, con base en su diseño, da respuesta a las necesidades que han sido documentadas en las investigaciones citadas, proporciona información sobre el proceso de la enfermedad de su familiar, toma en cuenta su contexto físico y social, además de que por su implementación facilita la comunicación entre los participantes, con la ayuda de la orientación terapéutica, generando feedback de los estados de animo del CP y el familiar enfermo, y los demás integrantes de la familia. Sin embargo, los resultados han sido muy modestos por lo que hace falta enfatizar aspectos que realmente ayuden a los cuidadores primarios a disminuir la carga del cuidado. Lo que da la oportunidad de revisar, analizar cada actividad de las sesiones encaminadas a este objetivo, para corregirlo o enriquecerlo.

V. Funcionamiento familiar.

Con relación a esta variable, los resultados no fueron los esperados en las áreas que se definen como problemáticas, tales como hostilidad y evitación de conflictos, y mando y problema de expresión de sentimientos, concordando con el perfil de las familias tendientes a ser psicosomáticas los conflictos que viven en el interior del sistema, como lo describe Minucchin (2011, 1978) y Selvini (1990). Aún así en las áreas de ambiente familiar y cohesión familiar, que son los aspectos positivos de las familias, se pueden potenciar recursos que ayuden a modificar las formas de interacción evitando así la utilización del síntoma para entablar vínculos afectivos.

López, López, Ruiz, López y Escobar (2004), refieren que en el control del padecimiento diabético, intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. La enfermedad es percibida como un factor que vulnera la estabilidad de la familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyar al paciente, gradualmente declina su nivel de autocontrol y cuidado (Robles, Mercado, Ramos, Alcantara y Moreno, 1995).

En ese mismo estudio realizado por López, et. al. (2004), refieren que los pacientes con disfunción familiar mostraron un grado de conocimiento muy bajo, lo que puede estar relacionado con falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo.

Con respecto a lo anterior, las intervenciones deben enfocarse a brindar la mayor y mas amplia información a la familia para que puedan estar preparados para cualquier contingencia, pero sobre todo para poder ayudar al familiar diabético a su buen cuidado y control (García y Suárez, 2006; Rubio y López, 2003; Fuentes y Maya, 2001).

Conclusión: Por lo anterior se puede concluir que la BILIOFAM, en su diseño si brinda las herramientas para que la familia en conjunto puedan estar informados sobre como apoyar y ayudar a su familiar diabético en el cuidado y autocontrol de la enfermedad, sin embargo habría que implementar estrategias mas precisas y no solo

informativas, que incidan en la modificación de la interacción interna de la familia para lograr una configuración más adecuada.

Conclusiones finales de la BIBLIOFAM

El método basado en la psicoeducación, de la BILIOFAM, de acuerdo a la teoría de Ausubel (2002), se considera adecuado para habilitar con información y desarrollo de conocimientos al paciente y su familia para enfrentar lo que conlleva el cuidado y autocontrol de la diabetes, ya que se enfatizar en el aprendizaje significativo que logran los individuos, a través de las etapas que conforman el proceso cognitivo fundamentado en todos y cada uno de los elementos, factores, y condiciones que garantizan la adquisición, la asimilación, retención y aplicación del contenido de las lecturas, seleccionadas para la BIBLIOFAM, y que se ofrecieron a las familias participantes, de modo que adquirieran significado para ellos mismos, basado en el diseño de cada sesión que conformo la BIBLIOFAM. Como se describió anteriormente, yendo de actividades sencillas a mas complejas, sin embargo faltó tener mayor control y claridad en los mecanismos que garantizaran la consecución de éste proceso cognitivo que se menciona, por lo que constituye una limitación y a la vez una sugerencia para su autoevaluación y reestructuración a partir del rediseño y mejora.

Al ser un tratamiento de corte educativo, su impacto debe observarse otorgándole un rango de tiempo mas extenso para la verificación de su eficacia; puesto que la teoría reafirma que este tipo de intervenciones son las mas adecuadas para el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones (OMS, 1991), y más aún cuando la familia y no solo el individuo forman parte del abordaje (González, Barbeito y Vega, 2010).

Además la BIBLIOFAM como tratamiento de psicoeducación familiar, tuvo como objetivo la intervención desde un punto de vista teórico y práctico, de tal forma las familias que la recibieron comprendieran la diabetes, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, y agregando a cada una de ellas estrategias

para hacer frente desde una perspectiva de la psicología educativa en salud; con un enfoque que ahonda en los factores sociales y psicológicos que afectan el desarrollo del padecimiento, muchos de los cuales se generan en la propia familia y repercuten de una u otra forma en la salud del individuo (Méndez, Gómez, García, Pérez, y Navarrete, 2004), ya que comparten la experiencia de padecer la enfermedad, aunque desde perspectivas diferentes; pero ambos en interrelación.

Limitaciones.

Faltó la implementación de dispositivos claros, que pudieran garantizar la modificación de manera eficaz en todos y cada uno de las variables y no solo en algunos y con resultados mínimos. A su vez que estos mecanismos pudieran garantizar el cambio continuo incluso posterior a la etapa del seguimiento.

La solo verificación de la comprensión y entendimiento de las lecturas que se realizaban en la sesiones, a través de la bitácora de lectura, no fue lo suficiente para garantizar cambios importantes en las mediciones de las variables, por lo que se requiere modificar su uso como herramienta evaluadora o implementar otra de mayor eficacia.

Recomendaciones

Realizar un valoración en todo el diseño para mejorarlo y volver a someter a jueceo, piloteo e implementación. Atendiendo con análisis claro los indicadores que no resultaron beneficiados por la BILIOFAM, e incluso sobre los que mostraron cambios para lograr que éstos puedan ser significativos. Buscar la evaluación de las lecturas sugeridas y valorar si son las mas adecuadas o incluir otras que sean mas efectivas. Así también incluir actividades que conlleve la articulación de la teoría y la practica, e incluir rejillas de autoevaluación.

Comparación de las dos intervenciones: ISFC-AM-BIBLIOFAM

A continuación se describen las comparaciones entre los resultados obtenidos en cada una de las variables por tratamiento.

I. Indicadores metabólicos

Hemoglobina glucosilada

Tabla 22.- Hemoglobina glucosilada.

Rangos de control para paciente diabético controlado: Hemoglobina glucosilada (menor o igual al 6%). *Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE.

Participantes	Hemoglobina glucosilada ISFC-AM			Hemoglobina glucosilada BIBLIOFAM		
	Pre	Pos	seguimiento	Pre	Pos	seguimiento
AM1	13.7	5.3	6.5	5.5	5.7	6
AM2	5.5	5.5	6	9	7.8	7.8
AM3	7.2	7	7	5.4	5.2	5.2
AM4	6.6	6.5	6.5	8	7.8	8
AM5	6.4	6.5	6	7.2	6.2	6

Como puede apreciarse en la tabla 22 en el tratamiento de la ISFC-AM, de los cinco participantes dos de ellos se encontraban moderadamente por arriba del 6%, dos estaban por arriba de este porcentaje y solo uno estaba por debajo del rango controlado; al finalizar el tratamiento dos lograron estar por debajo del porcentaje recomendado y tres apenas bajaron entre dos y una décima; en la etapa de seguimiento dos logran estar en el porcentaje exacto recomendado y de control, dos con cinco decimas a penas por encima de este rango óptimo y solo uno en un punto arriba, sin embargo en los cinco hay decrementos, aunque modestos.

Con respecto a la BIBLIOFAM, dos de los participantes se encontraban por debajo del 6% al iniciar el tratamiento y tres estaban por arriba de esta cifra. En la segunda evaluación terminado el tratamiento, los mismos AM que estaban controlados al inicio continuaron en esos rangos. De los tres que estaban en cifras no controladas, bajaron,

pero solo uno de ellos casi a dos décimas logra entrar al rango recomendado. Durante la fase de seguimiento dos logran estar en el porcentaje exacto de 6%, aunque de estos uno de ellos era ya un paciente controlado, otro AM continuó con la cifra alcanzada en el post test; el segundo paciente controlado permaneció así, y uno regreso al estado original. Por lo que se concluye que para esa variable en particular logró ser mas efectiva la ISFC-AM, aunque con cambios mínimos.

Colesterol

Tabla 23.- Colesterol

Rangos de control para paciente diabético controlado: Colesterol (menor de 150), *Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

Participantes	Colesterol ISFC-AM			Colesterol BIBLIOFAM		
	Pre	Pos	seguimiento	Pre	Pos	seguimiento
AM1	220	140	140	188	167	180
AM2	143	140	140	189	180	180
AM3	186	176	168	186	140	150
AM4	150	145	147	200	180	178
AM5	158	152	150	188	152	150

Para el caso de la variable colesterol, de los cinco participantes solo uno de ellos se encontraba en el rango de control a 150 puntos, al inicio del tratamiento de la ISFC-AM. Para la segunda evaluación los cinco habían disminuido en sus mediciones, en donde tres de los cinco se encontraban por debajo de la cifra recomendada, uno solo con dos puntos por encima de esta, y uno mas aminorado en 10 puntos de su medición inicial aunque por arriba de la medición óptima.

En la fase de seguimiento nuevamente tres calificaron con cifras por debajo del control recomendable, uno con la puntuación exacta de 150 y uno mas sin lograr llegar al índice de control, pero aún evidenciando descenso de 10 puntos con relación a la registrada en el pre test.

En el caso de la BIBLIOFAM, también los cinco participantes al inicio del tratamiento se encontraban con cifras altas de no control, en la segunda medición terminada la intervención, los cinco registraron cifras mas bajas, teniendo que solo uno calificó por debajo de la cifra recomendable, y uno mas solo a dos puntos arriba de diferencia, todos los demás aunque bajaron en sus registros no lograron llegar a la medición de control.

Durante la fase de seguimiento, dos de ellos tuvieron aumento nuevamente en el registro, aunque sin llegar al estado inicial, dos lograron llegar a la medición de 15 puntos, y uno mas descendió en su calificación sin lograr llegar a las cifras adecuadas de control. Por lo que también para esta variable en particular la ISFC-AM, evidencia mayor efectividad en comparación con los resultados de la BIBLIOFAM.

Triglicéridos

Tabla 24.- Triglicéridos.

Rangos de control para paciente diabético controlado: Triglicéridos (menor de 150). *Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

Participantes	Triglicéridos ISFC-AM			Triglicéridos BIBLIOFAM		
	Pre	Pos	seguimiento	Pre	Pos	seguimiento
AM1	410	150	150	190	180	178
AM2	134	130	145	213	200	180
AM3	313	200	180	200	130	112
AM4	150	120	120	150	130	130
AM5	184	124	130	170	124	124

Para la variable triglicéridos, la ISFC-AM, tuvo los siguientes resultados. De los cinco participantes tres de ellos se encontraban con cifras altas en la primera medición al comenzar el tratamiento. Dos en la evaluación inicial registraban cifras en rango de control. En la segunda sesión cuatro de ellos bajaron sus puntajes a rangos de control y solo uno quedo en cifras altas, aunque comparada con la evaluación inicial hubo una disminución de 113 puntos.

Durante el seguimiento cuatro continuaron en cifras de rangos de control y solo uno no, sin embargo en relación a la medición inicial tuvo descenso; es decir que en las tres mediciones hubo un constante decremento en las cifras, que era lo que se esperaba.

En el tratamiento de la BIBLIOFAM, los resultados se comportaron de la siguiente manera. Cuatro de los participantes se entraban con cifras altas, solo uno de ellos registró en el inicio los 150 puntos de rango de control de esta variable. En la segunda etapa dos de los pacientes que estaban con cifras altas, aminoraron a rangos por debajo de la cifra recomendable e incluso el paciente que desde el inicio mostró estar controlado descendió en su evaluación.

En la fase de seguimiento uno de los dos participantes que lograron calificar con rangos de control por debajo de lo recomendado, continuó descendiendo en su puntuación y el otro registró el mismo puntaje que en el pre test, el AM que registro descender en sus cifras aún cuando era paciente controlado en el seguimiento registro el mismo puntaje que en la segunda medición y los otros dos participantes no logran llegar a al s cifras de control pero si hubo descenso en sus mediciones. Por lo que se concluye para esta variable en particular, que la ISFC-AM como la BIBLIOFAM mostraron ser efectivas, aunque la ISFC-AM incidió en mas participantes.

Glucosa

Tabla 25.- Glucosa.

Rangos de control para paciente diabético controlado: Glucosa (entre 80 – 99). *Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

Participantes	Glucosa ISFC-AM			Glucosa BIBLIOFAM		
	Pre	Pos	seguimiento	Pre	Pos	seguimiento
AM1	230	94	94	155	119	115
AM2	106	94	94	134	136	126
AM3	142	130	142	153	104	95
AM4	110	94	100	130	110	110
AM5	79	94	94	120	94	94

Con lo relacionado a la variable glucosa, los resultados que se midieron durante el tratamiento de la ISFC-AM evidencian lo siguiente: de los cinco AM cuatro de ellos reportaron cifras altas de glucosa al inicio de la intervención. Al terminar el tratamiento sus evaluaciones disminuyeron en tres de ellos hasta llegar a rangos de control, el participante que en un inicio estaba muy por debajo de lo recomendable aumento su puntaje, sin embargo permaneció en rangos de control, lo cual es positivo, ya que su calificación inicial era no saludable pues oscilaba en la hipoglucemia, situación de riesgo para cualquier paciente diabético. Durante el seguimiento nuevamente tres se mantienen en rango de control glucémico, uno aumento un punto al limite de tope. Uno regreso a su estado inicial.

Para la BIBLIOFAM, los resultados fueron los siguientes: los cinco participantes se encontraban con cifras por arriba de las mediciones recomendables, en la post evaluación solo uno de los participantes logró llegar a rangos de control y en el seguimiento dos registraron evaluaciones dentro de las cifras recomendables de control. Por lo que también para esta variable en particular la ISFC-AM demostró mayor efectividad en sus resultados.

Presión arterial

Tabla 26.- Presión arterial.

Rangos de control para paciente diabético controlado: Presión Arterial (110/70). *Guías de la Federación internacional de diabetes y programa MIDE- ISSSTE

Participantes	Presión arterial ISFC-AM			Presión arterial BIBLIOFAM		
	Pre	Pos	seguimiento	Pre	Pos	seguimiento
AM1	140/89	110/70	110/70	140/70	130/60	110/70
AM2	110/70	110/70	110/70	140/70	110/70	110/70
AM3	140/70	130/60	140/70	130/70	110/70	110/70
AM4	110/70	110/70	110/70	140/70	110/70	110/70
AM5	110/70	110/70	110/70	119/70	110/70	110/70

Con respecto a la mediciones de la presión arterial, en la intervención de la ISFC-AM, los resultados fueron los siguientes: tres participantes registraban cifras de control de esta variable al iniciar el tratamiento y dos no, en la segunda evaluación cuatro registraron rangos de control y así continuó durante el seguimiento.

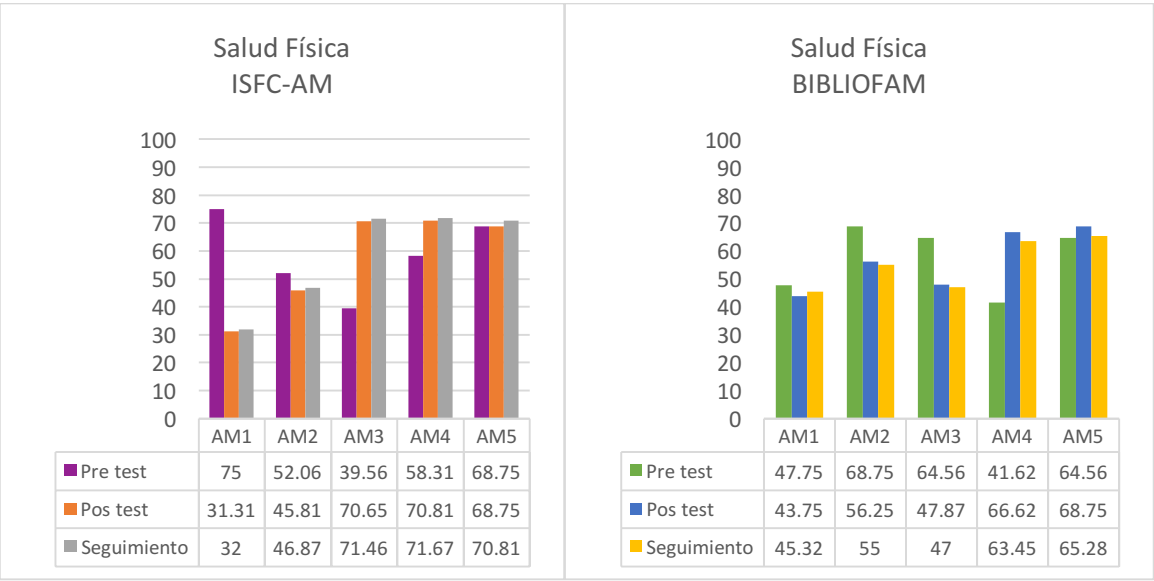
En la BIBLIOFAM, los resultados mostraron lo siguiente: todos los participantes se encontraban descontrolados en este indicador metabólico, durante la segunda medición cuatro de los cinco lograron registrar niveles de control y en el seguimiento los cinco participantes lo hicieron. Por lo que se concluye que para esta variable en particular la BIBLIOFAM mostró mayor efectividad en comparación con la ISFC-AM.

II. Calidad de vida

Salud Física

Salud física

Puntuación T esperada: 51-100.



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	75	52.06	39.56	58.31	68.75
Pos test	31.31	45.81	70.65	70.81	68.75
Seguimiento	32	46.87	71.46	71.67	70.81

	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	47.75	68.75	64.56	41.62	64.56
Pos test	43.75	56.25	47.87	66.62	68.75
Seguimiento	45.32	55	47	63.45	65.28

Fig. 98.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: dimensión salud física

Con respecto a la calidad de vida en lo concerniente a salud física, la ISFC-AM mostró los siguientes resultados: de los cinco participantes cuatro puntuaban en cifras alta (51-100 P.T), en la segunda medición tres se mantuvieron en cifras altas, pero con

puntuación alta con respecto a su valoración alta, dos registraron puntuaciones bajas, durante el seguimiento continuaron en estos participantes resultados ascendentes.

Con respecto a la BIBLIOFAM, tres de los cinco participantes puntuaban calificaciones altas al inicio del tratamiento, en la segunda evaluación nuevamente tres estaban en puntajes altos y en el seguimiento continuó igual. Por lo que se concluye que para esta variable en particular la ISFC-AM mostro mayor nivel de influencia.

Salud Psicológica

Salud Psicológica

Puntuación T esperada: 51-100.

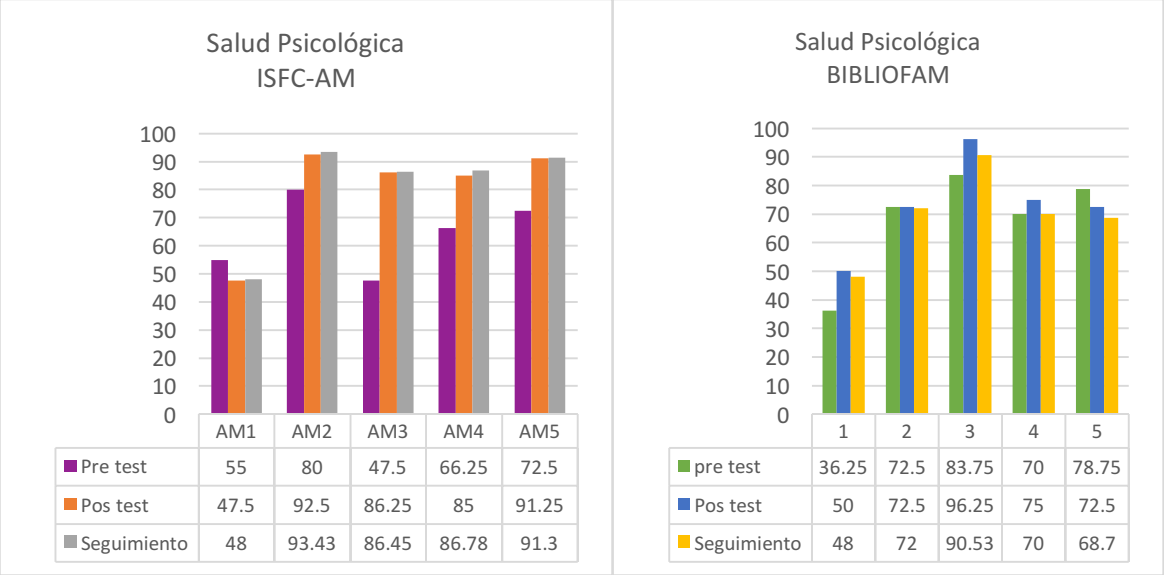


Fig. 99.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: dimensión salud psicológica.

Con respecto a la salud psicológica evaluada, la ISFC-AM demostró lo siguiente: cuatro de los cinco participantes al inicio puntuaban de manera alta, en la segunda evaluación continuaron cuatro puntuado alto pero sobrepasando la medición inicial, y también así continuó en el seguimiento. Para la BIBLIOFAM, los resultados se comportaron igual que en la ISFC-AM, con la diferencia que solo uno de los AM manifestó

aumento a partir de la evaluación inicial. Por lo que se concluye que para esta variable en específico la ISFC-AM muestra mejor efectividad aún cuando los AM se encontraban en niveles altos.

Independencia

Independencia

Puntuaciones T esperadas: 51-100.

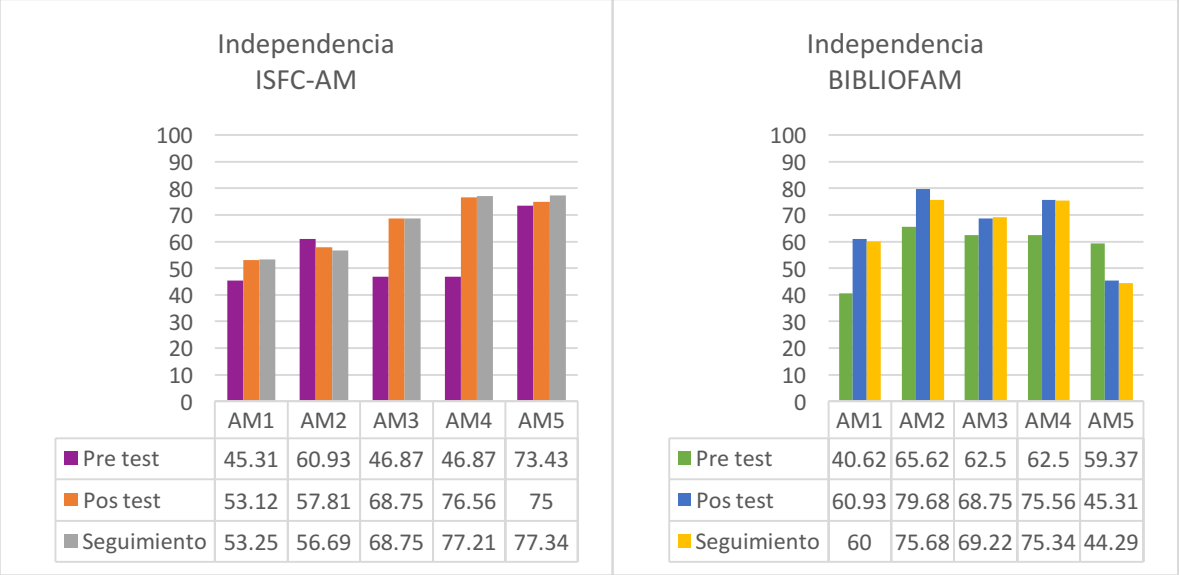


Fig. 100.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: dimensión independencia

En la variable independencia los resultado en el tratamiento de la ISFC-AM muestran lo siguiente: dos de los cinco participantes en la evaluación inicial puntuaron en cifras altas, el resto estaba en puntuación baja. En al segunda medición los cinco habían aumentado a rangos altos y así continuaron durante el seguimiento.

Con respecto a la BIBLIOFAM, al inicio del tratamiento cuatro de los participantes ya se encontraban en rangos óptimos en esta dimensión, en la segunda evaluación al termino del tratamiento, los cinco registraron altas puntuaciones y continuó así en fase del seguimiento. Por lo que se concluye que para esta variable ambos tratamientos tuvieron el mismo nivel de influencia.

Relaciones Sociales

Relaciones Sociales

Puntaje T esperado: 51-100

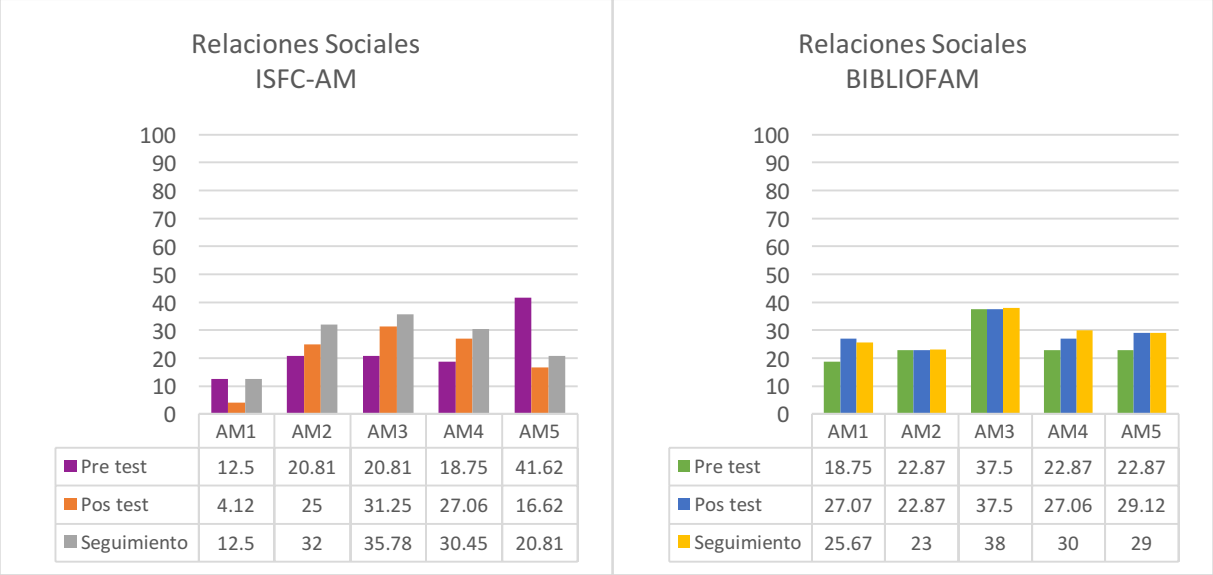


Fig. 101.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: dimensión relaciones sociales.

En lo relacionado con la variable relaciones sociales, la ISFC-AM tuvo el siguiente comportamiento: todos los participantes en la evaluación inicial registraban puntuaciones bajas, en la segunda medición hubo aumento en tres de los AM; sin embargo continuaban en puntajes bajos, y durante la fase de seguimiento continuaron estos tres participantes aumentando sus calificaciones pero continuaron siendo puntajes bajos.

Con respecto a lo que se registró en la BIBLIOFAM, los resultados fueron los siguientes: también los cinco participantes calificaban de manera baja en esta dimensión, al iniciar la intervención, en la segunda evaluación los registros muestran que en dos de los participantes hubo un ascenso en los marcajes y en el seguimiento tres lograron aumentar sus puntajes, sin embargo continuaron bajos. Por lo que se concluye que para esta variable la ISFC-AM, tuvo mejor nivel de influencia. Sin embargo ninguno de los dos tratamientos logró llevar a los AM a niveles óptimos.

Medio Ambiente

Medio Ambiente

Puntaje T esperado: 51-100.

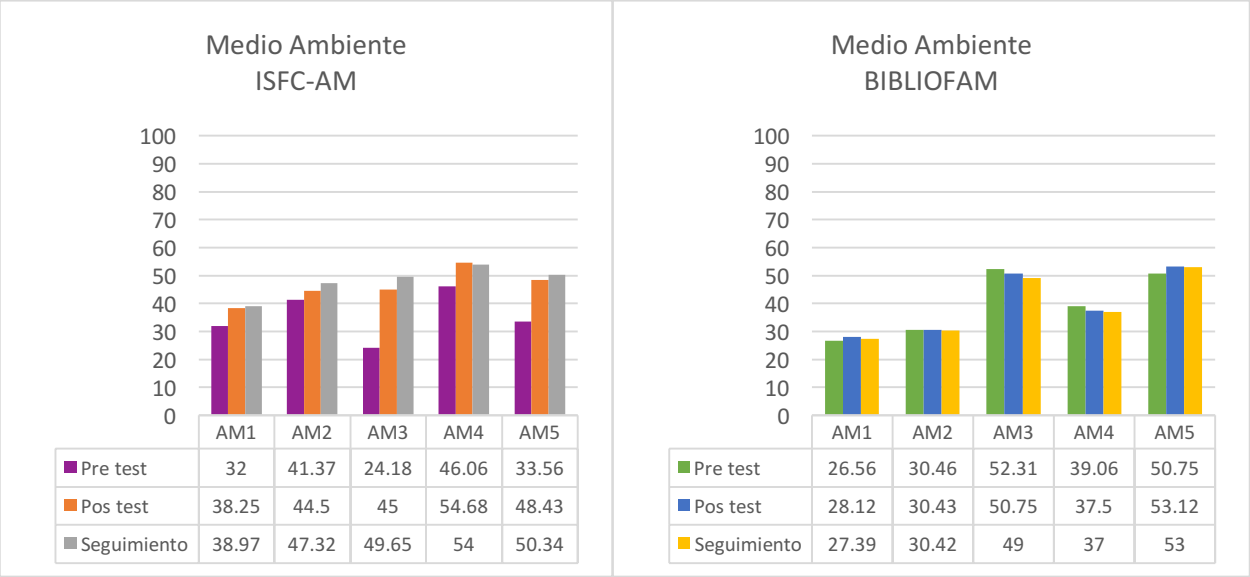


Fig. 102.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: dimensión medio ambiente.

La variable medio ambiente en la ISFC-AM tuvo el siguiente comportamiento: al inicio del tratamiento los cinco participantes registraban puntajes bajos. Para la segunda medición terminado el tratamiento, en los cinco participantes se registró un aumento en sus marcaciones, aunque solo se destacan dos de los participantes. En el seguimiento estos dos AM continuaron aumentando sus mediciones, aunque en todos se registró aumento. Sin embargo tampoco se logró llevarlos a niveles óptimos salvo en uno de los participantes.

En la BIBLIOFAM, al iniciar el tratamiento uno de los participantes puntuaba dentro del rango de medición alta, en la segunda evaluación este AM había descendido en sus puntajes, solo uno pudo aumentar su calificación, este comportamiento continuó igual durante el seguimiento. Por lo que se concluye que en esta variable la ISFC-AM tuvo mayor impacto aún cuando fue moderado.

Espiritualidad

Espiritualidad

Puntaje T esperado: 51-100.

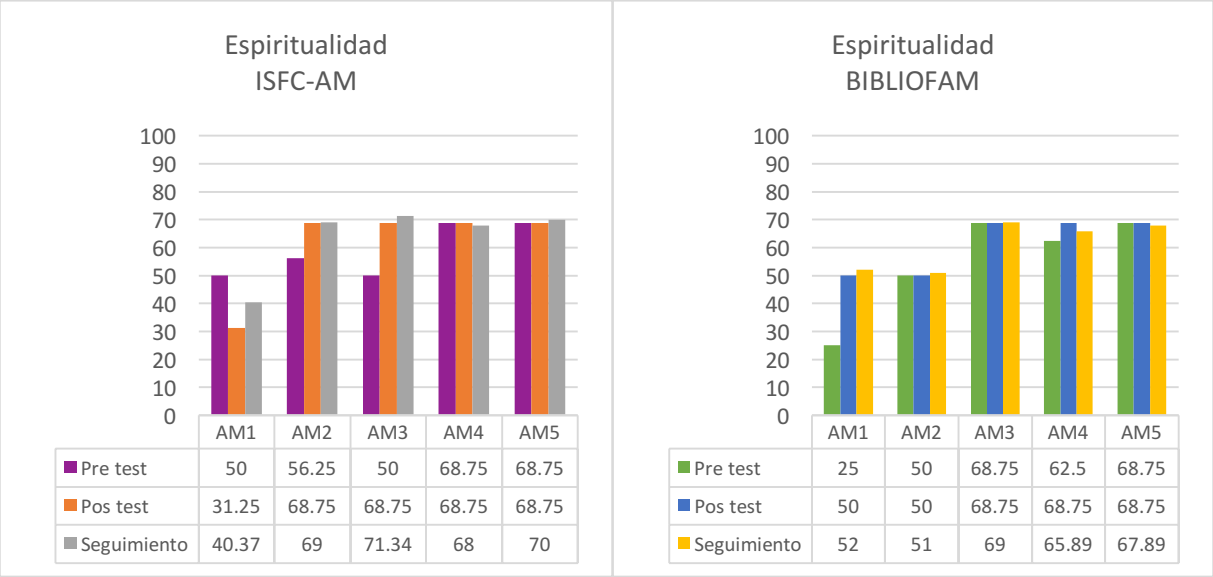


Fig. 103.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: espiritualidad.

La variable espiritualidad tuvo el siguiente comportamiento en el tratamiento ISFC-AM: al inicio del tratamiento los cinco AM puntuaban alto en esta dimensión, durante la segunda evaluación uno de ellos descendió en su puntaje y el resto aumento con relación a la medición inicial; ya en el proceso del seguimiento continuaron aumentando los registros en cuatro de los participantes.

Para el caso de la BILIOFAM, tres de los participantes puntuaban de manera alta, en la segunda medición solo tres nuevamente continuaron en puntos altos, pero uno de los AM que al inicio estaba en puntajes bajos ascendió, aunque sin alcanzar los niveles óptimos. En el seguimiento los cinco pudieron aumentar sus puntajes aunque sin llegar estar a los rangos de mediciones óptimas.

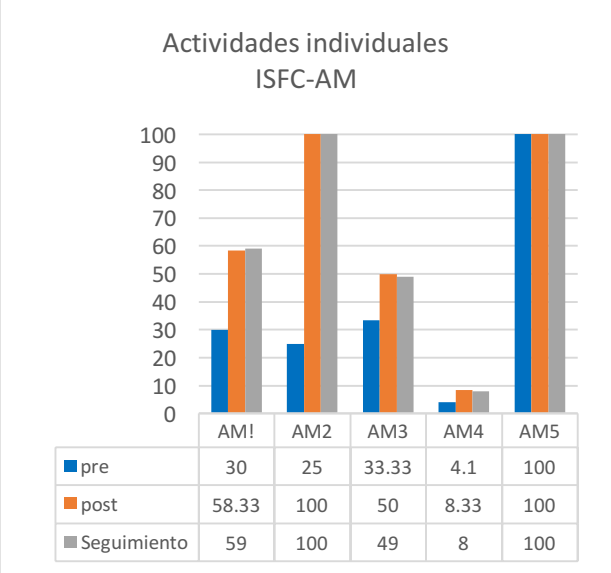
Por lo que se concluye que para esta variable la ISFC-AM mostró un mejor comportamiento.

III. Autoeficacia

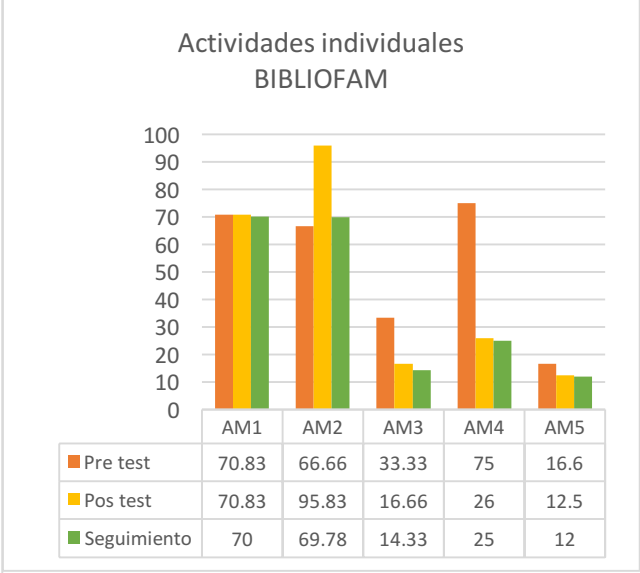
Actividades individuales

Actividades individuales

Puntaje T: Baja: 0-12. Media: 13-46. Alta: 47-100.



	AM!	AM2	AM3	AM4	AM5
pre	30	25	33.33	4.1	100
post	58.33	100	50	8.33	100
Seguimiento	59	100	49	8	100



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	70.83	66.66	33.33	75	16.6
Pos test	70.83	95.83	16.66	26	12.5
Seguimiento	70	69.78	14.33	25	12

Fig. 104.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: actividades individuales.

Con respecto a la variable actividades individuales la ISFC-AM mostró el siguiente comportamiento: al inicio del tratamiento de los cinco participantes solo uno registró la máxima calificación esperada (100 P.T); en la segunda evaluación posterior al termino de la intervención, los cuatro restantes aumentaron sus puntuaciones, pero solo tres entraron en el rango de la puntuación alta, destacándose uno de ellos al alcanzar el máximo nivel óptimo y en la etapa de seguimiento este AM continuó en este puntaje. Cabe señalar que el AM mayor que desde el inicio reportó el puntaje alto, continuó así en las tres mediciones.

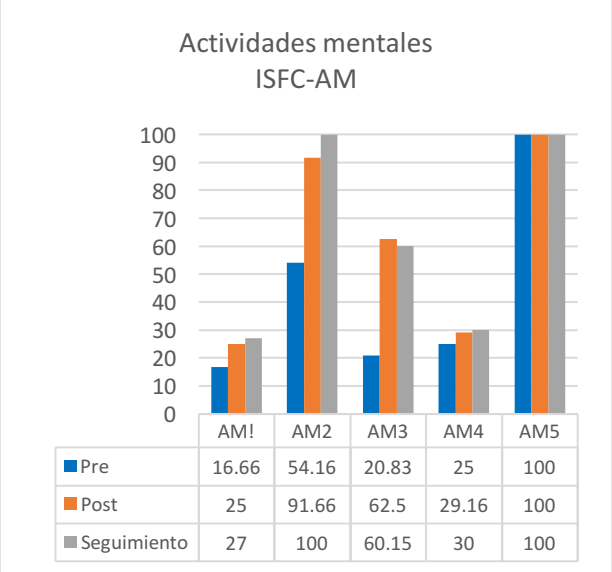
La BIBLIOFAM mostró lo siguiente: al inicio tres de los AM puntuaban en los nivel catalogados altos, durante la segunda evaluación los resultados fueron que solo uno de ellos aumentó sus marcajes, uno continuó en el mismo rango inicial y tres disminuyeron en sus calificaciones. En el seguimiento, los cinco participantes reportaron descenso en

la evaluación por lo que no se valora como positivo este comportamiento. Así entonces, puede concluirse que para esta variable la ISFC-AM mostró mejor influencia.

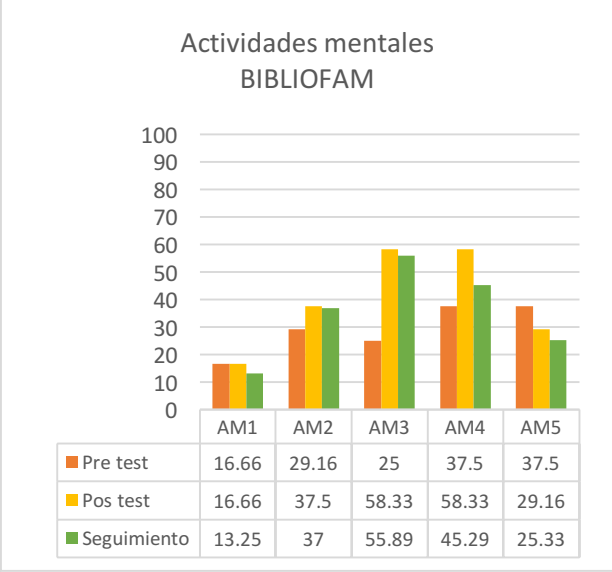
Actividades mentales

Actividades mentales

Puntaje T: Baja: 0-5. Media: 6-38. Alta 39-100.



	AM!	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre	16.66	54.16	20.83	25	100
Post	25	91.66	62.5	29.16	100
Seguimiento	27	100	60.15	30	100



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	16.66	29.16	25	37.5	37.5
Pos test	16.66	37.5	58.33	58.33	29.16
Seguimiento	13.25	37	55.89	45.29	25.33

Fig. 105.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: actividades mentales.

Con relación a la variable actividades mentales, la ISFC-AM mostró los siguientes resultados: dos de los cinco participantes desde la evaluación inicial puntuaron en los rangos altos, y uno mas estaba en el máximo puntaje, el resto se encontraba en la medición media. Para la segunda evaluación dos participante aumentaron sus puntajes a niveles altos y otros dos continuaron en la medición media pero aumentaron con respecto al registro inicial, y el AM que se destacó desde la primera evaluación continuó con este resultado.

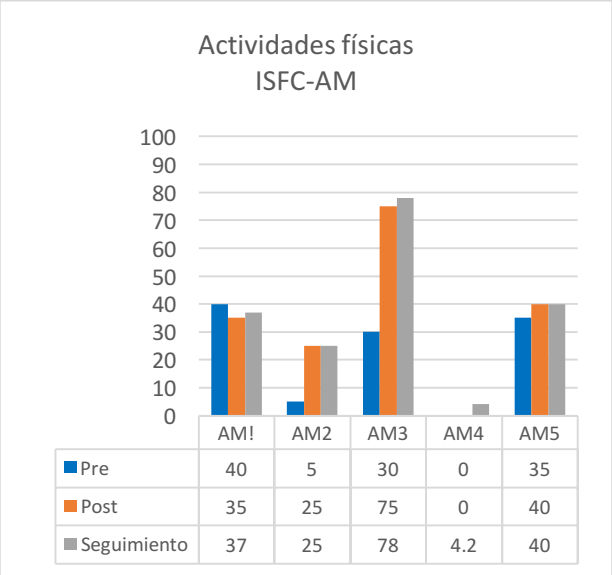
En la fase del seguimiento dos puntuaron en los rangos altos, incluyendo al participante que desde el inicio y en la segunda evaluación calificó en los 100 puntos (P.T); los dos restantes aunque no alcanzaron la medición alta, reportaron ascenso en sus resultados.

Con respecto a la BIBLIOFAM los resultados fueron los siguientes: los cinco participantes registraron puntajes medios; en la segunda evaluación solo dos alcanzaron los puntajes valorados altos. En el seguimiento solo dos pudieron permanecer en niveles altos. Por lo que se concluye que en esta variable en particular la ISFC-AM mostró mayor impacto.

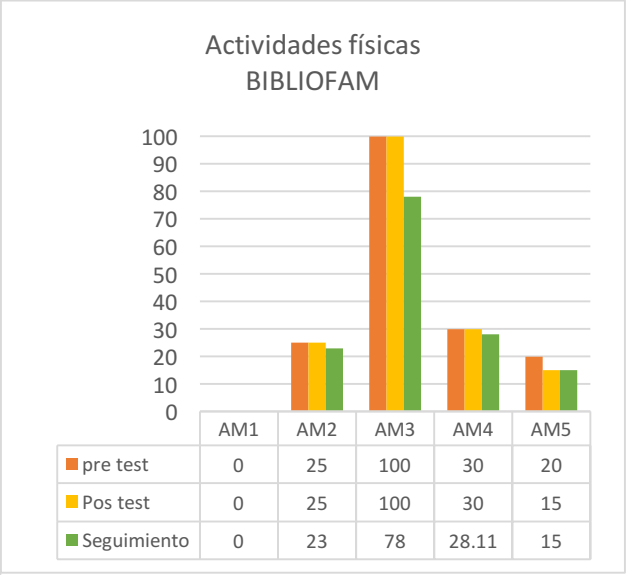
Actividades físicas

Actividades físicas

Puntuaciones T: Baja: 0-5. Media: 6-38. Alta: 39-100.



	AM!	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre	40	5	30	0	35
Post	35	25	75	0	40
Seguimiento	37	25	78	4.2	40



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
pre test	0	25	100	30	20
Pos test	0	25	100	30	15
Seguimiento	0	23	78	28.11	15

Fig. 106.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: actividades físicas.

En relación a las actividades físicas, los resultados en el tratamiento de la ISFC-AM mostraron lo siguiente: en la evaluación inicial solo uno de los AM participantes calificó de manera alta, tres se encontraba en rangos medios y uno en bajo. En la segunda evaluación posterior a la finalización de la intervención tres participantes registraron aumento en sus marcajes, de los cuales dos a niveles altos, pero también uno de los AM disminuyó su calificación. En el seguimiento hubo cuatro registros que aumentaron sus puntajes con respecto a la evaluación inicial, pero solo dos de ellos

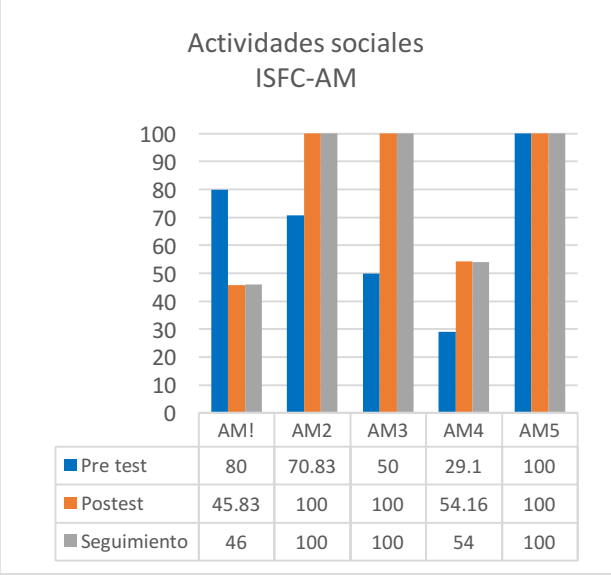
lograron los rangos altos. Es importante destacar que el AM que había puntuado bajo (0 puntos), en la fase de seguimiento ascendió en su marcación, aunque permaneciendo aún en el rango bajo.

Con respecto a la BIBLIOFAM, los resultados fueron los siguientes: tres de los cinco participantes puntuaron en rangos medios, uno en bajo y otro en el puntaje máximo de 100 puntos (P.T). En la segunda evaluación de los cinco participantes cuatro registraron los mismos puntajes que al inicio, y uno de ellos lo disminuyó. Durante el seguimiento tres de los cinco disminuyeron sus registros incluyendo al AM que al inicio había puntuado a los 100 puntos (P.T), y los dos restantes continuaron sin mostrar cambio alguno. Por lo que se concluye que para esta variable la ISFC-AM mostró una mayor influencia sobre los resultados.

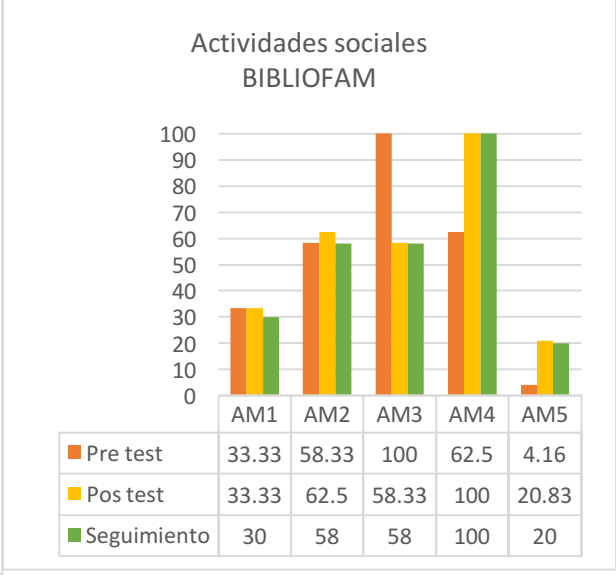
Actividades sociales

Actividades sociales

Puntuaciones T: Baja: 0-12. Media: 13- 46. Alta: 47-100.



	AM!	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	80	70.83	50	29.1	100
Postest	45.83	100	100	54.16	100
Seguimiento	46	100	100	54	100



	AM1	AM2	AM3	AM4	AM5
Pre test	33.33	58.33	100	62.5	4.16
Pos test	33.33	62.5	58.33	100	20.83
Seguimiento	30	58	58	100	20

Fig. 107.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: actividades sociales.

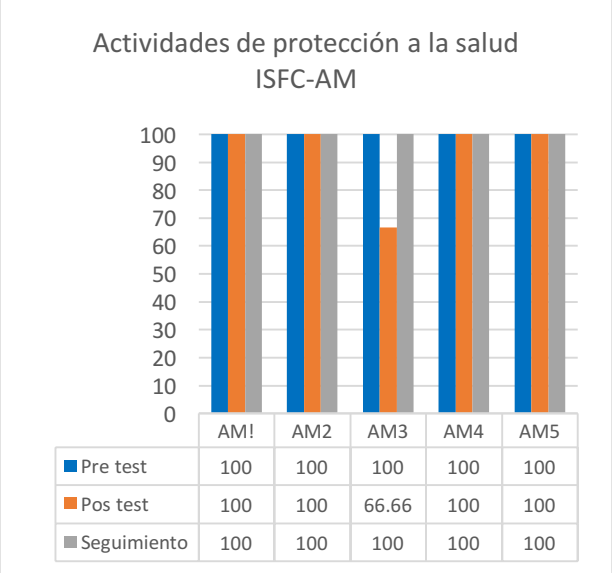
En cuanto a la variable actividades sociales, la ISFC-AM tuvo los siguientes resultados: cuatro de los cinco participantes al inicio del tratamiento mostraron estar en los rangos valorados como altos para este tipo de actividad, incluyendo a un AM con la máxima calificación. En la segunda evaluación al terminar la intervención los resultados registraron que cuatro tuvieron un marcaje alto, incluyendo al AM mayor que desde el inició calificó con el máximo nivel de 100 (P.T), pero uno descendió su calificación. Para la etapa del seguimiento tres AM registraron la máxima calificación, y los dos restantes permanecieron en el rango alto, y el AM que había descendido continuó con esa misma puntuación.

Para la BIBLIOFAM, los resultado fueron como se describen a continuación: tres estaban en rangos altos, también incluyendo a un AM con la máxima calificación. En la segunda medición dos aumentaron sus puntajes, donde uno de ellos alcanzó el nivel máximo. El AM con puntuación alta al inicio disminuyó en su puntaje en esta segunda evaluación, otro permaneció igual que al inicio. En la fase de seguimiento cuatro bajaron en sus calificaciones y solo uno permaneció con los 100 puntos (P.T) máximos alcanzados en la segunda valoración. Por lo que se concluye que para esta variable en particular, tuvo una mayor influencia la intervención de la ISFC-AM.

Actividades de protección a la salud

Actividades de protección a la salud

Puntuaciones T: Baja: 0-17. Media: 18-50. Alta: 51-100.



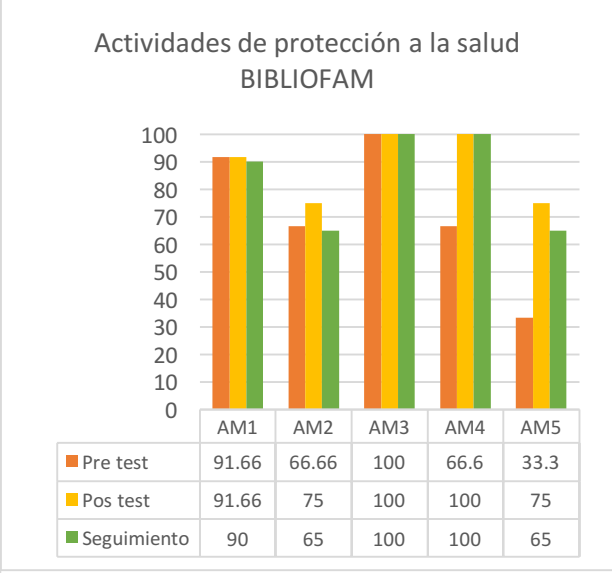


Fig. 108.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: actividades de protección a la salud.

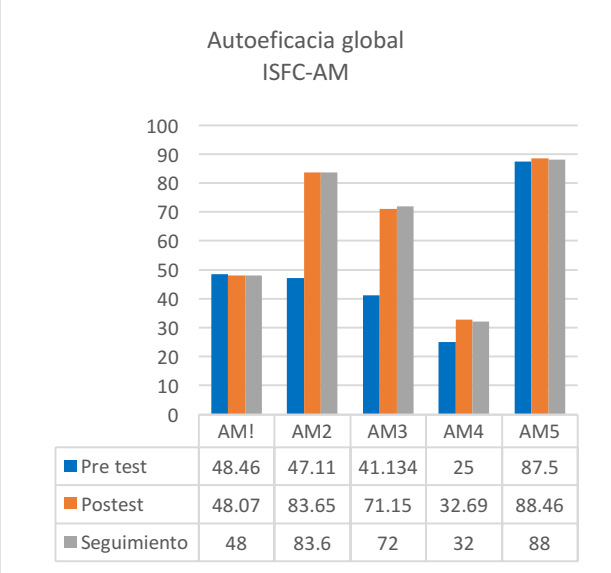
Respecto a la variable actividades de protección a la salud evaluada en los AM participantes de la ISFC-AM, los resultados se comportaron de la siguiente manera: en el inicio los puntajes de los cinco participantes registraron la máxima calificación (100 P.T), en la segunda evaluación hubo un descenso en la medición de uno de los participantes y en el resto continuó la misma valoración de 100 (P.T). En la fase de seguimiento nuevamente todos los participantes puntuaron al nivel máximo.

En lo que respecta a la BIBLIOFAM, al inicio del tratamiento cuatro de los participantes reportaron encontrarse en niveles altos, en la segunda evaluación dos permanecieron en la misma calificación inicial, y tres aumentaron incluyendo a uno que logró puntuar a 100 (P:T). En el seguimiento solo dos permanecieron en los puntajes de 100 (P.T) y el resto disminuyo sus puntajes. Por lo que se concluye que para esta variable también la ISFC-AM mostro mejor influencia positiva en los participantes.

Autoeficacia global

Autoeficacia global

Puntuaciones T: Baja: 0-23. Media: 24- 56. Alta: 57-100.



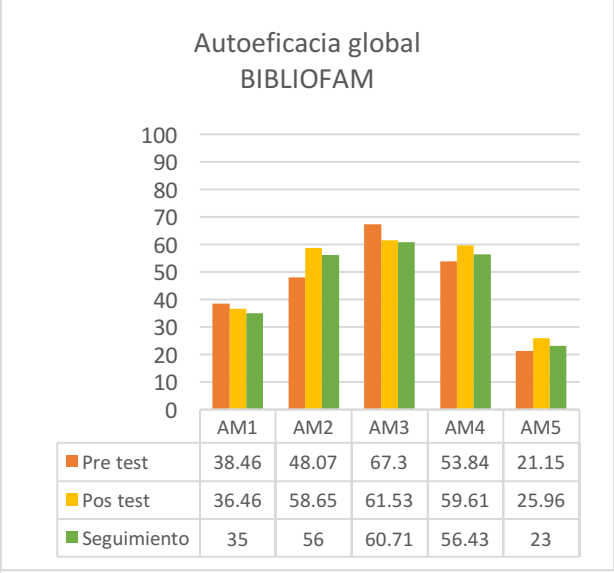


Fig. 109.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: autoeficacia global.

La variable autoeficacia global tuvo el siguiente comportamiento con respecto a la intervención ISFC-AM, de los cinco participantes solo uno se encontraba en niveles altos, los cuatro restantes puntuaban en niveles medios. En la segunda valoración tres participantes aumentaron sus registros a niveles altos, y uno aunque aumento continuó en el rango medio y el otro disminuyó levemente. Durante el seguimiento tres permanecieron en puntaje alto y el resto en rango medio.

La BIBLIOFAM por su parte mostro lo siguiente: al inicio de la valoración cuatro de los cinco participantes se encontraban en rangos medios y solo uno en nivel bajo, en la segunda evaluación tres de los participantes tuvieron aumento en su puntajes; de los cuales dos a nivel alto y uno en medio, de los otros dos restantes uno permaneció igual que al inicio y el otro disminuyó. En la fase de seguimiento los cinco participantes disminuyeron en sus puntajes, aunque tres permanecieron en el nivel medio, uno en bajo

y solo uno en alto. Por lo cual también se concluye que mostró mejor influencia positiva el tratamiento denominado ISFC-AM.

IV. Funcionamiento familiar

Ambiente familiar

Ambiente familiar

Puntuación T óptima 80 puntos

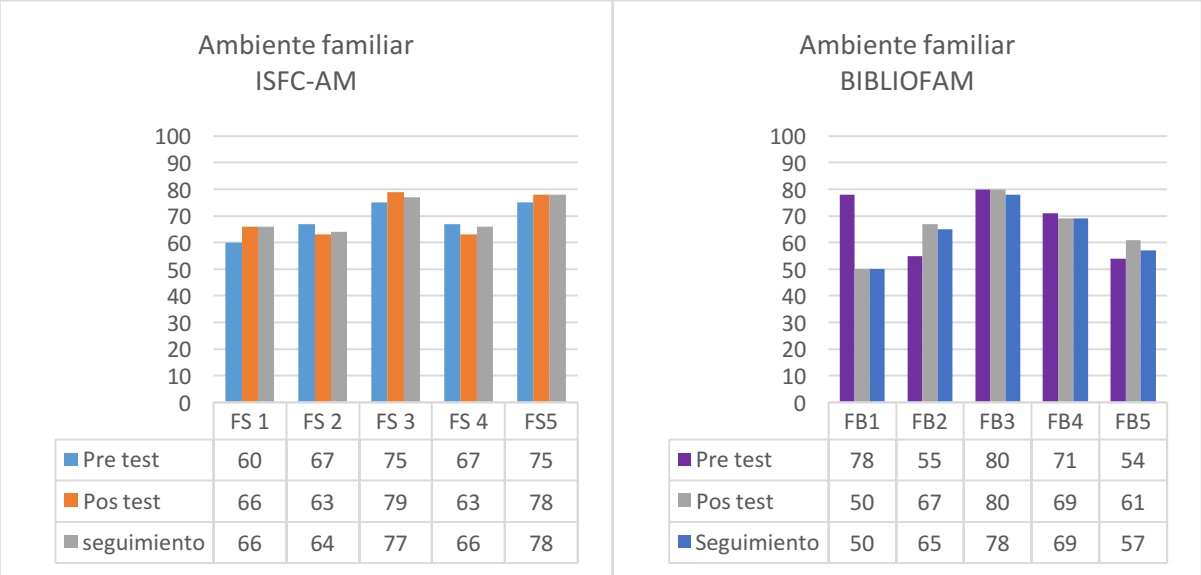


Fig. 110.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: ambiente familiar.

La variable ambiente familiar tuvo el siguiente comportamiento en la intervención de la ISFC-AM: en la evaluación inicial, las cinco familias puntuaron de manera alta aunque sin lograr llegar a la puntuación óptima de 80 puntos (P.T). Posterior al término del tratamiento, tres de las familias aumentaron en sus puntajes quedando solo una a un punto de lograr el ideal. En el seguimiento dos permanecieron con los mismos puntajes de la segunda evaluación, dos aumentaron y una disminuyó.

Con respecto a la BIBLIOFAM, en la evaluación inicial una familia se encontraba en el nivel ideal de los 80 puntos; durante la segunda evaluación permaneció en ese

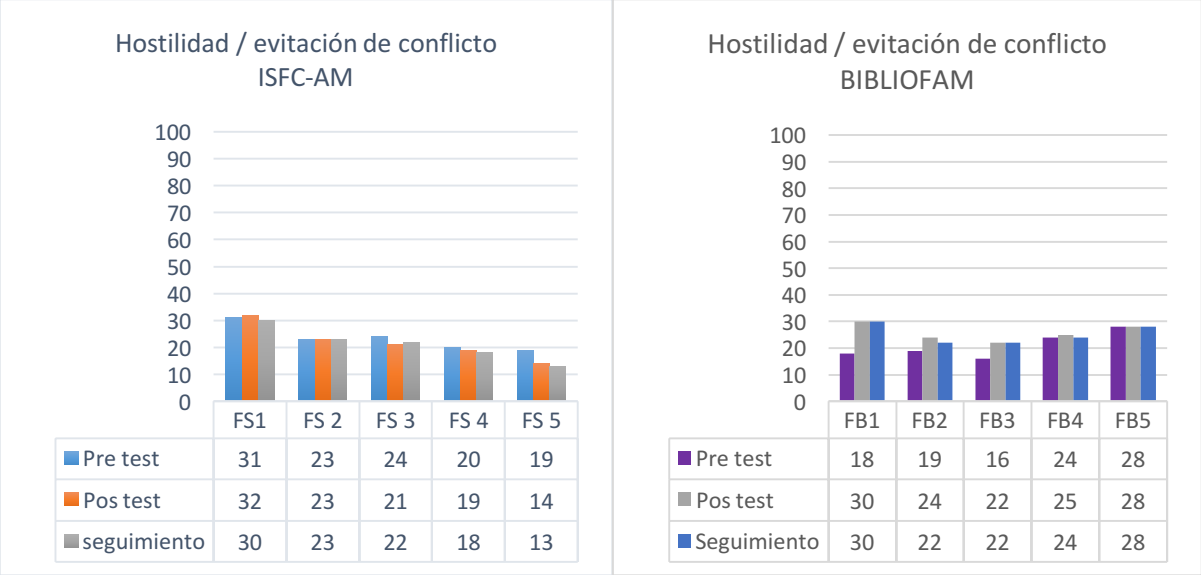
puntaje, dos disminuyeron con respecto a lo que habían calificado al inicio y dos aumentaron pero sin lograr llegar a los 80 puntos (P.T). En el seguimiento dos permanecieron con sus puntajes de la segunda evaluación; la familia que había permanecido en los 80 puntos (P.T) descendió en su puntaje y los otros dos restantes también disminuyeron los registros.

Por lo que se concluye que para esta variable ambiente familiar, la ISFC-AM aunque mínimamente, mostró mejor nivel de influencia en comparación con la BIBLIOFAM, a pesar de no haber alcanzado el nivel óptimo.

Hostilidad evitación del conflicto

Hostilidad evitación del conflicto

Puntuación T óptima 12 puntos.



	FS1	FS 2	FS 3	FS 4	FS 5
Pre test	31	23	24	20	19
Pos test	32	23	21	19	14
seguimiento	30	23	22	18	13

	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	18	19	16	24	28
Pos test	30	24	22	25	28
Seguimiento	30	22	22	24	28

Fig. 111.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: hostilidad evitación del conflicto.

La hostilidad/evitación del conflicto era una variable a disminuir en su puntaje, a continuación se describe su comportamiento con respecto a la intervención ISFC-AM: en el inicio del tratamiento las familias calificaron alto con respecto al puntaje óptimo esperado; en la segunda evaluación tres de la familias disminuyeron en su marcaje,

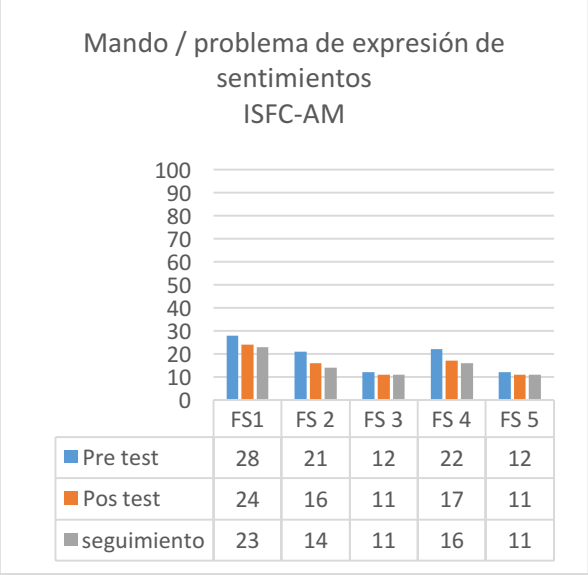
aunque no logrando llegar al óptimo de los 12 puntos (P.T); una de las familias continuó con la misma calificación inicial y la otra familia restante aumentó en un punto, con respecto a la evaluación inicial. En el seguimiento dos pudieron bajan sus registros, una bajó con respecto al resultado de la segunda evaluación, una aumentó y la ultima permaneció sin cambios.

Las familias que participaron en la BIBLIOFAM, en la evaluación inicial tres de ellas muestran puntajes mas bajos con respecto a las de la ISFC-AM; en la segunda evaluación hubo en todas un incremento en su puntajes, y durante el seguimiento permanecieron estos resultados. Por lo que se concluye que para esta variable la ISFC-AM influyó mas; sin embargo no logró llevar a las familias participantes a los puntajes óptimos.

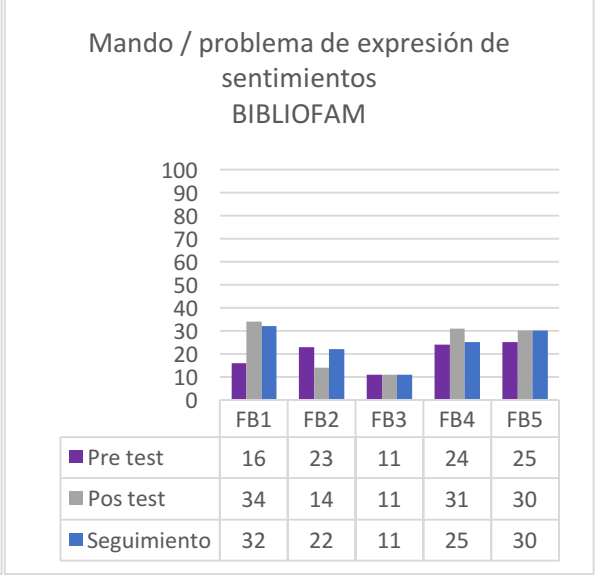
Mando / problema en la expresión de sentimientos

Mando / problema en la expresión de sentimientos

Puntuación T óptima 11 puntos.



	FS1	FS 2	FS 3	FS 4	FS 5
Pre test	28	21	12	22	12
Pos test	24	16	11	17	11
seguimiento	23	14	11	16	11



	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	16	23	11	24	25
Pos test	34	14	11	31	30
Seguimiento	32	22	11	25	30

Fig. 112.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: mando/problema de expresión de sentimientos.

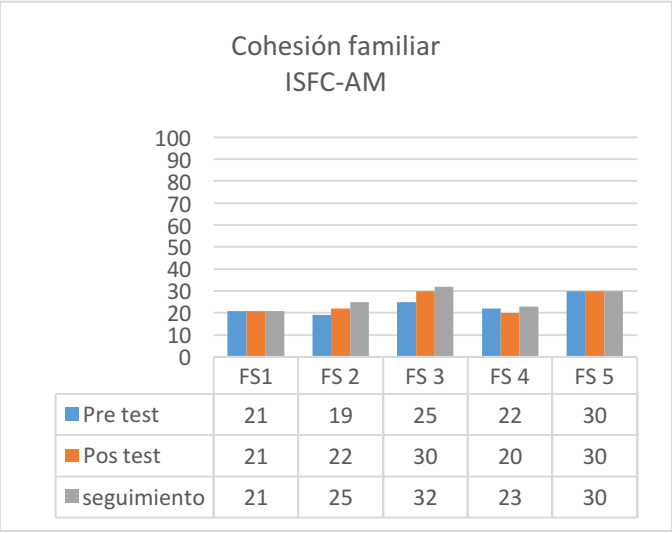
Con relación a la variable mando/problema de expresión de sentimientos su comportamiento en la ISFC-AM fue el siguiente: al iniciar las familias puntuaron de manera alta, solo una de ellas a 12 puntos (P.T), a un punto de diferencia de la calificación ideal. Al finalizar el tratamiento en la segunda medición dos de la familias habían logrado llegar a la puntuación esperada de los 11 puntos (P.T) y las tres restantes no, sin embargo también descendieron. Durante el seguimiento dos familias continuaron con la puntuación esperada y el resto siguió descendiendo en sus evaluaciones.

En la BIBLIOFAM, el comportamiento fue el siguiente: al inicio una de la familias registró la calificación esperada, tres eran altos sus registros y la restante estaba a 5 puntos de la puntuación T óptima. En la segunda medición tres familias aumentaron sus puntajes, la que tenia la medición óptima continuó sin cambios, y solo una mostró una disminución. Durante el seguimiento dos familias bajaron su puntación con respecto a lo que habían registrado en al segunda evaluación, una aumentó, y dos permanecieron en el mismo puntaje, incluyendo a la familia con la medición óptima esperada. Por tanto se concluye que por esta variable mostró tener mejor comportamiento la ISFC-AM.

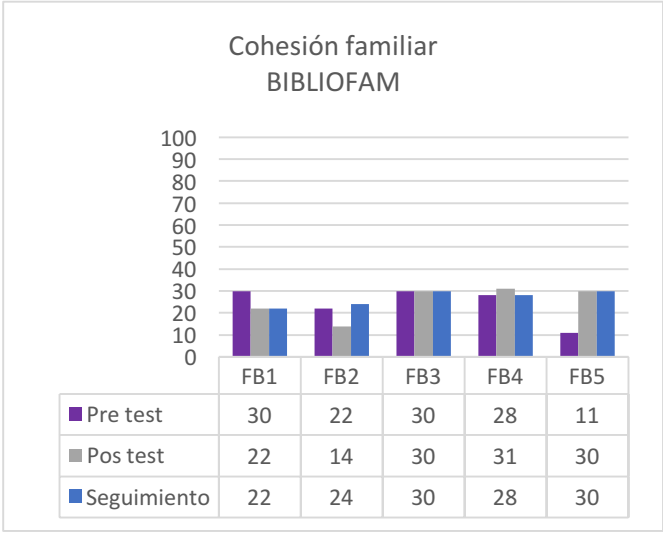
Cohesión familiar

Cohesión familiar

Puntuación T optima 30 puntos.



	FS1	FS 2	FS 3	FS 4	FS 5
Pre test	21	19	25	22	30
Pos test	21	22	30	20	30
seguimiento	21	25	32	23	30



	FB1	FB2	FB3	FB4	FB5
Pre test	30	22	30	28	11
Pos test	22	14	30	31	30
Seguimiento	22	24	30	28	30

Fig. 113.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: cohesión familiar.

Con relación en la cohesión familiar, la ISFC-AM mostró los siguientes resultados: al inicio del tratamiento, una familia se encontraba ya en el puntaje esperado de los 30 puntos (P.T), tres estaban entre 9 y 5 puntos de diferencia para alcanzar este puntaje y una estaba baja. En la fase de la segunda evaluación, una familia aumentó su marcación llegando a la calificación esperada, otra de ellas aumentó aunque no alcanzó a llegar a lo deseable, la familia que desde el inicio estaba en los parámetros ideales continuó igual, y otra disminuyó. En el seguimiento dos familias permanecieron igual en sus puntajes de inicio a fin, incluyendo la que tenia los 30 puntos (P.T), y las tres restantes aumentaron en sus puntajes.

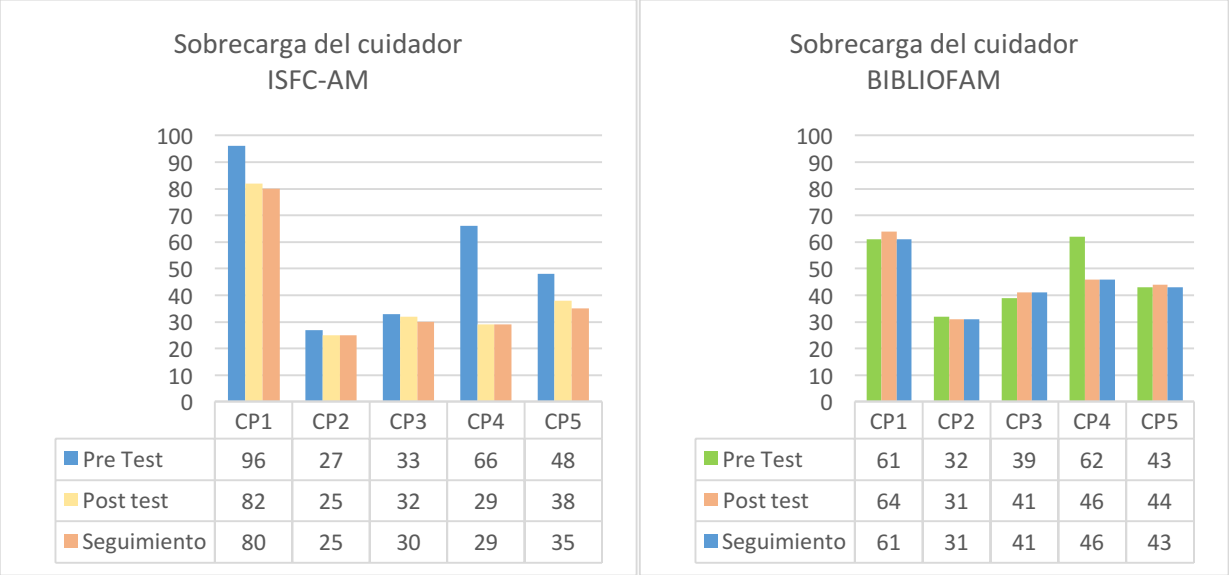
En lo referente a la BIBLIOFAM, dos familias se encontraban en los parámetros esperados desde el inicio, dos a solo 2 y 8 puntos de diferencia y una última con puntuación baja. En la segunda evaluación dos bajaron en su puntuación, dos aumentaron y una permaneció igual en sus 30 puntos (P.T). Durante el seguimiento tres permanecieron igual incluyendo a dos con puntuación óptima, una disminuyó y otra aumentó su marcaje. Por tanto, se concluye que la variable cohesión familiar tuvo un comportamiento mejor en la ISFC-AM, aunque muy modesto.

V. Sobrecarga del cuidador

Sobrecarga del cuidador

Puntuaciones T: Menor a 47 no existe sobrecarga.

Entre 47 - 55 existe sobrecarga leve. Mayor a 55 existe sobrecarga intensa.



	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5
Pre Test	96	27	33	66	48
Post test	82	25	32	29	38
Seguimiento	80	25	30	29	35

	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5
Pre Test	61	32	39	62	43
Post test	64	31	41	46	44
Seguimiento	61	31	41	46	43

Fig. 114.- Comparación de resultados de las dos intervenciones: sobrecarga del cuidado.

Finalmente la variable de sobrecarga del cuidador mostró el siguiente comportamiento con respecto a la intervención de la ISFC-AM: al inicio del tratamiento dos de los participantes tuvieron calificaciones de sobrecarga intensa, uno con sobrecarga leve y el resto sin existencia de sobrecarga. En la segunda medición que les fue realizada mostraron disminución en sus puntajes, de la siguiente manera: solo uno reportó aún sobrecarga intensa, aunque su marcación disminuyó en 14 puntos, el segundo participante con sobrecarga intensa bajo reduciéndola a cero, el participante con sobrecarga leve bajo a niveles también de no existencia, y el resto también bajo su marcación a pesar de no existir desde el inicio. En el seguimiento el comportamiento fue similar.

En la BIBLIOFAM los resultados fueron los siguientes: al inicio la evaluación registró que dos participantes se encontraban con sobrecarga intensa, y el resto sin ella

presente. En la segunda evaluación los marcajes muestran un aumento en el nivel de sobrecarga en un participante, en el segundo participante con sobrecarga intensa se disminuyó pero solo a un punto de diferencia de la sobrecarga leve; en dos participantes que aunque reportaban no existencia hubo un aumento en sus calificaciones, y el último regresó al estado inicial. Por tanto para esta variable también la ISFC-AM mostró mayores efectos positivos.

Por último en el siguiente diagrama (ver fig.115) se muestra de forma sintetizada la comparación entre estas dos intervenciones:

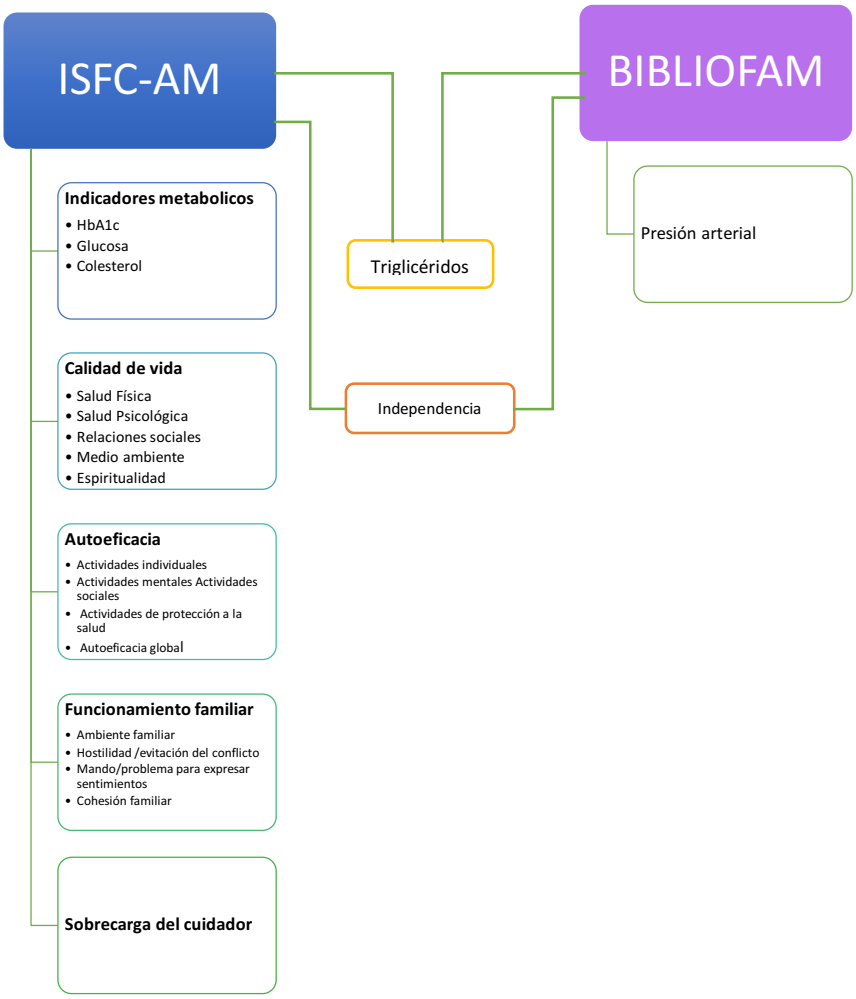


Fig. 115.- Comparación de las intervenciones y las variables que mostraron mayor impacto en cada tratamiento.

Conclusiones finales

Finalmente, en relación a los tratamientos diseñados para la intervención familiar para la atención y cuidado del AM, se puede constatar cómo la familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético (Velasco, Balcazar y Fuentes, 2015). Sin embargo, de acuerdo a los resultados la ISFC-AM mostró tener mejor incidencia en las variables que se buscó influir: indicadores metabólicos, mejor control, con excepción de la presión arterial en la cual los AM participantes de la BIBLIOFAM tuvieron un mejor resultado y los triglicéridos en el cual ambos tratamientos tuvieron efectividad. Calidad de vida con excepción del área de independencia en el cual ambos tratamientos tuvieron el mismo efecto. Autoeficacia en todas sus áreas. Sobre carga del cuidador y funcionamiento familiar.

Así mismos, se pudo constatar que existe una relación estrecha entre los síntomas del paciente y los síntomas de la familia: ambos se descompensan o se controlan coordinadamente, por lo que al intervenir positivamente sobre todo el contexto paciente-familia, se provocaron reacciones en cadena. Los síntomas familiares que se indican en la fig. 116 son los que se controlaron con las intervenciones, de acuerdo a como lo describen Onnis (1990); Selvini (1998); Minuchin (2000).

Fig. 116.- Síntomas familiares ante la presencia de la enfermedad crónica en un miembro del sistema familiar (Onnis, 1990; Selvini, 1998;Minuchin,2000) .

Las intervenciones llevadas a cabo en esta investigación consiguieron facilitar procesos de prevención para aminorar el riesgo de la aparición de la diabetes en otro miembro de la familia, al familiarizarse con los síntomas, medicamentos, dieta, tratamiento médico, tipo de cuidados que se deben proporcionar al AM, los familiares participantes mostraron tener conocimientos más claros y además solidaridad con su familiar enfermo.

Sin embargo, la ISFC-AM mostró, aunque de manera muy modesta y moderada, tener una mejor eficacia sobre la BIBLIOFAM, concordando con el meta análisis realizado por Kirsten von Sydow, Beher, Schweitzer & Retzlaff (2010) en donde concluye que la terapia sistémica es igual o mas eficaz que otras intervenciones basadas en evidencia, pero en casos severos la terapia sistémica funciona mejor en combinación con otras intervenciones terapéuticas o incluso farmacológicas.

Al respecto, Carr (2009) menciona que existe suficiente evidencia que la terapia sistémica es efectiva sola o en combinación con programas multimodales para diversos

problemas como violencia, ansiedad, esquizofrenia y ajuste a una enfermedad crónica.

La intervención familiar para la atención y cuidado del AM con DM2, se corresponde teóricamente con lo descrito en relación a la psicoterapia familiar, que define a la familia como un sistema con una entidad autónoma dotada de una cierta permanencia, constituida por elementos interrelacionados que forman subsistemas estructurales y funcionales, y que está en constante transformación dentro de ciertos límites de estabilidad, dados por regulaciones internas que le permiten adaptarse a las variaciones de su entorno específico.

Por lo anterior esta intervención en sus dos versiones, aportó de manera teórica, metodológica y práctica, entender desde un enfoque ecológico la estrecha relación que existe entre el funcionamiento familia y el control diabético, además porque atiende de manera integral (Rodríguez y guerrero, 1997; Azzollini, Bail, y Vidal, 2011) y en su contexto, las necesidades del AM, y esto a la vez la hace socialmente pertinente.

Para una familia que está en crisis por atender la enfermedad de su familiar mayor, resulta muy importante conocer en términos comprensibles qué le está ocurriendo y por qué. Por ello la intervención a través de la ISFC-AM favoreció la verbalización de emociones, facilitó la comunicación y mejoró su configuración en lo relacionado con los cuidados que necesita el AM y por consiguiente, es probable que prevenga alteraciones importantes en el futuro tales como la claudicación familiar, el síndrome del cuidador, y el envejecimiento patológico.

Por otro lado, pero no menos importante, en cuanto al autoaprendizaje que se desarrolló en el equipo de trabajo, a partir de la implementación y trabajo de estas intervenciones, los terapeutas implicados refieren la necesidad de ser congruentes con los tratamientos, es decir, hacer también modificaciones en sus estilos de vida: alimentación, dieta, ejercicio, dormir, hacer chequeos médicos preventivos, ya que en las cuatro terapeutas existe la predisposición a la diabetes, y en las familias de cada una de ellas sus abuelas fueron diabéticas, por lo que fue fácil establecer empatía con las familias y con los AM.

En lo que respecta a su propio acercamiento de trabajo en el área gerontológica, las terapeutas describen que no es fácil hacer este tipo de abordajes, pero a la vez ello trajo nivel de concienciación con las personas mayores al visualizarse en un futuro cómo será su propio proceso de envejecimiento.

Limitaciones finales.

Las limitaciones a las que se tuvo que enfrentar para llevar a cabo esta investigación, fueron el lograr adaptarse a la agenda de la familia, para encontrar horarios en que hubiera coincidencia para asistir a las sesiones programadas, lo que conllevaba ser muy flexibles en la agenda personal del equipo terapéutico y del investigador; así también se tenían que priorizar las necesidades especificas de cada AM. Por consiguiente el tiempo entre sesión y otra en ocasiones se extendía. El tamaño de la muestra fue difícil de lograr, lo que conllevó adaptar el diseño metodológico.

Recomendaciones finales.

1. *Al estudio*

A partir del estudio realizado se recomienda si se volviera a investigar esta temática se aplicara en otros contextos de enfermedad, y se replicara la intervención para conocer si existirán similitudes o diferencias en el tipo de respuesta que las familias presentaran dependiendo del tipo de diagnóstico de la enfermedad; así como el momento del ciclo vital del miembro enfermo.

2. *A los resultados*

Es necesario analizar y desarrollar las áreas de oportunidad para ir mejorando ambas intervenciones y que por lo tanto ayuden más a la familia.

A su vez, los resultados tanto en un tratamiento como en otro, muestran que

ambos son efectivos, aunque de manera moderada, cada uno se mostro efectivo en áreas específicas, por lo que podría recomendarse una inclusión de uno en el otro y así de esta manera enriquecerse mutuamente y atender de manera mas efectiva al AM con su familia.

Para los terapeutas familiares, estos hallazgos implican la necesidad de estar preparados en cuanto a las implicaciones que vive la familia ante la presencia de una enfermedad crónica, no solo cuenta la buena voluntad sino también el conocimiento y entrenamiento preciso, dependiendo de la enfermedad crónica que se aborde. Así también en todo lo relacionado con el abordaje del AM, implicará una visión desde la perspectiva psicogerontológica, lo cual constituye una necesidad en la formación de los futuros psicólogos, en virtud de las proyecciones demográficas que en un poco tiempo nuestro país vivirá.

Se sugiere insistir en la implementación de políticas públicas que aborden las necesidades del AM desde una visión integral y no asistencial, potenciando el envejecimiento saludable, instando a la autonomía e independencia, autoeficacia y por consiguiente calidad de vida de las personas mayores de nuestro país. Ello implicaría que los abordajes fueran o se desarrollaran desde una visión de la psicología social de la salud, abarcando comunidades y no solo limitándose a la mera atención individual en la práctica clínica.

Finalmente, se recomienda en futuras investigaciones, se aborde sobre la necesidad de informar y preparar y entrenar a la familia para el proceso de envejecimiento de sus miembros, de tal forma que se pueda coadyuvar en aminorar el cuidado improvisado que fomentaría la dependencia y la anulación del familiar mayor propiciando un envejecimiento patológico. Lo anterior puede facilitarse a partir de ofrecer entrenamientos, adecuado que potenciaría una buena comunicación, la autonomía y los vínculos intergeneracionales, de tal forma que se prevenga el abandono y maltrato al AM.

Así también los resultados permiten plantear nuevas interrogantes en donde puedan ahondarse en nuevas variables como por ejemplo: recursos de afrontamiento individual, y familiar, resiliencia, significado que le otorga la familia al cuidado de un familiar, los conocimientos y habilidades que posee el cuidador, perfil del cuidador, e invisibilidad del trabajo de cuidador.

Referencias

Acevedo, R. (2006). *Calidad de vida*. Argentina: Lugar.

Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En A. L. González-Celis R. (Coord.): *Instrumentos de evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.

Acosta, Q. Ch. O. y González-Celis, R. A. L. M. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología,*15 (2), 393-401.

Akkerman, R., Ostwald, S. (2004). Reducing anxiety in Alzheimers disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 19, 117-23.

Altalef. L. E. s,f. Desafío a los sistemas de salud: atención integral al adulto mayor: Plan gerontológico. *Conferencia Interamericana de seguridad social*. (pp. 1-34). Buenos Aires.

Alves, P. D., Silva, C. C. N. M., Lima, S. A. L., Brandão, V. P. C. J.,y Oliveira, Z. C. R. (2012). Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Latinoamericana Enfermagem,* 20 (3), s/p.

Amigó, I., Fernández, C., Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó (ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, pp. 229-70.

Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.

Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., y Nicolo, C. (1985). *Detrás la máscara familiar*. *Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Andolfi., M. y Angelo, C. (1989). *Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Arés, P. (2002). *Psicología de Familia*. La Habana: Félix Varela.

Arnold, M. (2004). Introducción a las epistemologías sistémico constructivista. En: Osorio, F. (ed.) *Ensayos sobre socioautopoiésis y epistemología constructivista*. Santiago: Ediciones Mad. pp. 7-15.

Artaso, I. B., Goñi, S. A., y Gómez M. A. R. (2001). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatrika*, 17 (2), 69-73, 39-43.

Asen, K. E. y Tomson, P. (1997). *Intervención familiar: Guía práctica para los profesionales de salud*. Barcelona: Paidós.

Astudillo, W., Mendinueta, A.C. (2008). El síndrome del agotamiento en los cuidados paliativos. En: W. Astudillo (Eds.). Medicina Paliativa: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. Barañain: Eunsa, pp. 615-626.

Austrich, S.E. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar?*. México. Secretaría de Salud.

Ausubel, D. P. (1982, 2002). *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Ávila-Jiménez, L., Cerón, O., D., Ramos-Hernández, R. I. y Velázquez, L., L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile*, *141*(2), 173-180.

Azzollini, S. C., Bail Pupko, V., Vidal, V. A. (2012). El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2. *Anuarios de Investigación*, 19 (1), 109-113.

Azzollini, S., Bail, V. y Vidal, V. (2011). Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*, 7, s/p.

Balcázar, P. Gurrola, G. Bonilla, M. Colin, H. y Esquivel, E. (s.f.). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, (s/p).

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo enfrentamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En *Autoeficacia: cómo enfrentamos los cambios de la sociedad actual.* España: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, *2*(15), 7-37.

Barquera, S. (2003). Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial. *Salud Pública de México,* 5, 413-414.

Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura sistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.

Basso, R. A., De Jong, E., Paira, M. G., y García, L.E. (2000). Las representaciones sociales acerca de la familia. *Ciencia Docencia y Tecnología,* 28 (15), 95-121.

Bayés, R. (2008). *Cuidado al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador.* México: Fondo de Cultura Económica.

Bazo, R. M (2000). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social*. Madrid. Pirámide, pp. 241-250.

Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.

Beltrán, L. (2012). Evaluación colaborativa como intervención en el tratamiento familiar: Estudio de caso. *Revista de Psicología,* 2 (1), 164-180.

Bembire-Taboada, R., Balboa-Godo, F.B. y López-Requeiro, T. (2000). Estudio anual de una población diabética por el Médico de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (1), 57-62.

Berger, M. (2003). *Más allá del Doble Vínculo. Comunicación y Sistemas Familiares, Teoría y Técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Paidós.

Bernard, M. (2006). Research, Policy, Practice and Theory: Interrelated Dimensions of a Developing Field. *Journal of Intergenerational Relationships*, 4 (1), 5-21.

Boule, N. G., Haddad, E., Kenny, G.P., Wells, G. A. y Sigal, R. J. (2001). Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal American Medical Asociation*, 286 (10), 1218-1227.

Buendía, J. (1999). *Familia y Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Camedussus, B., Bonjean, M. y Spector, R. (1995). *Crisis Familiares y Ancianidad.* Barcelona: Paidós.

Camels, D. (1998). *Espacio habitado en la vida cotidiana y la práctica psicomotriz*. Buenos Aires: D&B.

Carr, A.(2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems, *Journal of Family Therapy*, 31(1), p. 46.

Castellón, A. y Rodríguez, G. (2004) Intervenciones prácticas en enfermos de alzheimer institucionalizados. *Revista Multidisciplinaria Gerontológica,* 14, 66-72.

Cava M. J. y Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, 215-221.

Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en ciencias sociales. *Lima. Editorial Universidad Ricardo Palma*.

Ceballos, E. (2006). Dimensiones de análisis del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. *Revista Relieve*, 12(1), 33-47.

Cioran, E. M. (2000). *Ese maldito yo*. Barcelona: Tusquets.

Cohen, J. (2009). Salud y Enfermedad, una aproximación desde la Teoría Sistémica. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. Montevideo: Psicolibros.

Crivello, M. C. (2013). Implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar. *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador,* 30, 24-36.

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.

De los Reyes, M. C. (2001). Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Foro de Investigación. *Envejecimiento de la población*. Curitiba, Brasil: MERCOSUR.

De los Ríos, J., Sánchez, J., Barrios, S. y Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42 (2),109-116.

Delgado, C. (2005). A Discussion of the Concept of Spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18 (2), 157-162.

Díaz O. I. F. (2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del Pensamiento,* 6 (11), pp.163-196.

Díaz-Veiga, P., Montorio, I. y Yanguas, J. (1999). Intervenciones con cuidadores de personas mayores. En M. Izal e I. Montorio (eds), *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

Díaz, L., Galán, S. y Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 35 (2), 169-176.

Eckel, R.H., Grundy, S.M., & Zimmet, P.Z. (2005). The metabolic syndrome. *Lancet*, 3 (5),1415-1428.

ENASEM, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (2012). Archivos de Datos y Documentación (uso público). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. Obtenido de www.ENASEM.org en [9 de febrero, 2015].

Epple, C., Wright, A.L., Joish, V.N. y Bauer, M. (2003). The Role of Active Family Nutritional Support in Navajos' Type 2 Diabetes Metabolic Control. *Diabetes Care,* 26(10), 2829-2834.

Eroles, C. y Ferreres, C. (2002). *Discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Espín, A. Leyva, B. y Vega, E. (2014). *¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes.* Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf.

Espín, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 38(3), 493-402.

Espinosa, S. R. (2009). Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En Murueta, M. y Osorio, M. (Eds.), *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI.

Espinosa, A. y Gimeno, A. (1995). *Iguales pero diferentes. Un modelo de integración en el tiempo libre.* Madrid: Editorial Popular.

Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de Historia Novohispana*, 31, pp. 99-136. URL disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/ehn/ehn31/EHNO3104.pdf

Estrada, L. (1987). *El ciclo vital de la familia*. México: Posadas.

Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *55*(4), pp. 208-212.

Feldberg, C. y Stefani, D. (2007). Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal, y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Anales de Psicología,* 23(2), 282-288.

Fernández, V. A., Abdala, C. T. A., Alvara, S. E. P., Tenorio, F. G. L., López, V. E., Cruz C., S., Dávila, M. R., y González, P. A. A. (2012). Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas,* pp. 94-99.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R., (2004). La psicología de la vejez, *Encuentros multidisciplinares,* 6, (16), 4-6

Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez.* Barcelona: Martínez Roca.

Fernández, S. Almuiña, M., Alonso, O. y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2, 77-81.

Fierro, A. (1994). Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI, pp. 3-33.

Flores, G, E., Rivas, R., E. y Seguel, P., F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, *18* (1), 29-41.

Flores, V. M.E., Troyo, S. R., Vega, L. M. G. (2010). Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco México. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 6 (1 y 2), 1-24.

Fuentes, G. M. C. y Maya, M. U. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (2), 83-92.

Garcés, E., Velandrino, A., Conesa, P. y Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 2*, 67-89.

García-Huidobro, D. (2010). Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Revista Médica de Chile*, *138* (11), 1463-1464.

García, H., Madrigal, R. (1999). Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles de Población*, 19, 217-242.

García, M. M., Rivera, S., Reyes, L. I. y Díaz, L. R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2 (22), 91-110.*

García, P . (2005). *La familia del anciano*. Buenos Aires: San Pablo.

García, P. M., Reyes, M. H., Garduño, E. J., Fajardo, G. A., y Martínez, G. C. (1995). La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 33 (3), 293-298.

García, R. Suárez, R. y Peralta, R. (1996). Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad. *Revista Cubana Endocrinología,* 1, (s/p).

García, R., y Suárez, R. (2006). Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*, *17*(3), (s/p).

Garrido, E. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 9-38.

Giménez, F., y Benito, R. (2003). *Del Papiro de Ebers a nuestros días. Hitos de la diabetes.* Barcelona: Europubli.

Giraldo, C., y Franco, G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichan*, 6 (1), 38-53.

Glasgow, R.E., Ruggiero, L., Eakin, E.G., Dryfoos, J., y Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20, 562-567.

Glasgow, R.E., Toobert, D.J. y Gillette, C.D. (2001). Psychosocial barriersto diabetes self- management and quality of life. *Diabetes Spectrum*,14 (1), 33-41.

Gold, J. (2008). Biblioterapia. En P. Aguirán Clemente et. al., *Guía de prevención de Burnout para profesionales de Cuidados Paliativos* (pp. 57-61). Madrid: Arán.

Gómez, L. V., Zúñiga, G. E., García de León, E. y Couttolenc, L. M. I. (2002). Control de la diabetes mellitus tipo 2. El índice de hiperglucemia como indicador. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40 (4), 281-284.

González – Celis, A. L. M., Trón, A. R. y Chávez, B. M. (2009). *Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México.* México: UNAM-FES-Iztacala.

González-Celis, R. A. L. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En A. L. González-Celis, R. (Ed.) *Evaluación en Psicogerontología*. México: Manual Moderno.

González, D., Ronal, A., Núñez, R. L. M., Hernández, P. O. y Betancourt, N. M. (2005). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Archivo Médico de Camagüey*, 9 (4), s/p.

González, J. (2005). *Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. México: Costa-Amic.

González, V. C., García, M., y Ramírez, F. (2009). Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar*. Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, 17 (2), 69-78.*

Gordon, P.A. y Benishek, L.A. (1996) The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1 (3), 299-307.

Grassi, E. (1998). La Familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica familiar y cambios de orden social. En M. R. Neufeld, (Ed.), *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires. Eudeba, pp. 101-126.

Grau, J. (1996). Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. *Revista Chilena de Psicología*, 17, 18-28.

Grey, M., Knalf, K. y McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54, 278-86.

Guevara, M. y Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 47-55.

Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hall, S. T. (1922). *Senescence, the last half of lif*e. Nueva York: Appleton.

Hatton - Yeo, A. y Yohsako, T. (2001). *Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional, Hamburgo:* Instituto de la UNESCO para la Educación.

Hernando, M.V. I. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En *Giró J.(Ed.), Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo.* Logroño: Servicio de publicaciones Universidad de la Rioja, pp. 37-65.

Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O., y Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (1), s/p.

Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38 (5), 556-567.

International Diabetes Federation (2006). *Guía global para la diabetes tipo 2*. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes.

International Federation of Diabetes. *Diabetes Atlas*, 5 th edition, 2012. Recuperado de: http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012

Izal-Fernández, M. y Montorio-Cerrato, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: Peña T. J. Editor. *Del Ser. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Proas, pp. 201-222.

Kanfl, K.A. y Gilliss, C.L., (2002). Families and chronic illness: a synthesis of current research. *Journal of Family Nursing*, 8, 178-98.

Kirsten von Sydow, P., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials, *Family Process*, 49(4), p. 477.

Kliewer, S. y Saultz, J. (2006). *Health care and spirituality*. United Kingdom: Radcliffe.

Koenig, H. (2001). *The healing power of faith*. New York: Touchstone.

Kornblit, A. (1984). *Somática familiar.* Barcelona: Gedisa.

Landázuri Ortiz, A. M., y Mercado Doménech, S. J. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habilidad interna de la vivienda. *Medio ambiente y comportamiento humano*, 5(1-2), 89-113.

Lara, L., Díaz, M., Herrera, E. y Silveira, P. (2001). Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17 (2), 107-111.

Latorre, P. y Beneit, M. (1994). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.

Lauro B. I., Jiménez, C. L., y Silva, A. L. C. (2000). Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. *Revista Cubana Salud Pública*, 26 (1), 12-16.

León, M. Araujo, G. y Linos, Z. (2012). Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social,* 1, 74-79.

León, O. G. y Montero, I. (2002). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación.* Madrid: McGraw-Hill.

Letelier, C., Núñez, D. y Rey, R. (2011). Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad. *Psykhe*, 2, 115-130.

Levi L. y Anderson L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida.* México: Manual Moderno.

Levin, J. (2001). God, faith and health. Exploring the spirituality-healing connection. of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55, 208-212.

Linares, J. L., Pubill, M. J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.

Linares, J. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada.* Barcelona: Paidós.

López, D. M., López, V. M., Ruiz, M. E., López, J. H. y Escobar, A. N. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica del Seguro Social*, *42* (4), 281-4.

López, F. (2010): ¿Por qué los afectos y la sexualidad en la vejez son asuntos tan importantes?. En L. Félix (Ed.), *La sexualidad y el afecto en la vejez*. Madrid: Pirámide.

López, G., Orueta S. R., Gómez-Caro, S., Sánchez O. A., Carmona M. J., y Alonso M. F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2 (7), 332-339.

López, J. (2005): *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

López, L. S. y Escudero, C.V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Alcalá: CCS.

Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M. y Cigarán, M. (2009). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Encuentro.

Losada, B. A. y Montorio, C. I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 40 (3), 30-39.

Lund, M. (2005). Take Care. *Geriatric Nursing*, 26 (3), 152-153.

Machado, A. Anarte, M. y Ruiz, M. (2012). Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clínica y Salud,* 1, 35-47.

Manrique-Espinoza, B., Salinas A. y Moreno, K. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55, 323-332.

Markides, K.S. & Lee, D.J. (1990). Predictors of well-being and functioning in older Mexicans Americans and Anglos: An eight-year follow-up. *Journal of Gerontology*, 45, 69-73.

Martínez, B. y Torres, L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente. *Psicología y Salud*, 17, 229-240.

Mata, M., Roset, M., Badía, X., Antoñanzas, F. y Ragel, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31, 493-499.

Mattarazo, J. D. (1983). Behavioral health: Challenge to academia, scientific and profesional psychology. *American Psicologist*, 37, 1-14.

Maturana, H. (1995). *La realidad: ¿Objetiva o Construida? Fundamentos biológicos de la realidad*. México: Anthropos.

McCubbin, H., & McCubbin,M. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relation,* 37, 247-254.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2005). *Genograma en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Meléndez, M. (1998). Apoyo familiar y tercera edad. *Psicogerontología*, 2, 58-62.

Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *58*(2), pp.74-82.

Méndez-López, D.M., Gómez-López, V.M. y Navarrete-Escobar, A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 42 (4), 281-284.

Menéndez, M. M. C. y Brochier, K. R. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos,* 10 (1), 179-192.

Mercado, S. J. (1998). La vivienda: Una perspectiva psicológica. En J. Guevara, A. M. Landázuri y A. Terán (Eds.), *Estudios de Psicología Ambiental en América Latina*. México: BUAP-UNAM-CONACyT, pp. 141-153.

Miguel, T., J., Cano, V., A., Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología,* 10, 199-216.

Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. Nichols, M. P. y Lee, W. (2011). *Evaluación de Familias y parejas. Del síntoma al sistema.* México: Paidós.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (2001). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

Minuchin, S., Rosman, B.l., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University.

Molina, C. y Meléndez, J. C. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42, 276-284.

Molina, L. J. M., Sánchez, H. M. P. y Uribe, R. A. F. (2006). El síndrome de Burnout en Gerontología. En R. Rubio (Eds.). *Avances y nuevas investigaciones en Gerontología*. Granada: Universidad de Granada, pp. 24-43.

Montalvo, J. (2009). *Terapia Familiar Breve*. México: Trillas.

Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población,* pp. 97-116.

Montesinos L. (199). Desafíos para la psicología de la salud en el ocaso del siglo XX. *Suma Psicológica*, 6(2), 147-159.

Montorio C. I., Izal F. T. M., López L. A. y Sánchez C. M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, *14* (2), 229-248.

Montorio, C. I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Intervención Psicosocial,* 16 (1), 43-54.

Montorio, I., Díaz-Veiga, P. e Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Geriatría y Gerontología*, 3, 157-68.

Morales, M. y Bravo, I. (2006). El ocio terapéutico. En *Giró J.(Ed.), Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo.* Logroño: Servicio de publicaciones Universidad de la Rioja, pp. 133-155.

Morin, E. (2004). *El Método, Tomo* 6. *La Ética*. Paris: Seuil.

Munnichs, J.M. (1966). A short history of psycologerontology. *Human Development*, 9, 230-245.

Muñoz, O., García, P. C. y Durán, L. (Eds.) (2004). *La salud del adulto mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Murueta, M. (2009). Familia y proyecto social en la teoría de la praxis. En M. Murueta, y M. Osorio (Eds.), *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI.

Mussi, C. (2004). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Paraninfo.

National Diabetes Education Program (2014). *Cuidado de los adultos en edad avanzada.* Chile.

Navarro, G. J. (1992). *Técnicas y programas en Terapia Familiar.* Barcelona: Paidós.

Navarro, G. J. (2004). *Enfermedad y Familia*. Barcelona: Paidós.

Navarro, G. J. y Beyebach, M. (1995). *Avances en Terapia Familiar Sistémica.* Barcelona: Paidós.

Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R. y Zapata, D. (2006). La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. *Revista Venezolana de Oncología*, 18 (1), 28-37.

Neugarten, Bernice. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.

Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., Schmid, C.H. y Engelgau, M.M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care,* 25, 1159–1171.

Organización Mundial de la Salud (2015). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, salud, y actividad física. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1984). *Aplicaciones en la epidemiología al estudio de los ancianos*. Serie de informes técnicos (Núm. 706). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus. Ginebra: OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud, 1991. Informe OMS/DBO/DM 91-1.

Ortiz, G. M. T. (s/f). La Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integr*al, 15(4), 439-445.

Ostwald, S. K., Hepburn, K. W. y Burns, T. (2003). Training family caregivers of patients with dementia: a structures workshop approach. *Journal of Americans Geriatrics Society*, 29 (1), 37-44.

Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de Población*, 45, 9-27.

Peisah, C. (2006). Practical application of family and system theory in old age psychiatry: three case reports. *International Psychogeriatrics*,18 (2), 345-53.

Pérez, S. L., Mercado, R. M. X. y Espinosa, P. I. M. (2011). Percepción familiar de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala,* 14 (4), 268-294.

Persini, S. (2011). *Valoración desde la perspectiva de los usuarios, un dispositivo de Psicoeducación en diabetes elaborado e implementado en el Centro de Salud No. 10 "Barrio Esperanza" . San Martín - Buenos Aires.* (Tesis de maestría). http://www.famg.com.ar/documentos/Tesis_sebastian.peresin.pdf

Pimentel, J. J. A., Sanhueza, A. O., Gutiérrez, V. J. M., & Gallegos, C.E. C. (2014). Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. *Ciencia y enfermería*, *20*(3), 59-68.

Pineda, N. Bermúdez, V. Cano, C. Ambard, M. Mengual, E. Medina, M. Leal, E. Martínez, E. y Cano, R. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 1, (s/p).

Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 577-95.

Quintanar, M. (2003). Envejecimiento común y exitoso. *Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología,* 3 (1), s/p.

Ramos del Rio, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud.* México: UNAM-Purrúa.

Reigal, R.E. y Videra, A. (2013). Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 13 (49), 107-120.

Revilla, L. (1993). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma.

Rhee, M.K., Cook, C.B., EL-Kebi, I., Lyles, R.H., Dunbar, V.G., Panayioto, R.M., *et al*. (2005). Barriers to diabetes education in urban patients: perceptions, patterns, and associated factors. *The Diabetes Educator*, 31(3), 410-417.

Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores. *Salud Mental*, 28, 6.

Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136.

Rizo, E. (2007). Tercera edad: Diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en un nueva Ética Social. *Revista Kairos*, 11 (20), 1-14.

Robles, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*. México: El Colegio de México, 561-585.

Robles, S. L., Mercado, M. F. J., Ramos, H. I.M., Alcantara, H. E., y Moreno, L. N. C. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos condiabetes en una zona marginal de Guadalajara, *Salud Publica*, 37 (3), 187-196.

Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology*, 47, 373-384.

Rodríguez U., A. F., Valderrama O. L. J., y Molina L. J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25 (1), 246-258.

Rodríguez, M. y Guerrero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*, 39, 44-47.

Rodríguez, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*, 1, 5-42.

Romero-Márquez, R.S., Díaz-Veja, G. y Romero-Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 4*9 (2), 125-136.

Rowe, J. y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.

Rubin, R. (2000). Psychotherapy and counselling in diabetes mellitus. En F. Snoek & T. Chas Skinner (Eds.), *Psychology in Diabetes Care* (pp. 235-263). London: Wiley.

Rubio, Ll. R. y López, V. R. (2003). *El papel de los familiares y de los profesionales de la salud en la Diabetes, estudio llevado a cabo en el Hospital Ramón y Cajal con la participación del Servicio de Endocrinología y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid*. Disponible en URL: http://www.diabetes.bayer.es/user/ediarticulos17.htm

Salvarezza, L. (1998). *La Vejez, una mirada gerontológica actual.* Buenos Aires: Paidós.

Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, A.L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (Ed.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.

Sánchez-Sosa, J. J., y González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En E. L. Reynoso y N. I. Seligson (Eds). *Psicología y Salud*. (pp.191-218). México: Facultad de Psicología – UNAM-CONACyT.

Sánchez, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la planeación gerontológica. *Revista de Geografía Norte Grande*, (38), 45-61.

Sánchez, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio.

Satir, V. (1995).*Terapia Familiar paso a paso.* México: Pax.

Schadewaldt, H. (1975). *Historia de la diabetes mellitus*. Alemania: Farbwerke Hoechst AG.

Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contra paradoja*. Barcelona: Paidós.

Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

SENADIS – CECH – UCSH. (2010). *Rampas y Barreras: hacia una cultura de la inclusión de las personas con discapacidad.* Santiago: Andros.

Shaw, J.E., Sicree, R. A. y Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Resultados Clinico- Practicos,* 87, 4–14.

Simon, F. B., Stierlin, H. y Wynne, L. C. (2002). *Vocabulario de Terapia Familia*. Barcelona: Gedisa.

Sluzki, C. E. (1995). De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En D. Najmanovich (Ed.) *El lenguaje de los vínculos, hacia el fortalecimiento de la sociedad civil*. (114-123). Buenos Aires: Paidós.

Sluzki, C. E. (1996). La red social proporciones generales. En C. Sluzki (Eds.), *La red social: frontera de la práctica sistémica*. (37-61). España: Gedisa.

Speck, R.V. y Atteave, C.L. (2000). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.

Tejada, M., Pastor, M. y Gutiérrez, S. (2006). Efectividad de un programa educativo en el control del enfermo con diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 48-53.

Triado, T. C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos educativos*, 4, 119-133.

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

Urbano, C. A. y Yuni, J. A. (2005). *Educación de adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones.* Argentina: Brujas.

Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. y González, L. (2006). Communication: Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. 26 th. International Congress of Applied Psychology. Atenas (Grecia).

Uribe, A., Padilla, C., y Ramírez, V. (2004) Intervención cognitivo conductual para la calidad de vida en viejos institucionalizados. *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología: Geriatrika,* 20, 145-149.

Uribe, Z.P. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas.* México: Secretaría de Salud.

Valle Coronado Vázquez, López, G. L. M., Martín, R. E., Real, I, J. M., Sánchez, O. M. y Silveira, G. C. (2011). Evaluación en resultados de salud del proceso diabetes tipo 2. *Atención primaria*, 43 (3), 127-133.

Vasallo, C. y Sellanes, M. (2000). *La salud en la tercera edad.* Argentina: Secretaría de Tercera Edad y Acción Social.

Vázquez-Honorato, L. A. y Salazar-Martínez, B. L. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues,* 2 (2), 57-70.

Vella, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecer con una perspectiva positiva. *Salud Pública de México*, 38 (6), 513-522.

Verdugo, A. M. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Menta*l, 25 (4), 68-77.

Verdugo, A.M.A. (2008). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En The concept of quality of life in human sewices: a handbook for human sewicw practitioners. En prensa Universidad de Salamanca.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Watzlawick, P., Beavin, H. J., y Jackson, D. D. (1981) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Weihs, K., Fisher, L., Baird, M. (2002). Families, Health and Behavior: A Section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. *Family Systems & Health*, 20, 7-46.

White, M. y Eptson, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wiener, J., Hanley, R., Clark, R. y Van Nostrand, J. (1990). Measuring the activities of daily living. Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology*, 45 (6), 229-237.

Wittezaele, J.J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales.* Barcelona: Herder.

Yurss en Barrera Ortiz, L., Camargo, L., Figueroa I. P., Pinto, A, N. y Sánchez H. B. (2006). Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 6, 22-33.

Zabalegui, Y. A., Juandó, P. C., Sáenz, O. H. A., Ramírez Ll. A. M., Pulpón, C. A., López R. L., et al. (2007). Los cuidadores informales en España. Perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería*, 30, 33-8.

Zarebski G. (2005) *Psicogerontología: Hacia un Buen Envejecer.* Buenos Aires: Universidad Maimónides.

Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos. ¿Padre de mis padres?.* Buenos Aires: Paidós.

Zarit, S. H., Bottigi, K., & Gaugler, J. E. (2007). Stress and caregivers. En Fink Get et al. (eds.). *Encyclopedia of Stress*. (416- 418). San Diego, CA: Academic Press.

Zarit, S.H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-654.

Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 19, pp.23-41.

Zimmet, P., Alberti K.G., & Shaw, J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature,* 4(14), 782-787.

Zúñiga-González, S. e Islas-Andrade, S. (2000). Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 38 (3),187-191.

Apéndices

Apéndice 1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN: Este formato recopila información, en relación al AM y su FAM necesaria para estar en contacto con cada uno de ustedes.

Ficha de identificación			
Familia:			
Nombre del AM con DM2:			
Edad:	**Fecha de nacimiento**	**Género: Masculino / Femenino**	**Estado Civil:**
Lugar de origen del AM:			
Dirección (Calle, número, colonia, código postal):			**Teléfono (fijo de casa) y Teléfono celular:**
Personas con las que vive el AM con DM2 y relación o parentesco:			
Nivel de Escolaridad del AM con DM2:			
Nivel de Escolaridad de las personas que viven con el AM con DM2:			
Ocupación actual del AM con DM2:			
Ocupación actual de las personas que viven con el AM con DM2:			
Tipo de Empleo (seleccione solo una opción): **3. Ocasional** **4. Permanente** **5. Sin empleo**			
Tiempo dedicado a este empleo: **6. Tiempo completo** **7. Medio tiempo** **8. Horas** **9. Otro**			
Ingreso mensual familiar (Últimos 6 meses)			
Observaciones extras:			

Apéndice 2.- CUESTIONARIO DE PRE-SELECCIÓN: Con este formato conoceremos las razones e intenciones de tener este tipo de tratamiento, por lo cual si todos los puntos tienen respuestas afirmativas exceptuando el numero 4, podemos saber que la familia y el AM son candidatos para este tipo de intervención.

Cuestionario de Preselección:	SÍ	NO
1. La razón por la que se contempla la ayuda es por el padecimiento diabético de su familiar AM		
2. Su familiar con DM2 es mayor de 59 años		
3. Su familiar con DM2 sabe leer y escribir		
4. Su familiar con DM2 tiene alguna complicación médica que le impida participar de todos los momentos que componen la ISFC-AM		

Apéndice 3.- FORMATO PARA LA DEFINICIÓN DEL NIVEL SOCIO ECONÓMICO DEL AM: Este formato brindará información en lo relacionado al tipo de nivel de vulnerabilidad física y social en el que pudiera estar su familiar AM.

Instrucciones: Conteste en el cuadro correspondiente a las preguntas que a continuación se le formulan:	
Preguntas:	**Respuestas:**
¿Cuántos focos tiene su casa?	
¿Cuántos pares de zapatos son de su propiedad?	
¿Cuántos autos (camionetas, motocicletas, camiones) tiene su familia en total?	
¿Cuántas líneas telefónicas (incluyendo celulares) tiene en total en su casa?	
¿Cuántos aparatos eléctricos tiene en total en su casa? (esto incluye refrigerador, televisión, licuadora, tostadora, extractor de jugos, batidora, grabadora, radio, sistema de sonido, ventilador, calentador, plancha, lavadora, cafetera eléctrica, fax, video reproductor, computadora, aspiradora, interfono, podadora eléctrica, juegos electrónicos, etc.)	
¿cuántas veces ha ido al cine durante los últimos 60 días?	

INSTRUMENTO QUE DEBE CONTESTAR EL CP:

Instrucciones generales: Lea con detenimiento y antes de contestar aclare, junto con el terapeuta, cualquier duda que tenga. No conteste si algo no le queda claro.

Apéndice 4.- ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADOR

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de interrogantes relacionadas con la actividad del cuidado brindado a su familiar AM, le pedimos las conteste de manera sincera de acuerdo a la escala numérica que corresponda.

TEST DE ZARIT ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

OPCIONES
1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidado de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

INSTRUMENTOS QUE DEBE CONTESTAR EL AM:

Instrucciones generales: Le pedimos lea con detenimiento lo siguiente y cualquier duda o pregunta hágala saber al terapeuta antes de contestar los instrumentos. Cada uno se contesta de manera particular por lo cual debe leer las instrucciones individuales correspondientes.

Apéndice 5.- NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL AM

Instrucciones
Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de la calidad de su vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si usted está inseguro sobre cuál es la respuesta, elija la que considera más apropiada. Con frecuencia esta suele ser la primera respuesta que usted da a la pregunta.
Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, gustos, placeres y sus preocupaciones. Le pedimos que al responder, tome en cuenta lo que ha experimentado en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

¿Cuánto le ha preocupado su salud?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Usted debe encerrar el número que mejor describa cuanto le ha preocupado su salud en las dos últimas semanas. De esta manera si su salud le ha preocupado “completamente”, encierre el número 5. Por el contrario. Si “nada” en lo absoluto le ha preocupado su salud, encierre el número 1.

Por favor, lea cada pregunta, identifique sus sentimientos y encierre con un círculo, solo un número para cada pregunta, el que corresponda a la palabra que mejor lo describa, la que mejor se ajuste a sus sentimientos, experiencia, gustos o preocupaciones.

Ahora puede comenzar.

Las siguientes preguntas se refieren a cuanto ha experimentado ciertas situaciones en las dos últimas semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunos de estos hechos completamente, encierre con un círculo el número 5 que corresponde a la palabra “Completamente”. Si no ha tenido esa experiencia, encierre con un círculo el número 1 que corresponde a la palabra “Nada”. Si su respuesta es intermedia, elija la palabra que mejor lo describa y encierre con un círculo el número que corresponda. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

F 1.2 ¿Qué tanto le preocupa tener algún dolor o malestar?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 1.3 ¿Qué tan difícil es para usted manejar su dolor o malestar?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 1.4 ¿En qué medida siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 2.2 ¿Con que facilidad se cansa?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 3.2 ¿Tiene dificultades para dormir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 3.4 ¿Cuánto le preocupan los problemas para dormir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 4.3 ¿Qué tan positivo se siente respecto al futuro?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 4.4 ¿Qué tantos sentimientos positivos experimenta en su vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 5.3 ¿Cuánta es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 6.1 ¿Cuánto se valora a sí mismo?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 6.2 ¿Cuánta confianza tiene en sí mismo?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 7.2 ¿Cuan inhibido se siente por su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 7.3 ¿Cuánto le incomoda algún aspecto de su apariencia?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 8.2 ¿Qué tan preocupado se siente?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 8.3 ¿Cuánto interfieren en su vida diaria, los sentimientos de tristeza o depresión?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 8.4 ¿Cuánto le molesta algún sentimiento de depresión?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 10.2 ¿En qué medida tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 11.2 ¿Qué tanto necesita de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 11.3 ¿Cuánto necesita de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 11.4 ¿En qué medida depende su calidad de vida del uso de medicamento o de atención medica?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 13.1 ¿Qué tan solo se siente?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 15.2 ¿En qué medida se satisfacen sus necesidades sexuales?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 15.4 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 16.1 ¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 16.2 ¿Qué tan seguro siente el ambiente en que vive?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 16.3 ¿Cuánto le preocupa su tranquilidad y seguridad?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 17.1 ¿Qué tan confortable es el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 17.4 ¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 18.2 ¿En qué medida tiene dificultades económicas?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 18.4 ¿Cuánto le preocupa el dinero?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 19.1 ¿Con que facilidad puede obtener buena atención médica?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 21.3 ¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 22.1 ¿Qué tan saludable es el medio ambiente en el que vive?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 22.2 ¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 23.2 ¿En qué medida tiene problemas con el transporte?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 23.4 ¿Cuánto limitan su vida las dificultades con el transporte?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimenta o ha sido capaz de hacer algunas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo, las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas "Completamente", encierre el número 5. Si no ha podido hacerlas, encierre el número 1 que corresponde a "Nada". Si su respuesta es intermedia, encierre el número que mejor lo describa. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

F 2.1 ¿En qué medida tiene suficiente energía para la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 7.1 ¿En qué medida es capaz de aceptar su apariencia personal?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 10.1 ¿En qué medida es capaz de desarrollar sus actividades diarias?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 11.1 ¿Cuánto depende de los medicamentos?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 14.1 ¿En qué medida obtiene de las demás personas el apoyo que necesita?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 14.2 ¿En qué medida puede contar con sus amigos cuando los necesita?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 17.2 ¿En qué medida la calidad de su casa satisface sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 18.1 ¿En qué medida tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 20.1 ¿En qué medida dispone de la información que necesita para la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 20.2 ¿En qué medida tiene oportunidades de obtener la información que siente que necesita?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 21.1 ¿En qué medida tiene oportunidad de realizar actividades recreativas?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 21.2 ¿En qué medida es capaz de relajarse y disfrutar de la vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 23.1 ¿En qué medida dispone de medios de transporte adecuados?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Las siguiente preguntas se refieren que tan satisfecho o contento se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida qué tan satisfecho o insatisfecho esta con cada aspecto de su vida y encierre el número que mejor describa como se siente. Por favor recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

G 2 ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de su vida?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

G 3 ¿En general, que tan satisfecho está con su vida?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

G 4 ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 2.3 ¿Qué tan satisfecho esta con la energía que tiene?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 3.3 ¿Qué tan satisfecho esta con su sueño?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 5.2 ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad para aprender nueva información?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 5.4 ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad para tomar decisiones?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 6.3 ¿Qué tan satisfecho esta consigo mismo?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 6.4 ¿Qué tan satisfecho esta con sus habilidades?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 7.4 ¿Qué tan satisfecho esta con su apariencia personal?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 10.3 ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 13.3 ¿Qué tan satisfecho esta con sus relaciones personales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

G 1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

F 15.1 ¿Cómo calificaría la vida sexual que lleva?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

F 3.1 ¿Cómo calificaría la forma en que duerme?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

F 5.1 ¿Cómo calificaría su memoria?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

F 19.2 ¿Cómo calificaría la calidad de los servicios de asistencia social que tiene a su disposición?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha sentido o experimentado alguna situación, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si alguna de estas situaciones "Nunca" las ha experimentado, encierre el número 1. Por el contrario, si las ha sentido, piense con qué frecuencia las ha experimentado y encierre el número que mejor lo describa. Por ejemplo, si ha sentido dolor todo el tiempo, en las dos últimas semanas, encierre el número 5 que corresponde a la palabra "Siempre". Recuerde, por favor, que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

F 1.1 ¿Con que frecuencia sufre dolor físico?

Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
1	2	3	4	5

F 4.2 ¿Generalmente, se siente contento?

Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
1	2	3	4	5

F 8.1 ¿Con que frecuente tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. "Trabajo" significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo, pagado o no pagado. Por tanto, "trabajo" tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

F 12.1 ¿Cuánto es capaz de trabajar?

Nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 12.2 ¿Qué tan capaz se siente para realizar su trabajo?

Nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 12.4 ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad de trabajo?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F 12.3 ¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la capacidad de desplazarse o de movilidad en las dos últimas semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse y poder hacer las cosas que quiere o necesita. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las dos últimas semanas.

F 9.1 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 9.3 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 9.4 ¿En qué medida afecta su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 9.2 ¿Qué tan satisfecho esta con su capacidad para desplazarse?

Muy satisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y como afectan su calidad de vida, así como su religión, espiritualidad y otras creencias personales que usted pueda tener.

F 24.1 ¿En qué medida sus creencias personales dan sentido a su vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 24.2 ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F 24.3 ¿En qué medida sus creencias personales, le dan fuerza para enfrentar las dificultades?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

¿Le ayudo alguien a usted a llenar esta forma?

_____

¿Quién?

_____

¿Cuánto tiempo le tomo completar esta forma?_____

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación?_____

GRACIAS POR SU AYUDA

Apéndice 6.- AUTOEFICACIA DE ACTIVIDADES COTIDIANAS QUE REALIZA EL AM

Instrucciones: A continuación se presentan seis tipos de actividades cotidianas, le voy a pedir conteste Sí o NO según se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana.

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Completamente seguro de hacerlo	Bastante seguro de hacerlo	Moderadamente seguro de hacerlo	Poco seguro de hacerlo	Nada seguro de hacerlo	
Preparar sus alimentos	100	75	50	25	0	
Asear su habitación	100	75	50	25	0	
Quehaceres domésticos	100	75	50	25	0	
Lavar su ropa	100	75	50	25	0	
Planchar su ropa	100	75	50	25	0	
Ir de compras	100	75	50	25	0	
ACTIVIDADES MENTALES	**Completamente seguro de hacerlo**	**Bastante seguro de hacerlo**	**Moderadamente seguro de hacerlo**	**Poco seguro de hacerlo**	**Nada seguro de hacerlo**	
Leer	100	75	50	25	0	
Ver la televisión	100	75	50	25	0	
Pintar, dibujar o iluminar	100	75	50	25	0	
Jugar juegos de mesa	100	75	50	25	0	
Resolver juegos de pasatiempos	100	75	50	25	0	
Armar rompecabezas	100	75	50	25	0	
ACTIVIDADES Físicas	**Completamente seguro de hacerlo**	**Bastante seguro de hacerlo**	**Moderadamente seguro de hacerlo**	**Poco seguro de hacerlo**	**Nada seguro de hacerlo**	
Correr o trotar	100	75	50	25	0	
Nadar	100	75	50	25	0	

Hacer ejercicio	100	75	50	25	0	
Hacer aerobics	100	75	50	25	0	
Bailar o cantar	100	75	50	25	0	
ACTIVIDADES SOCIALES	**Completamente seguro de hacerlo**	**Bastante seguro de hacerlo**	**Moderadamente seguro de hacerlo**	**Poco seguro de hacerlo**	**Nada seguro de hacerlo**	
Visitar amigos	100	75	50	25	0	
Visitar familiares	100	75	50	25	0	
Platicar con familiares o amigos	100	75	50	25	0	
Convivir con gente de mi edad	100	75	50	25	0	
Platicar con vecinos	100	75	50	25	0	
Hablar por teléfono con amigos o familiares	100	75	50	25	0	
ACTIVIDADES DE PROTECCION A LA SALUD	**Completamente seguro de hacerlo**	**Bastante seguro de hacerlo**	**Moderadamente seguro de hacerlo**	**Poco seguro de hacerlo**	**Nada seguro de hacerlo**	
Tomar medicamentos	100	75	50	25	0	
Visitar al médico o ir al hospital	100	75	50	25	0	
Realizar análisis médicos	100	75	50	25	0	

INSTRUMENTOS QUE DEBE CONTESTAR LA FAM

Instrucciones generales: Lea con detenimiento y antes de contestar aclaren, junto con el terapeuta, cualquier duda que tenga. No conteste si algo no le queda claro.

Apéndice 7.- Escala de Funcionamiento Familiar

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados que describen la manera como se relacionan los miembros de la familia, por favor marque con una cruz el número que mejor describa su relación.

1 Nunca	**2 Casi nunca**	**3 Algunas veces**	**4 Frecuentemente**	**5 Siempre**				
1. En mi familia es mejor quedarse callado que decir lo que pensamos					**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2.En mi familia, los padres son figuras de respeto					1	2	3	4	**5**
3. En mi familia se platican cosas entre hermanos					1	2	3	4	**5**
4. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos					1	2	3	4	**5**

5. En mi familia se dice una cosa y se hace otra	1	2	3	4	**5**
6. En mi familia, se respeta el espacio de cada cual	1	2	3	4	**5**
7. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad se quiere se haga otra	1	2	3	4	**5**
8. Existe claridad en las reglas y normas que rigen a mi familia	1	2	3	4	**5**
9. En la toma de decisiones familiares, participamos padres e hijos	1	2	3	4	**5**
10. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas	1	2	3	4	**5**
11. Los integrantes de mi familia, mostramos desinterés por los demás	1	2	3	4	**5**
12. En mi familia hay una pérdida de respeto entre padres e hijos	1	2	3	4	**5**
13. Mi pareja y yo estamos unidos	1	2	3	4	**5**
14. Los miembros de mi familia tenemos la libertad de decir lo que nos agrada y nos molesta de los demás	1	2	3	4	**5**
15.Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros	1	2	3	4	**5**
16. En mi familia, nos gusta pasar tiempo juntos	1	2	3	4	**5**
17. A los miembros de mi familia, nos desagrada convivir con otras personas ajenas a nuestra familia	1	2	3	4	**5**
18. Mi pareja y yo evitamos discutir delante de nuestros hijos	1	2	3	4	**5**
19. En mi familia, nadie sigue la disciplina establecida por los papás	1	2	3	4	**5**
20. En mi familia, los límites y reglas son poco claros	1	2	3	4	**5**
21. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agradará a los demás, ayudarnos en alguna tarea, hacer algo que otro nos solicite, etc.)	1	2	3	4	**5**
22. A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos	1	2	3	4	**5**
23. En mi familia se permite pasar una noche fuera de casa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

24. Entre mi pareja y yo, existe un ambiente de armonía y respeto	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25. En mi familia NO se expresan los sentimientos por temor a la burla de los demás	1	2	3	4	**5**
26. Asisto a las reuniones familiares por obligación	1	2	3	4	**5**
27. Mi pareja y yo estamos distanciados	1	2	3	4	**5**
28. En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas, etc.)	1	2	3	4	**5**
29. Ante los eventos adversos, la lealtad predomina entre los miembros de mi familia	1	2	3	4	**5**
30. En mi casa, la familia NO es importante	1	2	3	4	**5**
31. En mi familia cada cual resuelve sus problemas como puede	1	2	3	4	**5**
32. En mi casa, los miembros de la familia ocultamos lo que nos desagrada de los demás	1	2	3	4	**5**
33. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo en las reglas y límites a establecer con nuestros hijos	1	2	3	4	**5**
34. En mi casa, cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño	1	2	3	4	**5**

35. Los miembros de mi familia, manifestamos entre si sentimientos diferentes a los que verdaderamente sentimos	1	2	3	4	**5**
36. En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente	1	2	3	4	**5**
37. En mi familia, tenemos presentes las fechas importantes para nosotros	1	2	3	4	**5**
38. En mi familia, preferimos NO compartir nuestros recursos con los demás	1	2	3	4	**5**
39. En mi familia, se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes	1	2	3	4	**5**
40. Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos	1	2	3	4	**5**
41. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros	1	2	3	4	**5**
42. Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa	1	2	3	4	**5**
43. En mi familia, hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo	1	2	3	4	**5**
44. En mi familia, se desconoce lo que cada uno espera del otro	1	2	3	4	**5**
45. En mi familia, nos gusta compararnos unos con los otros	**1**	**2**	**3**	**4**	5

Apéndice 8.- CUESTIONARIO "MI HISTORIA FAMILIAR"

INSTRUCCIONES: El siguiente instrumento fue tomado de la "Reseña para la elaboración del genograma" diseñada por McGoldrick y Gerson (2000). Su utilidad consiste en la recolección de datos biográficos familiares desde un enfoque multigeneracional (tres generaciones). Le pedimos que lo conteste de manera sincera, recuerde que todo dato se tratará de manera confidencial. Si lo cree necesario puede averiguar información con familiares que Usted considere le serán de ayuda. La información que nos brindará servirá solo para los fines que la evaluación familiar persigue, si no desea contestar alguna pregunta, le pedimos que lo haga saber al terapeuta a cargo.

PREGUNTAS ACERCA DEL AM

1.- ¿Qué lugar ocupa en su familia de acuerdo al orden de nacimiento?
_____

2.-¿Cuántas personas habitan hoy en día en su casa ?
_____

3.- ¿Quiénes son y qué parentesco tienen con usted?
_____

Familia de origen del AM

4.- ¿Cuál es el nombre de su madre?
_____ edad _____

5.- Ocupación de la madre:

_____

6.- Grado de estudios:

_____

7.- ¿Cuál es el nombre de su padre?

_____edad _____

8.- Ocupación del padre: _____

9.- Grado de estudios: _____

10.- ¿Cuál es la fecha en que sus padres se casaron? _____

11.-Tipo de unión: _____

12.-Estado civil actual de sus padres:

_____

12. ¿Alguno de sus padres estuvo casado, en unión libre, separado, divorciado o viudo en otro momento?

_____

13.- ¿En qué fecha?

_____

14.- ¿Cuántos hermanos tiene y qué posición ocupan cada uno de ellos? Incluya abortos, hermanos adoptivos y hermanos fallecidos:

_____

15.- De cada uno de ellos, cuál es su edad, sexo, estado civil, fechas relevantes (nacimiento, matrimonio, fallecimiento, otros que considere importantes de tomar en cuenta).

_____

16.- De cada uno de ellos mencione su ocupación, y el significado que esta ocupación (estatus) adquiere en la familia.

_____

17.- Mencione cómo es el tipo de relación que tiene con cada uno de ellos, quién se lleva mejor o peor con quién… y en caso de dificultad, de qué manera se resuelve.

_____

Para todos los que aparecen en esta familia describa hechos críticos (fechas y detalles). Los sucesos familiares críticos incluyen transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos en la familia, que adquieren relevancia de mencionar:

_____

Familia de la madre del AM

18.-¿Cuál es el nombre de su madre?

_____ edad: _____

19.- Ocupación de la madre: _____Grado de estudios: _____

20.-Lugar de origen _____

21.-Lugar de residencia: _____
22.-¿Cuál es el nombre de su padre?
_____ edad _____
23.- Ocupación del padre: _____
24.-Grado de estudios: _____
25.- ¿Cuál es la fecha en que sus padres se casaron? _____
26.-Tipo de unión: _____
27.- Estado civil actual de sus padres:
_____
28.- ¿Alguno de sus padres fue casado, unión libre, separado, divorciado o viudo en otro momento?
_____
29.- ¿En qué fecha?
_____
30.- ¿Nombre de los padres de la madre?
_____
31.-¿Cuántos hermanos tenía y que posición ocupaban? Incluya todos los abortos, y hermanos adoptivos. Incluya fechas de casamientos separaciones y divorcios de sus abuelos.
_____

32.- De cada uno de ellos, cuál es su edad, sexo, estado civil, fechas relevantes (nacimiento, matrimonio, fallecimiento, otros que considere importantes de tomar en cuanta).
_____

33.- De cada uno de ellos mencione su ocupación, y el significado que esta ocupación adquiere en la familia.
_____

34.- Mencione cómo es el tipo de relación que se tiene con cada uno de ellos, quién se lleva mejor o peor con otros… y en caso de dificultad, de qué manera la resuelven.
_____

Para todos los que aparecen en esta familia, describa hechos críticos (fechas y detalles) en la familia, que adquieren relevancia de mencionar: Los sucesos familiares críticos incluyen transformaciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos.
_____

Familia del padre del AM
35.- ¿Cuál es el nombre de su madre?
_____ edad _____
36.- Ocupación de la madre: _____
37.- Grado de estudios: _____
38.- Lugar de origen _____
39.-Lugar de residencia: _____

40.- ¿Cuál es el nombre de su padre?
_____edad _____
41.- Ocupación del padre: _____
42.-Grado de estudios: _____
43.- ¿Cuál es la fecha en que sus padres se casaron? _____
44.-Tipo de unión: _____
45.- Estado civil actual de sus padres:
_____
46.-¿Alguno de sus padres ha sido casado, en unión libre, separado, divorciado o viudo en otro momento?
_____
47.- ¿En qué fecha?_____
48.- ¿Nombre de los padres del padre? _____
_____

49.- ¿Cuántos hermanos tenía y que posición ocupaban? Incluya todos los abortos, nacimientos de fetos muertos y hermanos adoptivos. Incluya fechas de casamientos separaciones y divorcios de sus abuelos.
_____

50.- De cada uno de ellos, cuál es su edad, sexo, estado civil, fechas relevantes de cada uno de ellos (nacimiento, matrimonio, fallecimiento, otros que consideres importantes de tomar en cuanta).
_____

51.- De cada uno de ellos mencione su ocupación, y el significado que adquiere en la familia, esta ocupación.
_____

52.- Menciona cómo es el tipo de relación que se tiene con cada uno de ellos, quién se lleva mejor o peor con otros… y en caso de dificultad, de qué manera es resuelta.
_____

53.- Mencionen si existe también el diagnóstico de diabetes o de otros padecimientos crónicos que conllevan cuidados y atenciones especiales en: el papá, mamá, abuelos paternos y maternos, del AM y en otro familiar que consideren importante mencionar.
_____

54.- Desde su perspectiva, cómo considera que es vista la enfermedad en la familia.
_____

55.- Qué importancia tiene la atención y los cuidados en la familia en relación a la enfermedad:
_____

Para todos los que aparecen en esta familia describan hechos críticos (fechas y detalles) en la familia: Los sucesos familiares críticos incluyen transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos que adquieren relevancia de mencionar:

Otras personas importantes

56.- Agregue a todos aquellos que vivieron con o fueron importantes para la familia.

_____

Para todos los que aparecen en la lista o que son sus parientes cercanos indique lo siguiente:

57.- Problemas médicos, emocionales o de conducta importantes:

_____

58.- Problemas laborales:

_____

59.- Problemas de drogadicción o alcoholismo:

_____

60.-Problemas serios con la ley:

_____

Para todos los que aparecen en la lista, y familiares directos indique con quién tenía una relación:

61.- Íntima en particular:_____

62.- Distante o conflictiva:

63.- Estaban distanciados:

64.- Dependían demasiado el uno del otro:

_____

65.- Mencione, cuáles serían los valores, costumbres, hábitos, creencias, que considere que distinguen a su familia y por qué:

_____

*Recuerde llevar contestado en su totalidad este cuestionario para la segunda sesión.

Apéndice 9.- CONSENTIMIENTO INFORMADO: En este formato el AM como ustedes sus familiares, acuerdan y firman dando su consentimiento para llevar a cabo la intervención familiar.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGIA

Forma de consentimiento informado

Yo_____y mi familia otorgamos nuestro consentimiento para participar en la intervención familiar: (Firman: paciente con DM2, cuidador principal y familiares)

_____

Nos ha sido informado que el tratamiento consiste en tres etapas: de admisión – evaluación con dos sesiones, tratamiento con 6 sesiones como máximo y una sesión de seguimiento y que podemos dejar de participar en el momento en que deseemos.

Como familia participante, nos comprometemos en las tareas asignadas que estén relacionadas con el tratamiento, llenaremos todos los registros e instrumentos que se nos pidan de manera honesta y fidedigna.

De igual forma consentimos en permitir que antes y después del tratamiento, se hagan pruebas para evaluar los indicadores metabólicos de nuestro familiar AM diagnosticado con DM2.

Aunque sabemos que podemos abandonar el tratamiento en el momento que así lo deseemos, nos comprometemos a recibir la psicoterapia de corte sistémico familiar por lo menos cinco sesiones, dando la oportunidad de ver si funciona este tipo de intervención. Después de eso, si

así lo decide la familia y queremos abandonarlo, discutiremos las razones con la terapeuta antes de tomar nuestra decisión final, misma que será respetada por ella, sin embargo, cualquier información obtenida durante estas cinco sesiones no será desechada y podrá ser utilizada respetando el anonimato.

Los datos que mi familia y yo proporcionemos tendrán carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Nuestros nombres o alguna otra información que pueda identificarnos serán resguardados con los datos que se hayan proporcionado.

Tanto yo _____ (Paciente con DM2), como mi_____ (cuidador principal) y mi familia, como mi terapeuta firmaremos este consentimiento, comprometiéndonos a respetar los puntos descritos anteriormente.

Autorizamos que durante el tratamiento se pueda observar y video grabar las sesiones ya que esto es parte de la supervisión de nuestra terapeuta y proceso indispensable de la formación de nuevos terapeutas.

Persona de Contacto:

Llame a LUCIA PÉREZ SÁNCHEZ al 044 311 8478254 si usted tiene preguntas acerca de este estudio.

Nosotros le proporcionaremos una copia de esta forma de consentimiento para que se quede con ella. Si usted está dispuesto a participar de esta investigación, por favor firme abajo.

Firma y nombre del participante:

_____

Firma y nombre de cada uno de los miembros de la familia participante:

_____

Fecha: _____

Firma y nombre del investigador:

_____

Fecha: _____

Apéndice 10.- Carta descriptiva:

Intervención sistémico familiar para el cuidado del Adulto Mayor (AM) con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

(ISFC-AM)

Introducción:	Uno de los retos más comunes que las familias deben enfrentar es sin duda el momento cuando los padres en la edad adulta tardía, se convierten en frágiles y dependientes, debido a una enfermedad que requiere de su atención y cuidado especial. Los padecimientos que causan deterioro mental, físico o dolor constante (como en el caso de las enfermedades crónicas), son difíciles de sobrellevar, constituyendo un problema que requiere de respuestas adecuadas. Los hijos de padres de edad adulta tardía son lo que frecuentemente se harán cargo de su cuidado y manutención. En este momento de vida los hijos también se enfrentan a exigencias dispares de crianza de sus hijos y presiones económicas, tornando el problema aún más complejo, pero a la vez, posibilita la oportunidad para explorar nuevas formas de mediación. El siguiente trabajo propone una intervención desde la perspectiva sistémica, dirigida al cuidado y atención del AM con padecimiento diabético, en donde el foco de interés es la familia en conjunto. Esta intervención se basa teóricamente en dos modelos: el estructural de Minuchin y el de la narrativa de White y Epson. Tiene como propósito mejorar la calidad de vida del AM, así como disminuir el desgaste del CP y establecer cambios más funcionales visibles en la configuración familiar.
Características de los participantes:	• Adulto Mayor (AM) • Cuidador primario: (CP)cónyuge o familiar (identificado por la propia familia) que lleva la responsabilidad principal del cuidado y atención del AM con DM2. • Familia: (FAM) Dos miembros de la familia que sean designados por ella misma (que no hayan sido identificados como CP), para participar en la ISFC-AM
Participantes en cada sesión	• AM • CP • FAM
Responsable de cada sesión	• Terapeuta familiar sistémico
Duración de las sesiones	• Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos *Excepto la sesión 6 dividida en dos momentos, cada uno con una duración de 90 minutos.

Primer Etapa: Admisión y Evaluación				
No. y Denominación de la Sesión	Objetivo	Objetivos específicos	Metas/indicadores	Técnicas y actividades
1 **Admisión de la familia**	Recoger información general del AM, el CP, y la FAM, que los hace o no candidatos para el tratamiento. Establecer un encuadre que involucre las responsabilidades y compromisos por cada participante y el terapeuta, para llevar cada una de las actividades del tratamiento.	• Determinar si la familia es candidata o no para el tratamiento. • Explicar y acordar de manera detallada en qué consiste el tratamiento: ISFC-AM. • Leer y firmar carta consentimiento. • Explicar el grado de responsabilidad y compromiso que asume cada participante. • Describir la responsabilidad y compromiso del terapeuta a cargo. • Explicar de manera clara y exacta sobre número de sesiones y duración de tratamiento • Acordar el día, horario, lugar y duración de cada sesión. • Solicitar al AM para la siguiente sesión traer exámenes clínicos para revisión de indicadores metabólicos • Llenar fichas y formularios de identificación	Al final de la sesión se contará con el consentimiento informado firmado por los participantes que formaran parte del tratamiento.	• Entrevista • Encuadre
2 **Radiografía de mi familia (evaluación)**	Recolectar datos generales y evaluación de la familia en relación a: • Estatus socioeconómico. • Historia natural de la enfermedad. • Evaluación biométrica de los indicadores metabólicos del AM realizado por el médico familiar del AM y solicitada en la sesión de inicio esta información a la familia. • Calidad de vida del AM • Autoeficacia en el AM.	Aplicar instrumentos a cada participante para evaluar de manera específica:	Al final de esta sesión se contará con información para tener un diagnóstico inicial en relación a cada participante lo siguiente:	• Entrevista, • Evaluación • y elaboración de Genograma

	• Evaluación del desgaste del CP • Estructura y funcionamiento FAM Explicar el uso de los auto registros a cada participante.	AM • Historia natural de la enfermedad, • Autoeficacia • Calidad de vida • Revisar los indicadores metabólicos previamente solicitados a la familia de: ○ hemoglobina glucosada (HBA1c) ○ colesterol ○ triglicéridos ○ presión arterial CP: • carga del CP. FAM, CP Y AM: • Configuración familiar.	Con el AM: • Estadio clínico de la enfermedad y el grado de control. • Grado de autoeficacia para llevar a cabo actividades cotidianas • Nivel de calidad de vida • Línea base de indicadores metabólicos Con el CP: • Desgaste en el cuidado Con la FAM, CP Y AM: • Ambiente familiar, cohesión familiar, reglas familiares, manejo del conflicto, expresión de sentimientos. • Estructura familiar, límites, alianzas, coaliciones, triangulación, ciclo de vida familiar, pauta relacional y vincular.	
Segunda Etapa: Intervención				
No. y Denominación de la Sesión	Objetivo	Objetivos específicos	Metas / indicadores	Técnicas

3 **Cuidado y Autocuidado**	Con el AM: Modificar los patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el deterioro por la enfermedad crónica. Con el CP: Modificar patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el desgaste por el cuidado proporcionado al AM.	Con el AM: • Informar las actividades de autocuidado que deberá desarrollar, fortalecer y potenciar. • Hacer el compromiso de llevar a cabo actividades de protección a la salud: dieta, ejercicio, controles metabólicos, medicación y consultas con médico. Con el CP: • Informar las actividades de auto cuidado que deberá desarrollar, fortalecer y potenciar para aminorar o prevenir el desgaste del cuidado. • Llevar a cabo actividades enfocadas a su cuidado personal y de protección a la salud. • Elaborar y acordar agenda de actividades compartidas de cuidado al AM con los dos familiares involucrados en el tratamiento.	Que el AM • Indique entender como deberá monitorear su auto cuidado a través de reportes de auto registro y además asuma la importancia para su bienestar general y el de su familia en conjunto el compromiso de llevarlos a cabo. Que el CP: • Asentar a través de los reportes de auto registro de manera positiva la ejecución de actividades enfocadas a su cuidado personal y de protección a su salud. • Cumplimiento de la agenda acordada.	• Mejorar mis hábitos y conductas no saludables.

	Con la FAM: Modificar patrones de comportamiento para que exista mejor y equitativo cuidado del AM.	Con LA FAM: • Informar las actividades de cuidado que deberán desarrollar, fortalecer y potenciar para ayudar en el cuidado del AM. • Llevar a cabo agenda de actividades compartidas en lo individual o en conjunto para compartir el cuidado.	Que la FAM: • Indique a través de reportes de auto registro las actividades realizadas en el cuidado del AM. • Cumplimiento de la agenda acordada	
4 **La comunicación familiar**	Establecer de manera específica formas comunicativas funcionales, que impactan de manera directa en el mejor cuidado y atención del AM, que ayuden a contrarrestar el desgaste del CP, así como generen la posibilidad de que la familia se involucre de manera adecuada en el cuidado del AM.	En el AM: • Contribuir con modos de comunicación clara y explícita al desarrollo de la autoeficia.		• Estilos de comunicación familiar funcional. La técnica consiste en auto observación y registro de las formas que cada uno de los miembros emplea para comunicarse entre si

		Con el CP: • Contribuir con modos de comunicación clara y explícita que ayude a disminuir el desgaste del cuidado. Con la Familia: • Contribuir con modos de comunicación clara y explícita a desarrollar formas adecuadas de involucramiento en la aportación de ayuda en el cuidado y atención del AM.	El AM • Indicará a través de los 4 auto registros de auto cuidado, la satisfacción o insatisfacción, que tiene en el relación al desarrollo de su auto eficacia, al registrar las metas semanales. El CP • Asentará a través de auto registros de auto cuidado, el monitoreo de la expresión y escucha que hará de sus necesidades y acuerdos así como de la satisfacción que de ellos tenga y que impacta de manera importante en aminorar el desgaste del cuidado. La FAM: • Realizará a través de los 3 auto registros de auto cuidado , el monitoreo que haga de la expresión y escucha realizada de sus propias necesidades, así como de los acuerdos tomados y de las satisfacción que se tenga de ellos al contribuir de manera positiva en la ayuda proporcionada en el cuidado y atención de su familiar AM.	sobre sus necesidades y cualquier aspecto relacionado con la enfermedad.

5 **Recursos de la familia.**	Conocer y analizar de qué manera la familia ha generado recursos propios que le ayudan en el afrontamiento y resolución en las distintas crisis normativas o no normativas familiares por las que han atravesado y en las cuales han desarrollado la capacidad de proteger y asistir a sus miembros en la recuperación.		Con la FAM, el CP y el AM: • Ayudar a la familia a reconocer los acontecimientos extraordinarios de afrontamiento familiar. • Enfocar y potenciar las áreas de competencia que la familia posee. • Ayudar a la FAM, AM y CP a que den un nuevo significado en relación a la enfermedad.	El AM, el CP y la FAM, todos en conjunto elaborará un documento a manera de carta escrita sobre la enfermedad y de qué manera como familia pueden tener control sobre ella, de acuerdo a la posición, rol y función que tienen en el sistema familiar. Este documento se basa en la técnica de la carta descrita por White (1993) del hola /adiós. En el documento escrito elaborado se identificará las siguientes características en su contenido y que fueron descritas por White (1993): • Externalización: la enfermedad en contexto, es decir, de estar situada como único resposable al portdor de ella, en este caso el AM, pasará a ser un asunto que implica y concierne a toda la familia. • Eventos extraordinarios: aspectos de la familia que se convierten en singulares y que ponen de manifiesto los recursos con que cuentan. • Panorama del futuro: en el cual se expresa como será su estrategia específica para mejorar, fortalecer o potenciar los recursos con que cuentan para el auto cuidado, y cuidado del AM con DM2.	Búsqueda de los logros y lados fuertes de la familia (White, 1993; Minuchin,1990). Entrevista con interrogatorio circular (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata,1988). Preguntas del Panorama de la Acción (White y Epson, 1989). Documentos escritos: La carta del Hola / adiós
6 **Restructuración Familiar**	1era. Parte: ESTRUCTURA	Ayudar a la familia a llegar a un nivel adecuado de adaptabilidad y flexibilidad, que se verán reflejados en la capacidad que realice cambios en sus normas, reglas y roles, así como el uso conveniente de sus propios recursos, que impactará de	• Definir limites/fronteras entre subsistemas. • Establecer roles, funciones y jerarquías.		Fijación de fronteras. Desequilibramiento. Complementariedad (Minuchin, 1990).

		manera importante en el cuidado y atención del AM.		Que el AM A través de los 4 auto registros de auto cuidado, indique mayor grado de autoeficacia, en el control de su enfermedad Que el CP • A través de los 3 auto registros indique mayor autonomía reflejado en las actividades cotidianas que realiza, no focalizadas únicamente en el cuidado del AM. Que la FAM • Indiquen a través de los 3 auto registros, un grado adecuado de involucramiento en el cuidado y atención del AM así como apoyo al CP • En el caso de familias amalgamadas: Mayor grado de individualización y autonomía de sus miembros. • En el caso de familias desligadas: mayor grado de involucramiento. • Y en caso de familias con niveles adecuados de flexibilidad, facilitar y potencializar sus recursos.	
6 **Restructuración familiar**	2da. Parte: FUNCIONAMIENTO	Incidir en el grado de involucramiento afectivo y relacional de la familia, para que desarrolle un mejor balance en su nivel de unión y conexión como sistema familiar, mientras que también aprenda a mantener la individualidad y separación de cada uno de sus integrantes, lo que impactará de manera importante en el cuidado y atención del AM.	• Desactivar la polarización entre reacciones centrípetas o centrífugas (familias amalgamadas o familias desligadas) que repercute negativamente en el cuidado del AM y en el CP.		• Búsqueda de pautas relacionales y vinculares (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata,1988; Minuchin, 1990).
7 **Collage familiar**	Manifestar mediante acciones creativas, artísticas y simbólicas logros alcanzados y modificaciones mediante la intervención: ISFC-AM.		• Disipar o transformar las imágenes negativas que se tenían de la enfermedad. • Resaltar logros obtenidos durante la intervención.	Evaluar la evolución saludable de la situación abordada durante el proceso terapéutico. De manera conjunta el AM, el CP y la familia participarán en la actividad.	• Ritual curativo

		• Resaltar habilidades, destrezas o competencias adquiridas en el proceso de la intervención. • Habilitar para una posible recaída.		
8 **La Graduación.**	Evaluar la intervención: ISFC-AM.	• Aplicar la post evaluación en los 60 minutos primeros de la sesión y posteriormente se iniciará la ceremonia de graduación, en el cual el terapeuta otorga un certificado o diploma haciendo énfasis en los logros del AM y su familia.	Finalización del tratamiento	• Ceremonia / Clausura : Reconociendo el logro familiar.
Tercer Etapa: Seguimiento				
No. y Denominación de la Sesión	Objetivo:	Objetivos específicos	Metas	Técnicas
9 Primer control: Seguimiento a los 3 mes finalizada la intervención	Fortalecer logros de los participantes a través del grupo reflexivo. Es un trabajo con cada una de las familias participantes.	• Monitoreo del funcionamiento familiar, autoeficacia y desgaste de cuidador.	• Evaluar el sostenimiento de cambios logrados	• Grupo reflexivo
10 Segundo Control: Seguimiento a los seis meses terminada la intervención	El grupo reflexivo multifamiliar persigue los mismos objetivos del primer control, la diferencia radica en que en esta se conforma una comunidad familiar con las familias que estuvieron llevando la intervención: pacientes (AM) y familiares cuidadores primarios que estuvieron implicados en la intervención.	• Monitoreo del funcionamiento familiar, autoeficacia y desgaste de cuidador	• Evaluar el sostenimiento de cambios logrados	• Grupo Reflexivo

Apéndice 10ª Carta Descriptiva del Taller de Biblioterapia familiar para el control de la DM2 en AM (BIBLIOFAM)

Uno de los retos más comunes, que las familias deben enfrentar es sin duda el momento cuando los padres en la edad adulta tardía, se convierten en frágiles y dependientes, debido a una enfermedad que demanda de su atención y cuidado especial. Los padecimientos que causan deterioro mental, físico o dolor constante como en el caso de las enfermedad crónicas, son los mas difícil de sobrellevar, constituyendo un problema que requiere de respuestas adecuadas. Uno de los desafío del psicólogo que labora en el contexto gerontológico, es dar respuesta a las necesidades específicas que enfrenta el sistema familiar ante el cuidado y atención de la vejez de uno de sus miembros (Sánchez, 2000). Por ello se considera que la biblioterapia es un tratamiento psicoterapéutico de corte psicoeducativo, adecuado para brindar ayuda al AM con diabetes mellitus, al CP y a la FAM en conjunto, pues de esta manera, todos podrán estar informados sobre el manejo, cuidado y atención de un paciente diabético. y a la vez el propio AM se responsabiliza y aprende como debe ser su rol activo en el cuidado de su enfermedad crónica.

Características de los participantes:

- AM
- CP: cónyuge o familiar identificado por la propia familia como el que lleva la responsabilidad principal del cuidado y atención del AM.
- FAM: Dos miembros que sean designados por la familia y que no hayan sido previamente identificados como CP.

Participantes en cada sesión

- AM
- CP
- FAM

Responsable de cada sesión

- Terapeuta familiar sistémico

Duración de las sesiones

Las sesiones se trabajará bajo una temática especifica.
Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos, bajo la estructura de tres momentos que continuación se describen (30 min. por cada uno), basada en el aprendizaje significativo de Ausubel (1983):

1. Actividad preliminar.- el objetivo que se persigue es problematizar a los participantes en relación al tema que se revisará en esa sesión. A través de la lectura previa de la temática y con diversas estrategias.
2. Actividad de aprendizaje: el objetivo es que los participantes puedan construir en colaboración, el aprendizaje que lograron en la revisión de la temática de la sesión.
3. Actividad integradora: el objetivo de ésta, es que todos los participantes puedan explicar cómo construyeron el aprendizaje de la temática que se revisó en sesión, de manera clara y concreta. A través de recursos lúdicos y creativos.

Es importante mencionar que la temática que se abordará en las sesiones será con todos los participantes.

Primera etapa:
Admisión y Evaluación

No. y denominación de la sesión	**Técnicas y actividades**	**objetivo**	**Objetivos específicos**	**Metas e indicadores**
1 Admisión de la familia	Entrevista y encuadre	Recoger información general del AM, el CP y la FAM, sobre aspectos del padecimiento que los hace o no candidatos para el tratamiento. Establecer un encuadre que involucre las responsabilidades y compromisos por cada participante y el terapeuta, para llevar adelante cada una de las actividades del tratamiento terapéutico.	• Determinar si la familia es candidata o no para el tratamiento. • Explicar y acordar de manera detallada en qué consiste el tratamiento: **BIBLIOFAM** • Leer y firmar carta consentimiento informado. • Explicar el grado de responsabilidad y compromiso que asume cada participante. • Explicar grado de responsabilidad y compromiso del terapeuta a cargo. • Explicar de manera clara y exacta sobre número de sesiones y duración de tratamiento • Acordar el día, horario, lugar y duración de cada sesión. • Solicitar controles de indicadores metabólicos al AM, para la siguiente sesión.	Al final de la sesión se contará con el consentimiento informado firmado por los participantes y el terapeuta que formaran parte del tratamiento**.**

2 Radiografía de mi familia	• Entrevista, • Evaluación •	Recolectar datos generales y evaluación de la familia en relación a: • Estatus socioeconómico. • Evaluación biométrica de los indicadores metabólicos del AM, realizado por el médico familiar del AM. • Aspectos relacionados con la dinámica y funcionamiento familiar. • Calidad de vida del AM. • Autoeficacia en el AM. • Evaluación del desgaste del cuidador(es) principal	Entrega de material (lecturas) que se revisarán en cada temática que compone la BIBLIOFAM Aplicar instrumentos a cada participante para evaluar de manera específica: **Con el AM:** • Autoeficacia del AM, • Calidad de vida del AM • Revisar los indicadores metabólicos Previamente solicitados a la familia de: ○ hemoglobina glucosada (HBA1c) ○ colesterol ○ triglicéridos ○ presión arterial **Con el CP:** • Carga del CP. **FAM, CP Y AM**: • Estructura y funcionamiento familiar.	Al final de esta sesión se contará con información suficiente para tener un diagnóstico inicial en relación a: **Con el AM:** • Estadio clínico de la enfermedad y el grado de control que guarda el AM. • Grado de autoeficacia para llevar a cabo actividades cotidianas por parte del AM en relación a actividades recreativas, sociales y de protección de la salud de los AM. • Nivel de calidad de vida percibida por el propio AM. • Linea base de indicadores metabólicos del AM. **Con el CP:** Desgaste en el cuidado percibido por el familiar con la responsabilidad de ser el CP. **Con la FAM, CP Y AM:** Ambiente familiar, cohesión familiar, reglas familiares, manejo del conflicto, expresión de sentimientos. Estructura familiar, límites, alianzas, coaliciones, triangulación, ciclo de vida familiar, pauta relacional y vincular.

Segunda Etapa:
Intervención

No. y Denominación de la sesión	Técnica y actividades	Objetivo	Objetivos específicos	Metas e indicadores
3	Análisis en circulo de lectura familiar: Libro:	**Con el AM**: • Reconocerá patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el deterioro por la enfermedad crónica. **Con el CP**:	Conocer y administrar adecuadamente, de manera familiar la DM2 para reducir los riesgos ocasionados por complicaciones en el AM. **Con el AM:**	El AM, el CP y la FAM expondrá a través de sus impresiones de la lectura registradas en la bitácora la manera en que cada uno, puede contribuir a reducir los riegos ocasionados por complicaciones de la DM2 y el desgate del

El cuidado y autocuidado en el AM	Standl, E. (2004). Diabetes. Qué es y cómo convivir con ella. España. Herder	• Reconocerá patrones de comportamiento no saludables que pueden potenciar el desgaste por el cuidado proporcionado al AM. **Con la FAM**: • Reconocerá patrones de comportamiento para que exista mejor cuidado del AM.	• Aprender las actividades de autocuidado que deberá desarrollar, fortalecer y potencial el AM para prevenir el deterioro por la DM2. • Reflexionar en la importancia de llevar a cabo actividades de protección a la salud: dieta, ejercicio, controles metabólicos, medicación y consultas con médico. **Con el CP:** • Aprender las actividades de auto cuidado que deberá desarrollar, fortalecer y potenciar para aminorar o prevenir el desgaste del cuidado al familiar enfermo. **Con LA FAM:** • Aprender las actividades de cuidado que deberán desarrollar, fortalecer y potenciar para ayudar en el cuidado del AM.	cuidador, ya sea de manera preventiva o remedial, a través de acciones de cuidado y auto cuidado. Posterior realizarán en carta declaratoria un listado de compromisos por cada participante, para reducir los riesgos que expusieron.
Sinopsis del material que se consultará y que es el eje de análisis de la sesión	Libro: Cornachione, Ferragut, y Urritia. (2005). Guía para el cuidado del anciano con problemas. Córdoba: Brujas pp. 43 – 105	En estos tres capítulos se revisaran los procesos propios del envejecimiento; cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, unidos por un padecimiento crónico, describen los aspectos relacionados con la atención y cuidado del AM, las implicaciones que esto trae para la familia y la mejor manera para desarrollar un plan familiar de atención.		

	Libro: Standl, E. (2004). Diabetes. Qué es y cómo convivir con ella. España. Herder	Este libro se basa en la premisa que el logro de un control adecuado de la diabetes estriba en el trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud y el paciente. El libro bajo la estructura de un manual trasmite los conocimientos necesarios sobre la diabetes. El autor de manera clara responde con rapidez y eficacia dudas que el paciente y sus familia puede tener en el día a día en relación a este padecimiento.		
4 La comunicación familiar	Análisis de la película "Quédate a mi lado". Duración: 124 min.	**FAM, CP, Y AM** • Conocer las formas comunicativas funcionales, que impactan de manera directa en el mejor cuidado y atención del AM, que ayuden a contrarrestar el desgaste del CP, así como generen la posibilidad de que la familia se involucre de manera adecuada en el cuidado del AM	**FAM, CP, Y AM** • Reconocer los estilos de comunicación adecuados para el cuidado y atención del AM con DM2.	En equipo la familia contestará la siguientes preguntas y al final elaborará una reflexión sobre la propia comunicación familiar: ¿Cuál es la función de los límites de la familia? ¿Cuáles son los tipos de comunicación y cuando la comunicación se vuelve caótica? ¿Cuáles son los niveles de comunicación familiar y cuándo se dice que falla?
Sinopsis de material que se consultará y que es el eje de análisis de la sesión	En la película "Quédate a mi lado" se podrían analizar claramente los diferentes conflictos que debe atravesar una familia cuyo núcleo se ve afectado además por un divorcio, por el padecimiento de una enfermedad crónica. El padre intenta integrar a un nuevo miembro a la vida de sus hijos, los cuales se muestran a la defensiva al adoptar la postura negativa de su madre mientras que lo único que todos están buscando es construir un nuevo sistema familiar tangible y armónico. Principalmente lo que se analizará serán los estilos de comunicación que recrea la familia.			
5 Recursos de la familia	Lectura del articulo de revista, sobre el tema: Borges, Ch. Z. y Silva, F. (2010). Promoción de la esperanza y	**FAM, CP, Y AM** • Conocer y analizar de qué manera la familia ha generado recursos propios que le ayudan en el afrontamiento y resolución en las distintas crisis familiares por las que han atravesado y en las cuales han desarrollado la capacidad de proteger y asistir a sus miembros en la recuperación.	**FAM, CP, Y AM** • Reconocer los modos particulares que como familia han desarrollado y que dan significado al afrontamiento familiar y que repercute ante la enfermedad del AM.	Posterior a la lectura y exposición, en equipo elaborarán un mapa mental, en el que describa de manera particular los recursos de su familia ante diverso momentos críticos que como conjunto han vivido. Haciendo énfasis en: • Fortalezas familiares • Valores familiares

	resiliencia familiar: Prácticas apreciativas. I*nvestigación. Educativa en enfermería*, 28 (2), 250-257 . Reflexiones sobre la película "Quédate a mi lado" vista en la sesión de comunicación familiar. Exposición de la temática por parte del experto a manera de moderador en mesa de discusión (corrillo)			• Creencias familiares
Sinopsis del material que se revisará y que es el eje de análisis de la sesión	Revisión de tema en el que se describen experiencias de evaluación e intervención familiar, enfatizando la celebración de competencias y el potencial creativo de las familias, con vistas a un cambio más positivo de sus fuerzas, virtudes y habilidades.			
6 Restructuración familiar	Análisis en circulo de lectura familiar de la película:	**FAM, CP, Y AM** • Conocer el nivel adecuado de adaptabilidad y flexibilidad que la familia con un AM con DM2 debe tener al brindar a éste miembro mayor cuidado y atención.	**FAM, CP, Y AM** • Aprender los niveles adecuados de adaptabilidad y flexibilidad que la familia con un AM con DM2 debe desarrollar y reconocerá el impacto emocional que tiene la enfermedad de la DM2 en la	La familia en equipo, luego de ver la película "La decisión más difícil", rescatará a lo largo de las lecturas realizadas, la información necesaria para analizar y discutir sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los subsistemas que integran la familia?

	Película: La decisión más difícil. Duración:106 min		familia.	¿Cuál es la función de los límites de la familia? ¿Cuáles son los tipos de comunicación y cuando la comunicación se vuelve caótica? ¿Cuáles son los niveles de comunicación familiar y cuando se dice que falla? ¿Qué es la desorganización familiar y de que depende? ¿Qué estilos de respuesta tiene la familia ante un enfermo? ¿Cuáles son las fases de desorganización de una familia? • Al final la familia elaborara de manera creativa un dibujo de cómo está configurada su familia y cómo les gustaría que estuviera configurada para ser útil en el cuidado del AM

Sinopsis del material que se consultará y que es el eje de análisis de la sesión	Película: *La decisión más difícil* Duración: 106 min.	La vida de Sara y Brian Fitzgerald, la de su pequeño hijo y la de Kate, su hija de dos años de edad, quedarán alteradas para siempre al enterarse de que Kate tiene leucemia. La única esperanza de los padres es tener otro niño para salvar la vida de Kate. Para algunas personas, estos temas de ingeniería genética generan preguntas morales y éticas; para los Fitzgerald, y para Sara en particular, no existe ninguna otra opción sino hacer todo lo que se pueda para asegurar la vida de Kate. Durante la trama se pueden visualizar las distintas crisis que la familia atraviesa, desde el momento de la noticia del diagnóstico, las decisiones que se deben tomar y cómo se deben tomar en cuestión de los tratamientos, y como todos los miembros del sistema familiar se ven afectados por la enfermedad.		
7 Collage familiar	Mesa de relatoría con los objetivos tratados en cada sesión Básicamente debe contestar la siguiente pregunta: ¿Qué nuevos aprendizajes	**FAM, CP, Y AM** • Desarrollar acciones creativas y artísticas para evaluar los aprendizajes que el AM, el cuidador principal y la familia lograron durante el proceso de la intervención biblioterapéutica	**FAM, CP, Y AM** • Recuperar los aprendizajes desarrollados durante la intervención, a través de formas creativas alternas	• En equipo la familia, desarrollaran un periódico mural con toda la información recabada al término de las sesiones, y que serviría como medio de difusión para apoyar a otras familias.

	desarrollo durante las sesiones?			
8 La graduación	Exposición entre los participantes de los trabajos realizados en la sesión 7 Evaluación	**FAM, CP, Y AM** • Aplicar la post evaluación en los 60 minutos primeros de la sesión	**FAM, CP, Y AM** • Evaluación de la intervención BIBLIOFAM • Monitorear avances logrados con la intervención.	• Aplicación de los instrumentos psicométricos • Posteriormente se iniciará la la exposición de creaciones artísticas y al finalizar se llevará a cabo la ceremonia de graduación en el cual el terapeuta otorga un certificado o diploma haciendo énfasis en los logros del AM y su familia.
Tercer Etapa: Seguimiento				
No. y Denominación de la Sesión	**Técnicas y actividades**	**Objetivos:**		
Primer control: Seguimiento a los 3 mes finalizada la intervención	Circulo de conversación	• Monitorear que los aprendizajes hayan permanecido y se sigan presentado cambios.		
Segundo Control: Seguimiento a los seis meses terminada la intervención	**Circulo de conversación**	• Monitorear que los aprendizajes hayan permanecido y se sigan presentado cambios.		

Apéndice 11.- REPORTES DE AUTO OBSERVACIÓN (AUTO REGISTROS)

Auto cuidado de la salud del AM

Como paciente diabético deberá ser consciente de su enfermedad y de la necesidad de ser partícipe en el control que debe tener de ella. Por ello se le recomienda el registro de cuatro actividades cotidianas básicas, las cuales serán registradas semanalmente y revisadas sesión a sesión junto con el terapeuta, como se mencionaba desde la principio de este libro.

1. **Alimentación:** Ud. Debe llevar el registro de los alimentos consumidos en el día. El formato está estructurado para registrar lo consumido y la hora en que realiza la ingesta del desayuno, comida, cena y colaciones entre comidas.

REGISTRO DE ALIMENTACIÓN

FECHA	hora	Desayuno/ ¿qué se consumió?	hora	Colación/ ¿qué se consumió ?	hora	Comida/ ¿qué se consumió?	hora	Colación/ ¿qué se consumió?	hora	Cena/ ¿qué se consumió?
Ejemplo: 25 de agosto	*9:00 AM*	*Fruta, jugo y huevos revueltos*	*11:00 AM*	*Fruta: manzana*	*2:00 PM*	*Sopa de arroz Caldo de pollo y agua fresca*	*6:00 PM*	*Tres Rebanada de queso panela*	*9:00 PM*	*Vaso de leche con una pieza de pan integral*
Observaciones:										

2. **Actividad Física:** En esta actividad Ud. debe llevar el registro de actividades que generen gasto energético, como por ejemplo; caminar, realizar actividades de jardinería, subir escaleras, actividades de aseo y limpieza de casa, lavar el auto, etc. El formato está diseñado para llevar un registro semanal del tipo de actividad física realizada y el tiempo.

REGISTRO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Día de la semana	Ejemplo	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
	Actividad / tiempo *Ejemplo*	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo
Lunes	*Caminata 20min*				
Martes	*Jardinería 60 min.*				
Miércoles	*Subir escaleras 25 min.*				
Jueves	*Aseo de hogar 60 min.*				
Viernes	*Barrer banqueta 20 min.*				
Sábado	*Nadar 60 min.*				
Domingo	*Descanso*				
Meta propuesta	*2:30 min.*				
Tiempo total por semana	*3:05min*				
Observaciones:					
¿Cumplí la meta propuesta para esta semana?					
¿Por qué?					

3. **Exámenes clínicos:** Para esta actividad Ud. Deberá llevar el registro de niveles de indicadores metabólicos. El formato está estructurado en tres secciones: Perfil clínico, niveles clínicos, en una escala de bueno, regular y malo y la fecha.

Registro de Exámenes Clínicos

Perfil clínico	Niveles clínicos			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	Bueno	Regular	Malo							
Glucemia en ayunas (mg/dl)	Menos de 100	100-140	Más de 140	*	*	*	*	*	*	*
Glucemia dos horas después de los alimentos	Menos de 140	140-200	Más de 200	*	*	*	*	*	*	*
Presión arterial (mm de Hg)	120/80	130/85	Más de 130/85	*	*	*	*	*	*	*
Peso - IMC	Menos de 25%	25%-27%	Más de 27%	*	*	*	*	*	*	*
Colesterol LDL (Malo)	Menos de 130	130-200	Más de 200							

Colesterol HDL (Bueno)	Más de 40	35-40	Menos de 35	
Triglicéridos en ayunas (mg/dl)	Menos de 150	150-200	Más de 200	
Hemoglobina glucosilada (A1C)	Menos de 7%	7.5%	Más de 8%	
***Los espacios con asteriscos deben ser llenados varios días a al semana**				

3. **Medicación (MD)**: Para la realización de esta actividad deberá llevar el registro por día de la toma prescrita por el médico. El formato permite el registro en horarios y cantidades.

Registro de toma de medicamento

Nombre del Medicamento:	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario	Horario
Observaciones:							

Auto Cuidado del CP

Como familiar que ejerce el rol de CP es importante que pueda llevar Ud. un registro de la manera en que realiza actividades de autocuidado para evitar el desgaste por la atención que le brinda a su familiar AM.

1. **Actividades sociales y de esparcimiento:** Registro de espacios de tiempo dedicados para la recreación o descanso.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO

Día de la semana	**Ejemplo**	**Semana 1**	**Semana 2**	**Semana 3**	**Semana 4**
	Actividad / tiempo *Ejemplo*	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo
Lunes	*Leer un libro 60min*				
Martes	*Ir a Salón de Belleza 60 min.*				

Miércoles	*Tomar un café con amistades 60 min.*				
Jueves	*Ir a un centro comercial 60 min.*				
Viernes	*Ir a una obra de teatro 60 min.*				
Sábado	*Escuchar música 60 min.*				
Domingo	*Ir al cine*				
Meta propuesta	*2 Hrs*				
Tiempo total por semana	*3.30 min*				
Observaciones:					
¿Cumplí la meta propuesta para esta semana?					
¿Por qué?					
Nota: Por lo menos una actividad debe ser registrada por día.					

Ayuda en el cuidado al AM y al CP

Como familiar que ayudará en el cuidado y atención del AM, es importante que lleve un registro de la manera en que Ud. realiza estas actividades, que hacen énfasis en el nivel de cuidado del hogar del enfermo y la persona del CP. Por ello se recomienda el registro de tres actividades de cuidado básicas.

1. **Actividades de cuidado en relación al hogar del AM:** Registro de actividades que tienen que ver con brindar apoyo en relación al cuidado personal del AM, de su casa habitación o traslados.

Actividades de cuidado en relación al hogar del AM

Día de la semana	**Ejemplo**	**Semana 1**	**Semana 2**	**Semana 3**	**Semana 4**
	Actividad / tiempo *Ejemplo*	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo
Lunes	*Apoyo en el trabajo doméstico* *60min*				
Martes	*Cuidado personal del AM: bañarlo, hacer comida, etc.* *3 horas*				
Miércoles	*Realizar mejoras en el hogar del AM* *60 min.*				

Jueves	*Realizar compra de medicamentos, o enseres domésticos 60 min.*				
Viernes	*Apoyo en trasporte del AM 60 min.*				
Sábado	*Llevarlo a su chequeo médico 60 min.*				
Domingo	*Descanso*				
Meta propuesta	*2 Hrs*				
Tiempo total por semana	*3.30 min*				
Observaciones:					
¿Cumplí la meta propuesta para esta semana?					
¿Por qué?					
Nota: por lo menos dos actividades a la semana deben ser registradas.					

2 **Actividades de cuidado en relación a la persona del enfermo:** Registro de actividades concernientes al cuidado y atención del AM.

Actividades de cuidado del AM

Día de la semana	**Ejemplo**	**Semana 1**	**Semana 2**	**Semana 3**	**Semana 4**
	Actividad / tiempo *Ejemplo*	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo
Lunes	*Convivios familiares 60 min.*				
Martes	*Interacción con familiares jóvenes ejemplo: nietos 2 horas*				
Miércoles	*Paseos recreativos 3 horas*				
Jueves	*Juegos / entretenimiento familiar ejemplo: lotería, baraja, domino, etc. 3 horas*				
Viernes	*Lectura / ver películas en cas a o cine 60 min.*				
Sábado	*Convivir en eventos religiosos 60 min.*				
Domingo	*Comidas familiares 3horas*				
Meta propuesta	*2 Hrs*				

Tiempo total por semana	*3.30 min.*				
Observaciones:					
¿Cumplí la meta propuesta para esta semana?					
¿Por qué?					
Nota: por lo menos dos actividades deben ser registradas en la semana					

3. **Actividades de cuidado en relación a la persona del CP:** Registro de actividades que brindan ayuda y apoyo al CP en lo que respecta al AM, así como que tenga un espacio para sí mismo.

Actividades de apoyo al CP

Día de la semana	**Ejemplo**	**Semana 1**	**Semana 2**	**Semana 3**	**Semana 4**
	Actividad / tiempo *Ejemplo*	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo	Fecha Actividad / tiempo
Lunes	*Visitarl@ y platicar 60min..*				
Martes	*Invitación a una cafetería 3 horas*				
Miércoles	*juegos: domino, baraja, etc. 60 min.*				
Jueves	*Acompañar al centro comercial 60 min.*				
Viernes	*Ir al cine 60 min.*				
Sábado	*Quedarse a cuidar al AM todo el día y pasar la noche con el.*				
Domingo	*Convivio familiar 3 hrs.*				
Meta propuesta	*2 Hrs.*				
Tiempo total por semana	*3.30 min.*				
Observaciones:					
¿Cumplí la meta propuesta para esta semana?					
¿Por qué?					
Nota: por lo menos dos actividades deben estar registradas a la semana.					

Apéndice 12.- BITÁCORA DE LECTURA (BIBLIOFAM).

Formato para BITÁCORA DE LECTURA para el AM
Fecha:
Titulo de la actividad:
Anotaciones Temáticas:
Anotaciones de Léxico o vocabulario:
Anotaciones Personales:
Comentarios y Observaciones:
Formato para BITÁCORA DE LECTURA para el AM
Fecha:
Titulo de la actividad:
Anotaciones Temáticas:
Anotaciones de Léxico o vocabulario:

Anotaciones Personales:
Comentarios y Observaciones:

Formato para BITÁCORA DE LECTURA para el CP
Fecha:
Titulo de la actividad:
Anotaciones Temáticas:
Anotaciones de Léxico o vocabulario:
Anotaciones Personales:
Comentarios y Observaciones:

Formato para BITÁCORA DE LECTURA para la FAM
Fecha:
Titulo de la actividad:
Anotaciones Temáticas:
Anotaciones de Léxico o vocabulario:
Anotaciones Personales:
Comentarios y Observaciones: