



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TÍTULO:  
DINÁMICA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE LOS  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE  
ASISTEN AL “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL  
DOCENTE RIOBAMBA”, PERIODO SEPTIEMBRE 2015 -  
FEBRERO 2016.**

**AUTORES: Lizbeth Paola AVECILLA TORRES  
Nancy Janneth Cando Tiñe**

**TUTORA: Dra. Mónica Molina, Msc.**

**Riobamba – Ecuador  
2016**

## PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: DINÁMICA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”, PERIODO SEPTIEMBRE 2015 - FEBRERO 2016. Presentado por: Lizbeth Paola Avecilla Torres y Nancy Janneth Cando Tiñe Y dirigida por: la Dra. Mónica MolinaMsc.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

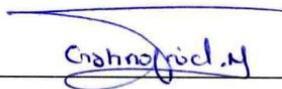
Dra. Rocío Tenezaca S.  
**Presidenta del Tribunal**



---

**Firma**

Ps. Cl. Cristina Procel N.  
**Miembro del Tribunal**



---

**Firma**

Dra. Mónica Molina, Msc.  
**Tutora de tesina**



---

**Firma**

## AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Lizbeth Paola AVECILLA TORRES y Nancy JANNETH CANDO TIÑE, y de la Directora del proyecto: Dra, Mónica Molina, Msc.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.”



**Avecilla Torres Lizbeth Paola**  
**C.I: 0604545749**



**Cando Tiñe Nancy Janneth**  
**C.I: 0202067104**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Universidad Nacional de Chimborazo y a todos quienes conforman nuestra amada carrera de “Psicología Clínica”; a los docentes por las enseñanzas brindadas durante estos años contribuyendo a nuestra formación profesional, en especial a nuestra tutora Dra, Mónica Molina, Msc. por el tiempo dedicado; Agradecemos además al “Hospital Provincial General Docente Riobamba” por la apertura brindada y al Dr. Francisco Robalino por el apoyo en el desarrollo de nuestra investigación.

## **DEDICATORIA**

Sin dudarlo a Dios por guiar cada decisión tomada; a mi familia de manera especial a mi madre por el sacrificio que hace a diario para que yo adquiriera las herramientas necesarias y me supere con los valores inculcados; además a mi compañero de vida Danny quien ha sido un pilar fundamental en el transcurso de estos años; no dejaría de lado a mis amigos incondicionales: Jenny, Nancy, Neiva, Thais, Holguer, Dennis, David, Paulina, Mishelle, Edison, Daniela, Víctor y Sebastián, que a lo largo de estos años de estudio hemos realizado un buen trabajo en equipo.

**Lizbeth Paola AVECILLA TORRES**

Dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante. A mi familia en especial a mis padres por brindarme su apoyo, los recursos necesarios para mis estudios, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, perseverancia para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

**Nancy Janneth Cando Tiñe**

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
MARCO REFERENCIAL	4
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.2. PROBLEMATIZACIÓN	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS	9
1.5. OBJETIVOS	9
1.5.1. Objetivo General	9
1.5.2. Objetivos Específicos	9
1.6. JUSTIFICACIÓN	9

## CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
2.2.1. FAMILIA	15
2.2.1.1. Definiciones	16
2.2.1.2. Ingredientes de una familia	16
2.2.1.3. Tipos de familia	18
2.2.2. DINÁMICA FAMILIAR	18
2.2.2.1. Funcionamiento familiar	19
2.2.2.2. Sistema familiar	21
2.2.2.2.1. Tipos de sistema familiar	21
2.2.2.3. El rol de la comunicación en la dinámica familiar	24
2.2.2.4. Sistemas de apoyo	25
2.2.2.4.1. Tipos de sistemas de apoyo	26
2.2.2.5. Reacción de la familia frente al diagnóstico de Diabetes	26
2.2.2.6. Factores que modifican la intensidad del impacto en la familia	27
2.2.3. AFRONTAMIENTO	28
2.2.3.1. Definición:	28
2.2.3.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	29
2.2.3.2.1. Estrategias de afrontamiento individual	30
2.2.3.2.2. Estrategias de afrontamiento familiar	31
2.2.3.2.3. Clasificación de las estrategias	32
2.2.3.2.4. Elementos de una crisis de afrontamiento familiar	35

2.2.4. DIABETES	36
2.2.4.1. Definición	36
2.2.4.2. Clasificación de la Diabetes.	36
2.2.4.2.1. Diabetes tipo 1	36
2.2.4.2.2. Diabetes Mellitus Gestacional	37
2.2.4.2.3. Diabetes Mellitus Tipo 2	38
2.2.4.3. Complicaciones Diabéticas	39
2.2.5. PROPUESTA SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	40
2.2.5.1. Estrategias de afrontamiento de manejo adecuado	41
2.2.5.2. Estrategias de afrontamiento de manejo inadecuado	43
2.3. HIPÓTESIS	45
2.4. VARIABLES	45
2.4.1. Variable Independiente	45
2.4.2. Variable Dependiente	45
2.5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	46

### **CAPÍTULO III**

<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	48
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.4. DEL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	51
3.5.3. Criterios de inclusión y exclusión	51
3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
3.6.1. Técnica	52

3.6.2. Instrumentos para la recolección de datos:	52
3.6.2.1. APGAR familiar	52
3.6.2.2. Inventario de estrategias de afrontamiento	53
3.6.3. Procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados	54

## **CAPÍTULO IV**

<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>55</b>
4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	66

## **CAPÍTULO V**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>67</b>
5.1. CONCLUSIONES	68
5.2. RECOMENDACIONES	70
5.3. BIBLIOGRAFÍA	71
5.4. ANEXOS	75
5.4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
5.4.2 APGAR familiar adultos.	76
5.4.3. Inventario de Estrategias de Afrontamiento	77
5.4.4. Volante informativo	79

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b> Análisis del “Nivel de funcionamiento familiar”.	56
<b>TABLA N° 2</b> Análisis de las “Estrategias de Afrontamiento”.	60
<b>TABLA N° 3</b> Análisis de la “Relación de variables”.	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1</b> Análisis del “Nivel de funcionamiento familiar”	56
<b>GRÁFICO N° 2</b> Análisis de las “Estrategias de Afrontamiento”	60
<b>GRÁFICO N° 3</b> Análisis de la “Relación de variables”	63

## RESUMEN

La investigación se realizó en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, durante el periodo Septiembre 2015 - Febrero 2016, con el fin de determinar la Dinámica Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, con una población de 286 pacientes, la muestra fue no probabilística, conformada por 30 pacientes de entre 25 a 55 años de edad, escogidos mediante criterios de inclusión y exclusión; en el desarrollo de la investigación se utilizó el método científico y el método inductivo-deductivo; el diseño de la investigación fue no experimental y cuantitativa; el tipo de investigación fue documental, transversal y de campo; el nivel de investigación fue descriptiva; En la recolección de datos se utilizaron los reactivos: “APGAR Familiar” con el fin de identificar el nivel de funcionamiento familiar y el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” que permitió describir el tipo de afrontamiento que los pacientes utilizan frente a su enfermedad; posteriormente mediante la estadística básica en el programa Excel se tabularon los resultados y se los representó en tablas y gráficos, con los siguientes datos: en el test APGAR Familiar: el 70% de pacientes presentan buena función familiar; el 17% de pacientes presentan disfunción familiar leve; el 13% de pacientes presentan disfunción familiar moderada y 0% con disfunción familiar grave; en la aplicación del Inventario de estrategias de afrontamiento se concluyó que los pacientes con una buena función familiar utilizan en mayor porcentaje 48% la estrategia de “Resolución de Problemas”; los pacientes con disfunción familiar leve utilizan en mayor porcentaje 40% las estrategias de “Evitación del Problema” y “Retirada Social”; los pacientes con disfunción familiar moderada utilizan en mayor porcentaje 50% las estrategias de “Pensamiento Desiderativo” y “Retirada Social”. Comprobándose así la hipótesis “La Dinámica Familiar influye en las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CENTRO DE IDIOMAS**

**ABSTRACT**

The research was conducted at Hospital Provincial General Docente of Riobamba, during September 2015 - February 2016 in order to determine the Family Dynamics and Coping Strategies of patients with Diabetes Mellitus Type 2, with a population of 286 patients, the sample was not random, consisting of 30 patients aged 25-55 years old, chosen by inclusion and exclusion criteria; in the development of research the scientific method and inductive-deductive method were used; the research design was not experimental and quantitative; the type of research was documentary, transversal field; the level of research was descriptive; in data collection reagents they were used: "Family APGAR" in order to identify the level of family functioning and "Coping Strategies Inventory" that allowed describe the type of coping that patients use against their disease; then by basic statistics in Excel results they were tabulated and represented them in tables and graphs, with the following data: Family APGAR in the test: 70% of patients have good family function; 17% of patients have mild family dysfunction; 13% of patients with moderate family dysfunction and 0% with severe family dysfunction; in implementing the Inventory of coping strategies concluded that patients with a good family function used in higher percentage 48% strategy "Troubleshooting"; patients with mild family dysfunction used in higher percentage 40% strategies "problem avoidance" and "Social withdrawal"; patients with moderate family dysfunction used in higher percentage 50% strategies "Thought Desiderative" and "Social Withdrawal". and assumptions are checked for "Family dynamics influence the coping strategies of patients with Type 2 Diabetes Mellitus".

Reviewed by:

  
Ms. Mercedes Gallegos N.  
LANGUAGE CENTER TEACHER  
HEALTH AND SCIENCE SCHOOL



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad se puede encontrar variedad de enfermedades, algunas son tratables y otras pueden ser de por vida, cada individuo asume esta situación de diferentes maneras a pesar de que se comparta un mismo diagnóstico, evidenciándose mayor estrés en pacientes que sufren enfermedades crónicas debilitantes, como lo es la diabetes, siendo una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, pues una de cada diez personas es diabética, considerando así los siguientes datos: el Pacífico Occidental tiene más personas con diabetes que cualquier otra región; la población con diabetes de África es actualmente la más pequeña entre todas las regiones; América Central y del Sur, estiman que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. Ningún país escapa de la diabetes, en Latinoamérica referente a dinámica familiar existen datos estadísticos del INEGI (México), menciona que los hogares familiares constituyen la principal forma de organización de convivencia (89.8 %); en Ecuador la diabetes en el año 2013 fue la principal causa de muerte, junto con la hipertensión, según cifras del (INEC), con 4.695 personas fallecidas por esta enfermedad. No se debe dejar de lado que cada persona pertenece a un grupo familiar, quienes cumplen un papel importante como apoyo para el paciente pues frente a una enfermedad crónica como la diabetes, moviliza en un inicio sus mecanismos de adaptación hasta que puedan recuperar la homeostasis, y al no existir una buena adaptación se puede generar la disfunción de la familia, cambios que pueden afectar a su vez al familiar enfermo/a produciendo estrategias de afrontamiento de manejo inadecuado en razón de la enfermedad.

En el mundo existe un sin número de especialistas intentando encontrar una cura, descuidando la parte psicológica y emocional del paciente, es por ello que se pretende investigar a la población de diabéticos, pero desde una perspectiva psicológica, tomando en cuenta la importancia de la familia en el afrontamiento de la enfermedad, pues cada una presenta múltiples componentes dentro de su dinámica familiar, que estarán establecidos dependiendo del tipo de familia, contexto, época, creencia, etc., y pueden ser modificados a medida que el

individuo se desarrolla y de las situaciones por la que atraviere sean estresoras o no, por tanto se verá afectado el funcionamiento dentro de la familia, y por ende se desplegarán las estrategias de afrontamiento que utilice dependiendo además de la interacción que tiene con su entorno.

Por lo descrito, nace el interés de desarrollar el tema, ya que en la práctica pre-profesional se tuvo la oportunidad de tratar con los pacientes que asistieron a consulta externa y se observó que muchos de ellos están afrontando su enfermedad en compañía de algún familiar y otros prefieren hacerlo individualmente.

Es indudable que el paciente diabético debe tomar ciertas medidas para el proceso del tratamiento, que deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica, esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas, por ello con esta investigación se pretende proponer estrategias de afrontamiento de manejo adecuado para el paciente diabético.

No se puede negar que en muchos casos el éxito terapéutico depende de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente, ya que todos estos factores pueden establecer la manera de afrontar, es decir la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones, por tal razón la hipótesis planteada es afirmativa al decir que: La Dinámica Familiar influye en las estrategias de afrontamiento de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al “Hospital Provincial General Docente Riobamba”

El trabajo investigativo consta de cinco (V) capítulos desarrollados de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I:** Corresponde al Marco Referencial, en el cual se describe el problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, preguntas directrices, los objetivos a seguir con respecto a la dinámica

familiar y a las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan frente a la enfermedad (Diabetes Mellitus Tipo 2), y justificación.

**CAPÍTULO II:** Corresponde al Marco Teórico, el cual contiene antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, hipótesis, variables y definiciones de términos básicos.

**CAPÍTULO III:** Hace referencia al Marco Metodológico utilizado durante el proceso de investigación, contiene al diseño de la investigación, tipo de investigación, nivel de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

**CAPÍTULO IV:** En el que se realiza el Análisis e Interpretación de Resultados obtenidos estadísticamente, representados mediante gráficos y tablas y comprobación de hipótesis.

**CAPÍTULO V:** Contiene a las Conclusiones y Recomendaciones sugeridas una vez culminado el presente proyecto de investigación.

**CAPÍTULO I**

**MARCO**

**REFERENCIAL**

## **1.1.EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El presente problema surgió mediante la observación clínica durante las prácticas pre-profesionales que se realizaron en el “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, siendo este un ambiente de aprendizaje durante las pasantías, en las que se pudo evidenciar la concurrencia de pacientes en consulta externa en compañía de algún familiar, ya sea para el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento, muchos de ellos motivados por el equipo médico de esta área asisten al Club de Diabéticos, conformado desde hace 17 años, grupo que lo dirige un equipo de salud multidisciplinario (médico especialista en diabetes, enfermera, promotora de la salud, etc.).

Por lo mencionado, nace la motivación de desarrollar en esta área el tema de tesis, ya que por lo descrito es evidente que cada paciente afronta su enfermedad de diferentes maneras, la finalidad es describir que estrategias son utilizadas en mayor medida, y si la dinámica familiar influye en las estrategias de afrontamiento que pueden presentar los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

## **1.2.PROBLEMATIZACIÓN**

En el mundo existen un sin número de enfermedades que las personas deben afrontar a lo largo de sus vidas, entre estas tenemos a la Diabetes Mellitus Tipo 2, pues se estima que una de cada diez personas es diabética, considerada por ello como una enfermedad con mayor mortalidad a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que “Para el año 2030 la población de diabéticos en el mundo ascendería a 370 millones de personas”. Como respuesta al alarmante aumento de casos de diabetes en el mundo, la Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) instauró el 14 noviembre de 1991 como El Día Mundial de la Diabetes.

La Federación Internacional de Diabetes (2013) menciona los siguientes datos:

El Pacífico Occidental tiene más personas con diabetes que cualquier otra región, la población con diabetes de África es actualmente la más pequeña entre todas las regiones, sin embargo, en el año 2035 será el doble, y lo que resulta nefasto para la capacidad de desarrollo de África es que más de tres cuartas partes de las muertes por diabetes en 2013 ocurrieron en personas menores de 60 años. El panorama es igualmente preocupante en América Central y del Sur, donde se prevé que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. Ningún país escapa a la epidemia de diabetes, y en los estados y territorios de todo el mundo son los pobres y los desfavorecidos quienes más sufren. Las comunidades indígenas se encuentran entre los más vulnerables frente a la diabetes

En Latinoamérica referente a dinámica familiar existen datos estadísticos del INEGI (México), menciona: “Los hogares familiares constituyen la principal forma de organización de convivencia (89.8 %). En 2014, un 20,8% de personas mayores de 18 años, consideran que una causa de la inseguridad en su entidad se debe a la desintegración familiar” (INEGI, 2015).

A nivel de país el Instituto Nacional de Estadística y Censos (citado por el Ministerio de Salud Pública, 2013) menciona:

En Ecuador la diabetes en el año 2013 fue la principal causa de muerte, junto con la hipertensión, según cifras del (INEC), con 4.695 personas fallecidas por esta enfermedad, lo que significa una tasa de 29,8 por cada 100.000 habitantes. Para combatir la diabetes el MSP ejecuta múltiples actividades a nivel de provincia, institucionales e intersectoriales preventivas y de control a fin de reducir sus efectos nocivos.

La prevalencia de diabetes (glicemia) en el área urbana, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012), es de “3,2% y en el área rural 1,6%. Los territorios que presentan la prevalencia más alta de glicemia mayor a 126 mg/dl son Quito con 4,8% y la costa urbana 2,9%”.

A nivel de Riobamba existe una investigación sobre estrategias de afrontamiento y manejo del estrés en pacientes con insuficiencia renal del "Hospital IESS" Riobamba, donde se menciona: "Los enfermos crónicos reportan menos uso de estrategias activas de afrontamiento y utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento pasivas", los autores (Guizado & Rosero, 2012) al empezar su investigación encuentran que:

Hay que considerar que la persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 puede desencadenar diferentes problemas a nivel psicológico, ya que el individuo al no contar con estabilidad emocional esta propenso al descontrol, necesita del apoyo moral de sus familiares, cada uno de los pacientes integran una familia indistintamente del tipo, y como bien menciona McCubbin, Cauble y Patterson (1982): "Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes", que en este caso es el ser diagnosticado con diabetes, adicionalmente advierten que: "Los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social".

Durante las pasantías se desarrolló un taller en el Club de Diabéticos donde se tuvo la oportunidad de entrevistar a los pacientes, quienes comentan que en un inicio fue difícil hacerle frente a la enfermedad, mencionando que, se culpabilizaban, sentían temor, pensaban que su vida había terminado, que ya no podrían desarrollar las mismas actividades, además mencionan lo importante que ha sido el entorno familiar, ya sea, el apoyo de sus hijos, pareja, hermanos o padres, y el impacto que tuvo la enfermedad en su contexto familiar, pues como es de conocimiento frente al diagnóstico de diabetes el paciente atraviesa por una gama de emociones que comienza con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión e incluso depresión, deben realizar una serie de cambios, empezando por modificar sus hábitos y estilo de vida, deben planificar su alimentación, cumpliendo una dieta en horarios específicos, realizar exámenes de rutina, realizar actividad física con el fin de mejorar los niveles de glucosa, en fin seguir cada una de las recomendaciones del médico especialista, aunque existen

pacientes que dicen haber afrontado esta situación de manera individual para no preocupar a sus familiares, mencionado que no los incluyen en la modificación de hábitos, prefieren encerrarse y llorar solos, o evitan salir y no pensar en el problema, a la espera del pronóstico médico, incrementando su preocupación.

Por ello el lugar en el que se realiza la investigación es el Hospital Provincial General Docente Riobamba ya que se ha observado la concurrencia de pacientes a consulta externa, parte de ellos conforman el Club de Diabéticos; durante la entrevista con los pacientes comentan que en un inicio fue difícil hacerle frente a la enfermedad y a otros se les dificulta hasta la actualidad, mencionan además lo importante que ha sido el entorno familiar, aunque existen pacientes que dicen haber afrontado esta situación de manera individual.

Por ello la importancia de una buena dinámica familiar ya que de no ser así los pacientes presentarían mayor disfuncionalidad, junto con estrategias de afrontamiento de manejo inadecuado, además no existiría una buena adherencia al tratamiento, por tanto la tasa de mortalidad ascendería, como se evidencia la enfermedad es alarmante ya que la población afectada en su mayoría son las personas menores de 60 años que se encuentran en edad laboral y son de importancia para el progreso y desarrollo de la sociedad, varias de estas circunstancias si no son tratadas pueden llevar a problemas psicológicos como: trastornos de adaptación, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, ésta enfermedad requiere de controles continuos probablemente angustiando al paciente, afectándolo por lo general en un inicio que se enfrenta a un diagnóstico sin haberlo esperado.

### **1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Influye la Dinámica familiar en las estrategias afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo septiembre 2015 - febrero 2016?

#### **1.4.PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS**

- ¿Qué niveles de funcionamiento familiar existe en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba?
- ¿Qué se puede proponer para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que provienen de familias disfuncionales que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba?

#### **1.5.OBJETIVOS**

##### **1.5.1. Objetivo General**

- Determinarla Dinámica Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo septiembre 2015-febrero 2016.

##### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de funcionamiento familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Describir las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Proponer estrategias de afrontamiento adecuadas para los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba.

#### **1.6.JUSTIFICACIÓN**

Personas con diagnóstico de diabetes hacen frente a la enfermedad, en la que directa o indirectamente la familia se ve involucrada, pues incorporan una dieta recomendada por el médico tratante, muchos de ellos empiezan una rutina de

ejercicios, deben sacar tiempo para acudir a exámenes de rutina, éstas y muchas otras actividades propias de la enfermedad deben ser afrontadas por el paciente de una u otra manera.

El “Hospital Provincial General Docente Riobamba” recibe a diario un número considerable de pacientes en consulta externa para el médico especialista, ya sea para el tratamiento, seguimiento o diagnóstico de diabetes, en ocasiones se observa que esperan la cita médica en compañía de algún familiar o lo hacen de manera individual, muchos de ellos pertenecen al Club de Diabéticos, lugar en el que realizan charlas sobre temas de salud física una vez al mes, con la finalidad que los participantes puedan mejorar su estilo de vida, pero se está dejando de lado temas de salud mental, además se observa que la familia no se integra a este proceso, razón por la cual se considera de importancia determinar la dinámica familiar de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y las posibles estrategias de afrontamiento que pueden presentar, pues como menciona Cifuentes R. & Yefi Quintul, (2005) que: “El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos roles que pueden afectar al familiar enfermo”.

La actitud del paciente acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas como la diabetes, puede establecer el modo de afrontar tanto sus síntomas como complicaciones. Cada familia enfrenta situaciones difíciles y en mayor medida cuando un familiar presenta alguna enfermedad, por más simple o crónica que ésta sea tratan de tomar las mejores soluciones, esto dependerá de la dinámica de la familia y por tanto del funcionamiento que tengan, y así pueda el paciente emplear estrategias de afrontamiento adecuadas.

Otra razón que ha motivado la presente investigación es la evidencia encontrada en la biblioteca de la UNACH sobre “*Estrategias de afrontamiento y manejo del*

*estrés en pacientes con insuficiencia renal del "Hospital IESS" de Riobamba",* cuyos autores Guizado & Rosero, (2012) mencionan que:

Con frecuencia se tiende a considerar erróneamente que es "normal" estar irritable, ansioso y con alteraciones del sueño entre otros, cuando se padece una enfermedad debilitante, crónica y grave que potencialmente amenaza la vida del paciente (...) raro es el enfermo que no experimenta tristeza, desesperanza o sentimientos de inutilidad, alteración del apetito, del peso, problemas en su hogar y vida social.(p.4)

Resaltando entonces que cada paciente puede reaccionar de manera diferente ante una enfermedad, por ello la importancia de describir el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan en mayor porcentaje los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, y así con la investigación aportar estrategias de manejo adecuado, beneficiando primordialmente a los integrantes del club de diabéticos, pues se entiende que el tipo de afrontamiento individual será un reflejo del afrontamiento familiar, siendo de importancia una correcta orientación sobre el manejo de estrategias de afrontamiento para conllevar de mejor manera la enfermedad.

El beneficio de la investigación está marcado en la importancia de implementar el aporte del área de psicología, creando la necesidad de un psicólogo clínico en el equipo de trabajo del club de diabéticos para una adecuada intervención y así los participantes puedan adquirir herramientas para superar problemas de tipo psicológico, ya que actualmente lo dirige la promotora de salud, conjuntamente con el médico especialista, pues se considera que el paciente recibe toda la atención y la información que necesita para el tratamiento de su enfermedad por parte del equipo médico del hospital, pero enfrenta de manera individual aquellos pensamientos, ideas, sentimientos, emociones que representa haber sido diagnosticado con Diabetes Mellitus Tipo 2, algunos de ellos mencionan sentirse incomprendidos por sus familiares al ver que su estado de ánimo es variable, otros manifiestan que son tratados con una exagerada sobre protección, factores que contribuyen al afrontamiento del paciente.

La investigación fue factible realizar, pues existió la autorización del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, la aprobación del proyecto en la Unidad de Docencia e Investigación, la predisposición a colaborar por parte de los pacientes, como de la doctora a cargo del Club de Diabéticos y del médico especialista que presta su servicio en consulta externa, además existe fuentes bibliográficas de importancia para el desarrollo de la investigación.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## 2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de revisar los archivos en la biblioteca de la UNACH no se ha encontrado evidencia de un proyecto igual, sin embargo existen temas investigados tanto de Dinámica Familiar como de Estrategias de afrontamiento.

- a) *“La dinámica familiar y su influencia en la conducta de las estudiantes de bachillerato del Instituto Tecnológico Isabel de Godín de Riobamba, periodo febrero-julio 2013”*. Los autores Coba & Guizado, trabajan con una muestra de estudio de 20 familias; hacen uso del test APGAR familiar, una vez obtenidos los datos estadísticos mencionan que el 90% presenta en distintos niveles disfuncionalidad, de los cuales el 20% presenta problemas de conducta, llegando a la conclusión: “La funcionalidad o disfuncionalidad son factores predisponentes y determinantes en las manifestaciones conductuales de las mismas, en razón de la dinámica familiar y su influencia en la conducta de las adolescentes”.
  
- a) *“Estrategias de afrontamiento y manejo del estrés en pacientes con insuficiencia renal del “hospital IESS” de Riobamba”, periodo mayo - julio 2012”*. Los autores Guizado & Rosero, trabajan con una muestra de estudio de 10 pacientes, hacen uso de la “Escala de afrontamiento de Lazarus”; comprueban que el 100% de los pacientes evaluados con insuficiencia renal utilizan cinco estrategias de afrontamiento como primarias, en el respectivo orden: 1) aceptación de responsabilidades, 2) huida y evitación, 3) búsqueda de apoyo social, 4) confrontación, 5) distanciamiento; al finalizar su investigación obtuvieron los siguientes resultados: el 50% utilizan la aceptación de responsabilidades, el 40% reevaluación positiva y el 10% búsqueda de apoyo social. (p.57). Lo que significa que existía un porcentaje significativo (30%) que prefería huir y evitar el problema pero que con la adecuada orientación eligieron sumarse a aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas.

b) *“Técnicas de afrontamiento en situaciones de emergencia de los miembros de la compañía de bomberos No1, Riobamba”, periodo abril - septiembre 2014,* Los autores Alarcón Fray & Proaño Molina, (2014) trabajan con una muestra de 21 Bomberos, el test utilizado es el “Inventario de estrategias de Afrontamiento”; obtuvieron las siguientes estrategias de afrontamiento frente a una situación de emergencia: “El 9% Resolución de problemas, el 29% Expresión Emocional, 52% Apoyo social, 10% Restructuración Cognitiva, sin embargo antes de la intervención el mayor porcentaje obtenido era 42% que correspondía a Retirada Social”. Reflejando la importancia de una correcta orientación sobre el manejo de estrategias de afrontamiento y además el rol primordial de la familia o el grupo social para conllevar de mejor manera una situación de estrés.

Sobre otros estudios se encontró un proyecto realizado en Chile – Osorno, los autores Cifuentes R. & Yefi Quintul, (2005) en su investigación sobre *“La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético?”*, mencionan: “Ante el diagnóstico de una enfermedad como la Diabetes, con su condición de cronicidad exige modificaciones en los hábitos y modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada”.

Gracias a estas evidencias y al respaldo de fuentes bibliográficas, se pudo desarrollar la investigación a fin de aportar a la Carrera de Psicología Clínica y a la Unidad de Docencia e Investigación del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

## **2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1. FAMILIA**

La familia constituye el pilar fundamental de la sociedad, donde cada uno de sus integrantes interactúan generando una relación dinámica por ello se considera de importancia enunciar los siguientes conceptos:

### 2.2.1.1. Definiciones

- **Satir (1981)** afirma: “Lugar donde puede encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado: el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar “nuevas energías” para enfrentarnos mejor al mundo exterior” (p.12).
- **Minuchin & Fishman (1988)** afirma: “Contexto natural para crecer y recibir auxilio (...) grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia” (p.25).
- **Bateson & Ortega** mencionan: (...) “Grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia”.
- **Organización de Naciones Unidas (ONU)** menciona: “Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS)** menciona: “Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (...)”.

### 2.2.1.2. Ingredientes de una familia

Virginia Satir (1981), considera que cualquier conducta en un determinado momento es el resultado de los siguientes cuatro elementos de importancia dentro de la Dinámica Familiar:

**a) Autoestima Individual:** Sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo (p.3). Satir menciona al autoestima como “ollas” individuales, haciendo referencia además a la autovaloración, que es el concepto de valor individual que cada quien tiene de sí mismo (p. 21-22). Clasificando dos tipos de autoestima (olla).

- **Olla llena:** Serán personas con: integridad, honestidad, responsabilidad, compasión, amor (...). No tiene reglas para ninguno de sus sentimientos y se acepta totalmente a sí mismos como ser humano (p.22).
- **Olla baja:** Serán personas con: momentos difíciles, cansancio, golpes con demasiada frecuencia, problemas de la vida repentinamente que se les hacen insostenibles (...), piensan que valen poco, esperan ser engañados, pisoteados, menospreciados por los demás, y como se anticipan a lo peor, lo atraen y generalmente les llega, son personas desconfiadas, aisladas, se vuelven apáticos e indiferentes a sí mismos, les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad (p.22).

**b) Comunicación:** Formas que desarrolla la gente para expresar lo que quiere decirse el uno al otro (p.3). Una vez que el ser humano llega a este mundo la comunicación resulta el factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener con los demás y lo que le suceda en el mundo que lo rodea. Satir ve a la comunicación como una gran sombrilla que abarca toda la amplia gama de formas en que las personas intercambian información. Toda comunicación se aprende y puede proceder a cambiarla si así lo desea (p.30-31).

**c) Sistema Familiar:** Las normas que utiliza la gente para actuar y sentir, que llegan a constituir eventualmente (p.3). Cualquier sistema comprende aspectos individuales, cada uno de los cuales es esencial y se interrelaciona con los demás para producir el resultado que se desea. (...) cada elemento funciona como un accionador para todos los demás (p.111).

**d) Reglas:** Se relaciona con el concepto de lo debido (p.95). (...)Las normas forman una parte muy real de la estructura familiar y de su funcionamiento (p.109). Constituyen una fuerza poderosa invisible que mueve la vida de todos los miembros de la familia (p. 97). Encontrando nuevos senderos positivos para la convivencia. El temor por parte de los miembros de la familia tiene mucho que ver con las reglas sobre tabús y lo secreto, aunque estas normas puedan ser entendidas por los adultos como “protección para los chicos” como por ejemplo el decir: eres demasiado joven para...(p. 106). Considera entonces que la familia es donde las normas fortalecen la libertad para comentar cualquier cosa, tanto si es

molesta, alegre o pecaminosa, tiene las mayores posibilidades de ser una familia nutridora.

### **2.2.1.3. Tipos de familia**

Virginia Satir (1981) menciona en su libro *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar* la siguiente clasificación:

- a) **Familia Nutridora:** Los padres se consideran guías y no jefes autoritarios. Reconocen ante ellos sus desaciertos igual que sus aciertos, comprenden que los cambios son inevitables. Los hijos, aún pequeños, parecen espontáneos y amables, el resto de la familia la toma en cuenta como personas, en general existe armonía y fluidez en las relaciones interpersonales. Si sucede algo imprevisto sus miembros se acomodan al cambio. Se le da una gran importancia a los sentimientos y a la persona (p.17).
- b) **Familia Conflictiva:** Los padres están ocupados diciéndoles a sus hijos lo que deben y no deben hacer, de esa manera, nunca llegan a conocerlos, ni los disfrutan como personas y tampoco los hijos a ellos. Esta familia invierte todas sus energías en un esfuerzo inútil por evitar que aparezcan dificultades y cuando suceden, como es lógico, ya no tienen recursos para buscar soluciones. A veces predomina cierta frialdad. El ambiente es extremo cortés o lleno de secretos, evidenciándose una atmósfera de tensión, no hay alegría. Las familias conflictivas forman personas conflictivas y contribuyen así al crimen, enfermedad mental, al alcoholismo, abuso de drogas, pobreza, extremismo político y muchos otros problemas sociales. Sus integrantes, se evitan unos a otros. Se dedican demasiado al trabajo y demás actividades fuera del hogar (p.18).

### **2.2.2. DINÁMICA FAMILIAR**

Dentro de los elementos que interfieren considerablemente en la salud familiar está la dinámica interna de las relaciones o funcionamiento familiar. Cuando estas

son armónicas, hay cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles, en fin, un adecuado funcionamiento familiar, hay una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema; sin embargo, cuando hay un funcionamiento inadecuado este se constituye en un factor de riesgo para la salud familiar.

Desde la perspectiva del modelo estructuralista de Minuchin (citado por Terán Santibáñez, 2012). Se entiende por dinámica familiar como: “Lo suscitado en el interior de la familia, en donde cada uno de los miembros están ligados por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías, roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros” Minuchin & Fishman (1982) señalan: “Si un miembro de la familia se enferma seriamente, algunas de sus funciones y su poder deben ser asumidos por otros miembros. Esta redistribución requiere una adaptación de la familia, para ayudarlo a asumir una nueva posición en el sistema” (p. 106).

Coba Quintana & Guizado Herrera (2013) mencionan: “La dinámica familiar es inherente a la naturaleza humana en constante desarrollo evolutivo. Entendiéndose que, en los diferentes contextos socio-culturales las características de los sistemas familiares son diversas, observándose dos aspectos específicos, la funcionalidad y la disfuncionalidad (...)” (p.10).

#### **2.2.2.1. Funcionamiento familiar**

Un funcionamiento familiar saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia (Herrera, 2000). Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto.

“La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará

muy en correspondencia con sus recursos, sus mecanismos de afrontamiento y sus estilos de funcionamiento familiar” (Herrera, 2000), lo que puede provocar estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros.

Herrera (2000), afirma que “Un funcionamiento familiar saludable, es aquel que le posibilita a la familia a cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados”, entre los que se puede citar los siguientes:

- Satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y condición del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva de continente para las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- Establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (convivencia social).
- Crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal.

Herrera (2000) menciona indicadores del funcionamiento familiar que pueden interferir en muchos hogares en la adecuada dinámica interna del sistema familiar, que son:

- a) La comunicación para que sea efectiva y favorable a la salud familiar debe darse de forma clara, coherente y afectiva; sin embargo, cualquier alteración de los procesos de interrelación familiar la afecta y da lugar a dobles mensajes, mensajes indirectos y comunicaciones incongruentes que tienen como principal causa dilemas no resueltos y que se pueden poner de manifiesto, por ejemplo, en los conflictos ante la asignación de roles, ante la necesidad de realización personal, autonomía y las limitaciones impuestas por la familia.

- b) La afectividad o forma de expresar los sentimientos se ve marcada también, indiscutiblemente, por los patrones de comportamiento y valores asignados por el rol de género y la dinámica interna de la familia. Para que esta sea funcional y promueva la salud de sus miembros debe permitir y fomentar la expresión libre de la afectividad, ser capaz de expresar las emociones positivas y negativas, y transmitir afecto.

#### **2.2.2.2. Sistema familiar**

Satir (1981) menciona que: “La palabra “sistema” puede referirse al mundo de la industria o del comercio, pero sin embargo, también significa una fuerza vital y dinámica en la vida familiar cotidiana” (p.111).

Según el Modelo Estructuralista de Minuchin (citado por Educador, 2008) menciona:

El sistema familiar alude al mismo individuo y sus interacciones y relaciones con los demás. Es decir, entiende que el comportamiento de un individuo no se da aisladamente, sino que tiene sentido dentro de un contexto en el que siempre hay otros implicados. Por ello, se puede certificar que su comportamiento está conectado de manera dinámica a los comportamientos de las personas con las que se relaciona en su casa, en su trabajo, en su comunidad, en su sociedad, con el grupo de amigos, etc.

##### **2.2.2.2.1. Tipos de sistema familiar**

Al hablar de sistema familiar se puede dividir en dos grupos:

- **Sistema Familiar Funcional:** “Las familias funcionales son sistemas complejos constituidos por un gran número de partes que interactúan de una manera complicada. Estas partes u holones familiares están interrelacionadas en un orden jerárquico” (Minuchin & Fishman, 1988, p. 148).

Coba Quintana & Guizado Herrera (2013) en su investigación mencionan:

(...) Para calificarla de funcional se observará en el sistema familiar buena comunicación, flexibilidad, conocimiento y aplicación de normas o reglas, comprensión y afectividad en sus miembros (...). control sobre la ira, el miedo, la tristeza y la ansiedad, siendo así, todos los miembros de la familia por formar parte de un sistema familiar funcional son abiertos a los cambios, a la diferenciación, a los sentimientos de la persona como tal. (p.12)

Garcés & Palacio (2006) menciona:

La familia funcional se caracteriza por el cumplimiento eficaz de sus funciones, la presencia de un sistema familiar que permite el desarrollo de la identidad y la autonomía de sus miembros, cuenta con flexibilidad en las reglas y roles para la solución de los conflictos, tienen la capacidad de adaptarse a los cambios y presentan una comunicación clara, coherente y afectiva que permite compartir y superar los problemas.

- **Sistema Familiar Disfuncional:** Guizado & Rosero (2012) mencionan: “Se evidenciará mala comunicación, rigidez, y autoritarismo, desconocimiento y no práctica de normas o reglas, incompreensión entre los miembros, los roles familiares no se practican, carencia de afecto y una gran carga emocional, observándose irritabilidad y agresividad constante” (p.13) (...) “Se practica el irrespeto, la deshonestidad e indisciplina; manifestaciones derivadas del alto grado de indiferenciación en cada miembro de la familia, reflejando por lo tanto escasa capacidad de razonamiento consecuentemente inmadurez emocional” (p.12).

Las familias disfuncionales presentan negativos niveles de autoestima en sus miembros y la presencia de una comunicación deficiente y malsana que se manifiesta en comportamientos destructivos y a veces violentos, que limita el libre desarrollo de la personalidad de sus miembros.

Por lo tanto podemos decir que el sistema familiar influye en la conducta de los integrantes de cada familia dependiendo de su funcionalidad o disfuncionalidad, se evidenciará una buena o mala dinámica familiar.

Para la presente investigación se cita a Gabriel Smilkstein, creador del APGAR familiar (citado por Agueda Reynalte & Gómez, 2010), quien establece los siguientes niveles de funcionamiento familiar:

- 1. Buena función familiar:** Aquella donde la jerarquía generacional tiene fuerte autoridad de los padres; Subsistemas y límites claros; Flexibilidad del sistema por autonomía e interdependencia; adaptación a los cambios en forma saludable ante las demandas internas y externas, es decir a toda alteración en la composición de la familia, por ejemplo el nacimiento de un hijo, muerte de algún miembro, enfermedades crónicas y la lucha por restablecer el equilibrio, aceptando y manejando estos cambios.
- 2. Disfunción familiar leve:** Se caracterizan por una desorganización, malestar, situaciones de enfermedades físicas y emocionales en sus miembros. Familias que presentan problemas con una reacción de mala adaptación hacia las demandas de cambio y deben negociar compromisos que hagan posible la vida en común. Presentan una disfunción en las jerarquías y límites.
- 3. Disfunción familiar moderada:** Familias en las que hay competencia y rivalidad, se relacionan luchando por el poder y hacen partícipes de esta lucha y rivalidad a los hijos, haciéndolos partícipes e intermediarios de sus problemas de pareja. Dicha rivalidad va generando sentimientos de odio, que poco a poco desencadenan en ambientes familiares llenos de violencia y mala comunicación.
- 4. Disfunción familiar grave:** Los padres no tienen control en los límites a manejar con su familia: por ello, o todo mundo opina y nadie tiene claridad en aquello que se debe hacer; o en el caso contrario, los padres son muy rígidos y agresivos en sus criterios, usan la violencia y no permiten la interacción de sus miembros con el exterior, lo cual empobrece los criterios para conducir sanamente a su familia y limita la riqueza de influencias que sus hijos pueden tener en el contacto con los demás

### **2.2.2.3. El rol de la comunicación en la dinámica familiar**

“El acto de comunicarse presupone la existencia de la otredad como factor clave para construir relaciones, reconocer a los otros como interlocutores válidos y establecer relaciones con los demás es el fin primario de todo proceso de comunicación” (Satir, 1988).

La familia es precisamente el primer laboratorio social donde los seres humanos experimentan sus primeros contactos con otros (intersubjetividad), desarrollando vínculos afectivos o relaciones cercanas u ocasionales (interactividad). Por consiguiente, la contribución que puede hacer la familia en el proceso del desarrollo humano depende de qué tan funcional es su sistema, tanto en su estructura y modos de convivir, como en el tipo de comunicación y vínculos afectivos que establece en las relaciones sociales e íntimas que construye.

Virginia Satir (1981) menciona:

Cada persona trae los mismo elementos al proceso de comunicación, que son: Cuerpo que se mueve, tiene forma y figura; Valores que son aquellos conceptos que significan su manera de sobrevivir y llegar a la “buena vida” (los debiera y los debería para sí mismo y los demás); Expectativas del momento, nacidas de experiencias pasadas; Órganos sensoriales, ojos, oídos, nariz, boca y piel que permiten ver, oír, oler, saborear, tocar y ser tocado; Habilidad para hablar sus palabras y voz; Cerebro que es el almacén de todo sus conocimientos, incluyendo lo que ha aprendido de las experiencias pasadas, lo que haya leído y lo que se le haya enseñado.

Es evidente que la comunicación juega un papel importante en la dinámica de una familia y esta a su vez se convierte en un apoyo para cada miembro que la conforma.

#### 2.2.2.4. Sistemas de apoyo

Minuchin & Fishman (1988) mencionan:“(…) La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio. Por ello se considera que la familia es el primer sistema de apoyo pues son con quienes el paciente comparte un estilo de vida”.

Guizado& Rosero (2012) mencionan:

Cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica, es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida (niñez o adulto mayor). La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. (pág. 48).

Entendiéndose que la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. Entonces el apoyo familiar para el paciente crónico es muy significativo, no solo porque aumenta el funcionamiento físico y emocional del paciente, sino también porque puede promover adherencia al tratamiento

“El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias del ciclo vital de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc.”(Cifuentes R. & Yefi Quintul , 2005). Por ello lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Por lo tanto las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

Sinche & Suárez Bustamante (citado por Guizado& Rosero, 2012) mencionan:“(…) A diferentes tiempos en el curso de la enfermedad los paciente necesitaran de diferentes tipos de apoyo. La ayuda tangible, como el ser llevado a algún lugar

o el que se les realice la cita médica pueden ser importante en un momento”. Pero no hay que dejar de lado que en otros casos el apoyo emocional puede ser más importante para el paciente, mejor aún si proviene de su familia, pues son con quienes comparte a diario un estilo de vida. Los autores mencionan además: “La funcionalidad familiar está relacionada con el proceso salud / enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud, contrarrestar su efecto o puede afectar el funcionamiento de la familia” (p.38).

#### **2.2.2.4.1. Tipos de sistemas de apoyo**

Cifuentes R. & Yefi Quintul (2005) en su investigación menciona los siguientes:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sistemas de apoyo naturales:</b></li><li>- Familia</li><li>- Compañeros de trabajo</li><li>- Compañeros de estudio</li><li>- Compañeros de culto y creencias</li><li>- Amigos, vecinos, etc.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sistemas de apoyo organizados:</b></li><li>- Servicios sociales institucionales</li><li>- Asociaciones de autoayuda</li><li>- Organizaciones no gubernamentales</li><li>- Ayuda profesional</li></ul> |
|---|--|

Poveda (2002) menciona que generalmente se reconocen tres tipos de apoyo:

- 1. Apoyo emocional:** Sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
- 2. Apoyo tangible o instrumental:** Prestar ayuda directa o servicios.
- 3. Apoyo informacional:** Proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía, que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional.

#### **2.2.2.5. Reacción de la familia frente al diagnóstico de Diabetes**

Cifuentes R. & Yefi Quintul (2005) afirman: “Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, saboteando sus esfuerzos o poniendo

obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característica de miedo, de negación y falta de educación” (p.10).

Los miembros de la familia pueden ser extremadamente protectores y fomentar la dependencia. La sobre-protección puede frenar la progresión natural del desarrollo de su vida. Por tanto, el equipo de salud ha de estar atento a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia.

En otras situaciones Cifuentes R. & Yefi Quintul (2005) mencionan:

La familia en cambio, se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales. (pág. 10)

Se debe entonces tener en cuenta las demandas y presiones del paciente y familiares, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados y desarrollen estrategias de afrontamiento de manejo adecuado.

#### **2.2.2.6. Factores que modifican la intensidad del impacto en la familia frente a una enfermedad.**

La psicóloga Iñaki Lorente Armendáriz menciona que la presencia de una enfermedad crónica en la familia no afecta de igual manera a todos sus componentes. Son muchas las variables que entran en juego. Propone principalmente las siguientes:

**1.- La actitud de quién padece de diabetes:** Así como el modo en que la persona diabética afronta su enfermedad depende de la actitud que presente, la intensidad

con que “sufra” el familiar también está íntimamente ligada a su postura hacia la misma. “¡qué catástrofe! ¡Nada volverá a ser como antes!”.

**2.- La cercanía o lejanía afectiva a la persona que tiene diabetes:** Aunque muy relacionado con él, aquí no se trata del grado de parentesco que se tenga, sino de los afectos que nos unen a las personas. No tiene el mismo impacto sobre nosotros la noticia de que tiene diabetes alguien a quien queremos muchísimo que otro al que simplemente le tenemos cariño.

**3.- El grado de compromiso que se haya adquirido en la relación:** Cuanto más involucrada se encuentre la persona en esa relación, más influirá y se dejará influenciar por lo que le ocurra al otro. No es igual que la persona con diabetes sea tu esposa que tu hijo. Seguramente los afectos serán muy intensos en ambos casos, pero el compromiso de “criar” a un hijo va a exigir una presencia más activa en el seguimiento de la enfermedad.

**4.- Las características individuales de la persona diabética:** Como es lógico, la edad que tenga quien padece la enfermedad es una de las características individuales determinantes (es radicalmente diferente si tiene 8 años o si son 38), pero no es la única.

### **2.2.3. AFRONTAMIENTO**

Las estrategias de afrontamiento conforman la segunda variable de la presente investigación, por ello se enuncia los siguientes subtemas para una mejor comprensión.

#### **2.2.3.1. Definición:**

El término "afrontamiento" aparece en la literatura científica en estrecha relación con el estrés y su influencia en el proceso salud-enfermedad. Se destacan los estudios de Cohen y Lazarus (citado por Macías A.,2013) quienes definen el afrontamiento frente a una enfermedad desde una perspectiva individual planteando al afrontamiento como: “Proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y

en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno”; pero McCubbin es quien da una perspectiva del afrontamiento a nivel familiar.

McCubbin, Cauble & Patterson (citado por Macías A., 2013) advierten que “Los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social”. De esta forma, al interior del grupo familiar se despliega el uso de estrategias para afrontar una crisis, con el fin de mantener y/o recuperar el equilibrio y garantizar el bienestar de sus miembros

Hernández (1991) (citado por Macías A., 2013) menciona: “Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este”. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos.

#### **2.2.3.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

“Los enfermos crónicos reportan menos usos de estrategias activas de afrontamiento, tales como planeación, solución de problemas, confrontar la situación, y utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento pasivas, tales como: enfoque positivo y estrategias de escape o evitación” (Guizado & Rosero, 2012, p.49).

Es indudable que las personas desarrollan estrategias de afrontamiento de manera individual, sin embargo son aprendidas dentro del núcleo familiar y de la relación con la sociedad. Murray Bowen (1976) cuando ingresó al National Institute of Mental Health (NIMH) observó que las familias que ingresaban a terapia familiar conjunta presentaban mayores avances que las familias que continuaban en terapia individual (Instituto Bateson, 2014). Vemos reflejado entonces la importancia de la interacción familiar para el desarrollo de estrategias adaptativas.

McCubbin & McCubbin (citado por Macías, 2013) mencionan:

A pesar de que tanto el afrontamiento individual como el familiar impliquen esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante se distinguen entre ellos. El primero hace mención a procesos individuales que si bien reciben influencia de lo social, es el sujeto mismo quien define su propia orientación para manejar los problemas en su vida cotidiana y con ello concreta el tipo de estrategia que utiliza al afrontar los eventos críticos o estresantes en su realidad. Por su parte, el afrontamiento familiar ilustra una dinámica de grupo, que busca regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros.

#### **2.2.3.2.1. Estrategias de afrontamiento individual**

A lo largo de la historia se ha intentado comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le generan estrés, que son desbordantes y que intenta manejar a través de ciertas estrategias. Lazarus & Launier (1978) definieron el afrontamiento como “Esfuerzos intrapsíquicos orientados a la acción con el fin de dar manejo a las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales”.

En 1986, la propuesta de Lazarus y Folkman es la que cuenta con un mayor reconocimiento; planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural, en este momento ya definen el afrontamiento como los "Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p.164).

“Desde esta perspectiva se contempla el afrontamiento como un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno” (Mattlin, Wethington & Kessler, 1990). Igualmente se reconoce la mutua interacción entre el individuo y las instituciones sociales a las que pertenece, y que a su vez conforman el ambiente que lo rodea. El afrontamiento se deriva de las interacciones de las personas con y en las múltiples circunstancias de su vida.

Como lo plantea Blanco (1995), “El individuo al pertenece a un contexto socio-cultural es partícipe activo de una realidad simbólica unida por el lenguaje, donde genera un esquema de comportamiento; así, al realizarse cualquier cambio en su sistema socio-cultural, cambiarían los esquemas o representaciones mentales que la persona ha creado” (citado por Secor & Backman, 1964; Eiser, 1989; Rodríguez, 1991).

#### **2.2.3.2.2. Estrategias de afrontamiento familiar**

McCubbin et al.(citado por Macías, 2013) menciona: “Al igual que en afrontamiento individual, el familiar implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema”.

Afrontamiento familiar desde el enfoque sistémico utilizado por McCubbin, et al. (1981), entre otros, permite dar una mirada al sistema familiar como un conjunto de interacciones en el cual el afrontamiento individual y afrontamiento familiar configuran procesos interactivos en los que se influyen mutuamente, al tiempo que dichas interacciones y formas de proceder se contextualizan en la cultura.

El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (McCubbin et al. 2005). Las estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican en el tiempo (Galindo & Milena, 2003), considerando las diversas situaciones por las que un individuo va experimentar a lo largo de su vida, sean agradables o desagradables concordando con lo afirmado por Lazarus y Folkman (1984) se puede decir que: “No hay un estilo único de afrontamiento, sino que se emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas que surgen a lo largo del proceso.

Galindo y Milena (citado por Amarís, Paternina & Vargas, 2004) señalan que “La familia debe ser considerada como un grupo complejo que elabora su propia

lectura de la realidad, es decir que la familia conforma una institución donde existen unas leyes y normas que rigen su funcionamiento”. En este sentido, los miembros pertenecientes deben asumir un rol y una posición dentro del sistema familiar y cada miembro tiene una posición, que influenciará el papel que los otros miembros desempeñen dentro del sistema

De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003).

Las familias, con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento. En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Olson et al., 1984; Galindo & Milena, 2003). La disfuncionalidad de una familia podría incurrir en que los miembros presenten un afrontamiento individual disfuncional, alternativo a un pobre afrontamiento familiar.

#### **2.2.3.2.3. Clasificación de las estrategias**

McCubbin, Olson y Larsen (1981), a partir de sus investigaciones sobre las estrategias conceptuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias de situaciones en crisis, proponen los siguientes tipos de estrategias:

- **Reestructuración:** Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.

- **Evaluación pasiva:** Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
- **Atención de apoyo social:** Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
- **Búsqueda de apoyo espiritual:** Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.
- **Movilización familiar:** La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Cano, Rodríguez & García, (2006) realizan la adaptación cuya versión consta de 40 ítems divididos en 8 sub-escalas, que son las siguientes:

**a) Manejo adecuado:**

Indican esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.

Incluye las subescalas: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, descritas a continuación:

1. **Resolución de problemas:** Estrategia cognitiva y conductual encaminada a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. Comienza con la identificación del problema en cuestión, posterior a ello es necesario establecer una planificación para desarrollar la acción que derive en la resolución.
2. **Reestructuración cognitiva:** Estrategias cognitivas que identifica, analiza, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.
3. **Apoyo social:** Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional, el individuo acude a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos), profesionales (abogados, psicólogos, sanadores, etc.) o líderes espirituales, para buscar apoyo instrumental, información, apoyo emocional. Implica

compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos (sin culpar a los que nos ayudan o apoyan).

- 4. Expresión emocional:** Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. Consiste en expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (llorar, gritar, liberar la agresividad), puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles.

#### **b) Manejo inadecuado:**

Sugirieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Incluye las subescalas: Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, descritas a continuación.

- 1. Evitación de problemas:** Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante, el individuo prefiere no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente (“Saco el problema de mi mente”), empleo de un pensamiento irreal (o mágico), improductivo (“Ojalá hubiese desaparecido esta situación”), realizar actividades como distracción (ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas de autocuidado, como arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas, salir con amigos - o solo - a divertirse), o estrategias reductoras de tensión (paliativas) como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos.
- 2. Pensamiento desiderativo:** Estrategia cognitiva que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras
- 3. Retirada social:** Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociada con la reacción emocional en el proceso estresante. Retirarse de la interacción social, ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, o por huir de los demás por reserva (para que no conozcan su problema (“Guardar mis sentimientos para mí solo”), o ambas cosas.

- 4. Autocrítica:** Estrategia basada en la autoinculpación por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo, reconociendo la propia responsabilidad en el origen, mantenimiento o manejo del problema (situación estresante), y actuar en base a ésta reflexión.

#### **2.2.3.2.4. Elementos de una crisis de afrontamiento familiar**

De acuerdo con McCubbin et al. (1982), los componentes básicos de la teoría de estrés familiar se remontan a Hill (1949; 1958) con su formulación del modelo ABCX que ha estado vigente desde mediados del siglo pasado y ha resistido la prueba del tiempo. En este modelo puede resumirse la crisis familiar de la siguiente manera:

- A. Es el hecho precipitante y sus efectos sobre el sistema (dolor, angustia, miedo). Evento estresor y/o acumulación de demandas
- B. Recursos de la familia para enfrentarse a ese hecho. Ya sean personales familiares o extra familiares y a su vez afectivos, económicos, consejo y conducta.
- C. Es la definición que se tiene del hecho precipitante. Percepción o significado que la familia le atribuye al acontecimiento estresante y su capacidad para manejarlo.
- X. Son los niveles de estrés. Burr amplía el modelo añadiendo dos variables más.
- D. El poder regenerativo de la familia, es decir, la capacidad de recobrase o salir de la crisis. Que supone el evaluar los recursos del sistema familiar tanto internas como externas. También hay que analizar cómo ha afrontado la familia otras crisis y su capacidad de reorganización.
- E. La vulnerabilidad familiar. Todos los sujetos están expuestos a sufrir a partir de sucesos que pueden provocar la crisis.

Para empezar hablar de estrategias de afrontamiento vemos la necesidad de definir en primer lugar los estilos de afrontamiento, pues entendemos que estos dos términos se complementan.

Guizado & Rosero (2012) mencionan en su investigación que: “Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia” (p.8), mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones o comportamientos más específicos de la situación.

#### **2.2.4. DIABETES**

La población a investigar es el Club de Diabéticos y Consulta Externa por ello se considera de importancia hacer una breve descripción sobre el tema.

##### **2.2.4.1. Definición**

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2014) afirma:

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.

##### **2.2.4.2. Clasificación de la Diabetes.**

La Federación Internacional de Diabetes (2014) describe tres tipos principales:

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)
- Diabetes Tipo 2

###### **2.2.4.2.1. Diabetes tipo 1**

La diabetes tipo 1 está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas.

Como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La razón por la que esto sucede no se acaba de entender. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de diabetes necesitan inyecciones de insulina a diario con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 morirá.

La diabetes tipo 1 suele desarrollarse repentinamente y podrían presentarse síntomas como:

- Sed anormal y sequedad de boca
- Micción frecuente
- Cansancio extremo/falta de energía
- Apetito constante
- Pérdida de peso repentina
- Lentitud en la curación de heridas
- Infecciones recurrentes
- Visión borrosa

Las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida normal y saludable mediante una combinación de terapia diaria de insulina, estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual.

#### **2.2.4.2.2. Diabetes Mellitus Gestacional**

Se dice que una mujer tiene diabetes mellitus gestacional (DMG) cuando se le diagnostica diabetes por primera vez durante el embarazo. Cuando una mujer desarrolla diabetes durante el embarazo, suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación.

Ya que la diabetes gestacional suele desarrollarse en una etapa avanzada de la gestación, el bebé ya está bien formado, aunque siga creciendo. El riesgo para el bebé es, por lo tanto, menor que los de cuyas madres tienen diabetes tipo 1 o tipo

2 antes del embarazo. Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral.

La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta.

#### **2.2.4.2.3. Diabetes Mellitus Tipo 2**

La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre.

Las personas con diabetes tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes.

Aunque las razones para desarrollar diabetes tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores de riesgo importantes. Éstos son:

- Obesidad
- Mala alimentación
- Falta de actividad física
- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de diabetes
- Origen étnico
- Nutrición inadecuada durante el embarazo, que afecta al niño en desarrollo

En contraste con las personas con Diabetes Tipo 1, la mayoría de quienes tienen Diabetes Tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, para controlar la afección se podría recetar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. (Cifuentes R. & Yefi Quintul , 2005).

#### **2.2.4.3. Complicaciones Diabéticas**

Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas graves de salud. Unos niveles permanentemente altos de glucemia pueden causar graves enfermedades, que afectarán al corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Además, las personas con diabetes también corren un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de ingresos altos, la diabetes es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, ceguera, insuficiencia renal y amputación de extremidades inferiores (...). Las personas con diabetes necesitan hacerse revisiones con regularidad para detectar posibles complicaciones. (IDF, 2014)

El Ministerio de Salud (2013) indica que la diabetes es una enfermedad controlable y con un diagnóstico oportuno se evitarían muchas complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares, infarto del

miocardio y pie diabético. Los síntomas de esta enfermedad son sed excesiva, orinar con mayor frecuencia, aumento del apetito y pérdida de peso sin motivo aparente.

### **2.2.5. PROPUESTA SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

La presente propuesta está elaborada en referencia a los autores Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989) versión en español y adaptada por Cano, Rodríguez & García (2006), con enfoque teórico cognitivo - conductual, y dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos y a Consulta Externa (especialidad de diabetología) del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

Se busca que una vez conocidas las estrategias de afrontamiento, los pacientes identifiquen que estrategia es la que usan en mayor medida, si ésta es de manejo adecuado o inadecuado, para que sea reforzada o modificada correspondientemente.

❖ **Objetivo:** Proponer estrategias de afrontamiento adecuadas para los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

❖ **Aspectos generales:**

La propuesta está diseñada:

- Al finalizar el proyecto de investigación: “Dinámica familiar y afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, periodo septiembre 2015 - febrero 2016.”
- Tomando en cuenta los resultado obtenidos de la relación que existe entre dinámica familiar y estrategias de afrontamiento.
- Haciendo referencia a que las estrategias varían en las diferentes situaciones, distintos tipos de problema y de una familia a otra.

- Considerando que su efectividad está en dependencia de los recursos familiares, tipo de acontecimiento y contexto en el que se aplique.
- Respaldándonos con la descripción de las subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento utilizado en la investigación, cuya clasificación está dividida en dos grupos (Manejo adecuado e inadecuado) descritas a continuación.

### **2.2.5.1. SUBESCALAS SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MANEJO ADECUADO**

#### **Descripción general:**

- Indican esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante (Enfermedad).
- Son las acciones específicas que asume la familia para hacerle frente a la situación que atraviesa.
- Implica cambios, ajustes de roles, toma de decisiones.
- Constituye un recurso protector para la salud familiar.

#### **Dentro de este grupo encontramos las siguientes subescalas:**

**1. Resolución de problemas:** Estrategia encaminada a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

#### ➤ **Objetivos:**

- Identificar el problema en cuestión.
- Establecer una planificación.
- Desarrollar la acción que derive en la resolución.

➤ **Ejemplo:** La persona debe reconocer y aceptar que la enfermedad forma parte de él y que es tratable, siguiendo el tratamiento adecuado y los controles médicos necesarios, es decir que la enfermedad no le imposibilita a desarrollar actividades de interés sin ningún problema.

#### ➤ **Ventajas:**

- ✓ La persona mejorará su calidad de vida.

- ✓ Disminuye la angustia que puede generar el no saber cómo sobrellevar la enfermedad, sin que ésta sea un impedimento para desempeñar sus actividades cotidianas.

**2. Reestructuración:** Estrategia que identifica, analiza, y modifica pensamientos negativos que puede presentar el paciente frente a la enfermedad.

- **Objetivo:** Modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones.
- **Ejemplo:** La persona puede identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza.) que está sintiendo en ese momento, analizando qué beneficios le trae pensar o sentirse de esa manera y así pueda generar alternativas para enfrentar su enfermedad, buscando el lado positivo de la situación.
- **Ventajas:**
  - ✓ Ayuda a la persona a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.
  - ✓ La persona podrá realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

**3. Apoyo social:** Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos, es decir sin culpar a los que nos ayudan o apoyan.

- **Objetivo:** Acudir a otros para buscar apoyo instrumental.
- **Ejemplo:** La persona puede buscar apoyo de los siguientes grupos:
  - Personas cercanas (pareja, familiares, amigos)
  - Grupos organizados (Club de Diabéticos)
  - Profesionales (Diabetólogo, psicólogos, enfermeras, promotores de salud, etc.)
  - Líderes espirituales
- **Ventajas:**
  - ✓ La persona se sentirá respaldada, sentirá que no está solo/a, y que puede pedir ayuda en caso de necesitarlo.
  - ✓ Podrá conseguir estabilidad y una mejor adherencia al tratamiento.

**4. Expresión emocional:** Estrategia encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

- **Objetivo:** Expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos
- **Ejemplo:** La persona en un determinado momento puede: llorar, gritar, liberar la agresividad, etc.
- **Ventajas:**
  - ✓ Puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles, sin importar la complejidad de la misma y de los momentos por los que pueda atravesar.
  - ✓ Evita que la persona reprima sus emociones, dejándolas salir en el momento que es necesario.

#### **2.2.5.2. SUBESCALAS SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MANEJO INADECUADO**

❖ **Descripción general:**

- Sugieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.
- Se caracteriza por una incapacidad familiar para reajustarse ante la ocurrencia de los acontecimientos significativos de la vida familiar y la inmovilidad al cambio ante los requerimientos de las nuevas situaciones.

**Dentro de este grupo encontramos las siguientes subescalas:**

**1. Evitación de problemas (distanciamiento, evasión):** Consiste en apartarse del problema, no pensar en la enfermedad, o pensar en otra cosa, para supuestamente evitar que afecte o genere estrés.

- **Objetivo:** Elaborar realidades alternativas, evitando pensar en la enfermedad.
- **Ejemplo:** La persona puede realizar actividades como:
  - Distracción (ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical)
  - Conductas de autocuidado, (arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas)
  - Salir con amigos o solo a divertirse.

- Estrategias reductoras de tensión (paliativas) como: comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas.

➤ **Desventajas:**

- ✓ La persona saca el problema de su mente, empleando un pensamiento irreal (o mágico) e improductivo, que no le permite afrontar su situación
- ✓ Solo genera angustia, al no poder vivir esa realidad que está en sus pensamientos.
- ✓ Generar dependencia de las actividades distractoras y no hace nada para enfrentar la enfermedad.

**2. Pensamiento desiderativo:** Estrategia que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante.

➤ **Objetivo:** Fantasear sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

➤ **Ejemplo:** La persona puede alimentar el deseo, ilusión o suposiciones infundidas que carecen de evidencias o fundamentos comprobables. Diciendo por ejemplo “Ojalá hubiese desaparecido esta situación”.

➤ **Desventajas:**

- ✓ La persona puede generar angustia al ver que sus deseos no se cumplen
- ✓ Vivir solo con una fantasía.
- ✓ Genera frustración al no poder regresar el tiempo y cambiar la situación.

**3. Retirada social:** Retirarse de la interacción social respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas.

➤ **Objetivo:** Huir de los demás con el fin de guardar sus sentimientos para sí mismos.

➤ **Ejemplo:** La persona en presencia de algún problema, donde genera sentimientos o pensamientos de dolor o angustia, va a preferir encerrarse en su cuarto, evitando de cualquier modo el contacto con familiares o personas cercanas a él.

➤ **Desventajas:**

- ✓ La persona tiende a quedarse sola.
- ✓ Reprime las emociones, especialmente cuando se presenten problemas.

- ✓ Genera mayores emociones de angustia.
- ✓ Crea distancia entre sus allegados, por evitar que sientan pena o lastima hacia sus sentimientos.

**4. Autocrítica:** Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

➤ **Objetivo:**

- Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos.
- Reconocer la propia responsabilidad en el origen, mantenimiento o manejo del problema, generando culpa.

➤ **Ejemplo:** La persona se autocrítica por la enfermedad, y actúa en base a ésta reflexión, dejando de acudir al tratamiento, sintiendo que no lo merece.

➤ **Desventajas:**

- ✓ La persona genera sentimientos de culpa.
- ✓ Se ve afectado su autoestima.
- ✓ Obstaculiza el proceso del tratamiento.

### **2.3.HIPÓTESIS**

La Dinámica Familiar influye en las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al “Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo septiembre 2015 - febero 2016”

### **2.4.VARIABLES**

#### **2.4.1. Variable Independiente**

Dinámica Familiar

#### **2.4.2. Variable Dependiente**

Estrategias de afrontamiento.

## 2.5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Los siguientes términos fueron definidos por el diccionario virtual ABC, (2015) & definición.de, (2015).

1. **Ajuste** (según Piaget): Creación de nuevas estrategias o modificación o combinación de las anteriores para manejar nuevos retos.
2. **Autoevaluación:** Es un método que consiste en valorar uno mismo la propia capacidad que se dispone para tal o cual tarea o actividad.
3. **Apatía:** Indiferencia frente a los acontecimientos, las personas o el medio que rodea al sujeto.
4. **Contexto:** Conjunto de circunstancias (materiales o abstractas) que se producen alrededor de un hecho, o evento dado.
5. **Control metabólico:** Sostenimiento de cifras cercanas a lo normal para la glucemia (glucosa en sangre), entre 70 y 100 miligramos por decilitro (mg/dL). Cuantos más años de buen control, menor riesgo de desarrollar complicaciones crónicas de la diabetes.
6. **Enfermedad:** Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición de salud.
7. **Glicemia:** Es la cantidad de glucosa contenida en la sangre; generalmente se expresa en gramos por litro de sangre.
8. **Hiperglucemia:** Es el término técnico que utilizamos para referirnos a los altos niveles de azúcar en la sangre.
9. **Holón:** La palabra fue acuñada por Arthur Koestler. Es algo que es a la vez un todo y una parte.
10. **Homeostasis:** Propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (metabolismo).
11. **Interactivo:** Designará a todo aquello que proviene o procede por interacción. Por interacción se designa a aquella acción que se ejerce de manera recíproca entre dos o más sujetos, objetos, agentes, fuerzas o funciones.

- 12. Intersubjetivo:** Que sucede en la comunicación intelectual o afectiva entre dos o más sujetos.
- 13. Morbimortalidad:** Se refiere a las enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.
- 14. Motivación:** Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.
- 15. Otredad:** Se trata del reconocimiento del Otro como un individuo diferente, que no forma parte de la comunidad propia. No percibir al otro como igual, sino como alguien diferente.
- 16. Parentesco:** Red de relaciones interpersonales entre personas unidas por lazos de consanguinidad y de afinidad.
- 17. Prevalencia:** Dentro del ámbito de la medicina, se habla de la prevalencia para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad dentro del total de un grupo de personas en estudio. Se trata, por lo tanto, de una noción de uso frecuente en la epidemiología (la disciplina especializada en el origen y el desarrollo de las epidemias).
- 18. Rol:** En psicología social se considera que el rol es la personalidad pública de cada individuo, vale decir, el papel más o menos predecible que asume con el objeto de amoldarse a la sociedad de la que forma parte.
- 19. Síntoma:** En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo.
- 20. Sistema:** Es un grupo de personas que interaccionan entre sí, y donde las relaciones entre sus miembros están afectadas y constituidas por una serie de reglas, criterios y normas. Mediante estos indicadores de relación, el sistema familiar se configura como una totalidad.

**CAPÍTULO III**

**MARCO**

**METODOLÓGICO**

### 3.1. METODOLOGÍA

Los métodos utilizados en la investigación son:

**3.1.1. Método científico:** Se refiere a la serie de etapas que hay que recorrer para obtener un conocimiento válido desde el punto de vista científico, utilizando para esto instrumentos que resulten fiables. El método científico está basado en los preceptos de falsabilidad y reproducibilidad (Franco, 2011). Al conocer que el Método Científico es un conjunto de pasos, ayudará a alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables, por ejemplo en la investigación se hizo uso del inventario de estrategias de afrontamiento y el APGAR familiar.

**3.1.2. Método inductivo-deductivo:** este método es utilizado ya que parte de la observación para plantear un problema, y partiendo del marco teórico se plantea una hipótesis mediante razonamiento deductivo, además se cumplió con sus fases, es decir: planteamiento del problema, revisión bibliográfica, formulación de hipótesis, recolección de datos, análisis de datos, interpretaciones, prueba de hipótesis y conclusiones.

### 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

**3.2.1. De enfoque Cuantitativa:** Pues se hizo el análisis e interpretación de resultados gracias a los datos conseguidos estadísticamente con la aplicación de reactivos psicológicos, obteniendo como resultado el nivel de funcionamiento familiar y las estrategia de afrontamiento que utilizan los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

**3.2.2. No experimental:** Diseño de investigación utilizado ya que las variables (dinámica familiar – estrategias de afrontamiento) no han sido manipuladas. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. (Hernandez, Fernandez , & Baptista, 2012)

### **3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

**3.3.1. Documental:** Tipo de investigación que depende fundamentalmente de la información que se recoge o se consulta en documentos, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar (Cazares, 2000). En la presente investigación se toma como referencia principalmente a los autores Minuchin & Fishman, Virginia Satir y McCubbin, respaldando la información con otras fuentes bibliográficas de varios autores, referente al tema de investigación.

**3.3.2. Investigación de campo:** Como es de conocimiento mediante éste proceso el investigador vive directamente una realidad, en este caso con el fin de determinar la dinámica familiar y las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, entendiéndose que la aplicación de baterías psicológicas es directamente con los participantes y de manera individual, así por ejemplo en el club de diabéticos se impartió una charla para informar el tema de investigación, y en consulta externa se elaboró un volante informativo respecto al tema por la limitación del tiempo de los pacientes.

**3.3.3. Transversal:** La presente investigación se realizó durante el periodo, septiembre 2015 – febrero 2016, con una duración de seis meses, en el “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, en el club de diabéticos y consulta externa.

### **3.4. DEL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

**3.4.1. Descriptiva:** Consiste fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores, por ello en la investigación se describirá las variables (dinámica familiar y estrategias de afrontamiento), mediante la utilización de reactivos psicológicos (APGAR familiar e inventario de estrategias de afrontamiento), con la finalidad de obtener el nivel de funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamientos utilizadas por la muestra de estudio.

### **3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.5.1. Población:**

Un total de 286 pacientes que asisten al “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, (Club de Diabéticos y Consulta externa de especialidad diabetología)

#### **3.5.2. Muestra:**

La muestra está integrada por 30 participantes, conformados de la siguiente manera:

- 10 personas del club de diabéticos
- 20 personas de consulta externa especialidad de diabetología

La muestra es no probabilística, ya que se utilizó criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación.

#### **3.5.3. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **3.5.3.1. Inclusión:**

- Pacientes de 25 a 55 años de edad que asistan al Club de Diabéticos y a consulta externa.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 confirmado, por el médico especialista del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

##### **3.5.3.2. Exclusión:**

- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 que sean menores de 25 años de edad o mayores de 55 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1, Hipertensión, Diabetes Gestacional y personas que asisten por prevención a consulta externa o

integren el Club de Diabéticos del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

### **3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.6.1. Técnica:**

**Reactivos psicológicos:** tiene por objetivo medir o evaluar características psicológicas específicas, o los rasgos generales de un individuo, razón por la cual en la investigación se hará uso del test “APGAR familiar” y el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento”.

#### **3.6.2. Instrumentos para la recolección de datos:**

##### **3.6.2.1. APGAR familiar**

Con el fin de obtener el nivel de funcionamiento familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 se hizo uso test de APGAR familiar, descrito a continuación.

Instrumento elaborado por Gabriel Smilkstein en 1979 y validado en diferentes investigaciones, evalúa los niveles de funcionamiento familiar. Además no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. “Smilkstein consiguió crear un acrónimo identificando 5 de las funciones familiares que consideraba más importantes dentro de la dinámica familiar con cada una de las letras. (APGAR) formulando por cada función una pregunta”.(Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014), enumeradas a continuación:

1. Adaptación.
2. Participación.

3. Gradiente de recurso personal (Crecimiento).
4. Afecto.
5. Recursos.

#### **3.6.2.1.1. La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:**

El paciente anota una de las 5 posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

**Siempre:** 4 puntos; **Casi siempre:** 3 puntos; **Algunas veces:** 2 puntos; **Casi nunca:** 1 punto; **Nunca:** 0 puntos.

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente, obteniendo los siguientes posibles resultados:

- Buena Función familiar: 17-20 puntos.
- Disfunción familiar leve: 16-13 puntos.
- Disfunción familiar moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos.

#### **3.6.2.2. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Versión en español de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989), adaptada por Cano, Rodríguez & García (2006).

Reactivo psicológico utilizado para obtener las estrategias de afrontamiento más utilizadas de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Esta versión consta de 40 ítems dividido en 8 sub-escalas, que son las siguientes:

##### **a) Manejo adecuado.**

1. Resolución de problemas
2. Reestructuración cognitiva
3. Apoyo social
4. Expresión emocional

##### **b) Manejo inadecuado**

1. Evitación de problemas

2. Pensamiento desiderativo
3. Retirada social
4. Autocrítica

#### **3.6.2.2.1. Forma de calificación**

La calificación más alta por pregunta es de 4 y la menor es 0, de tal manera se dispone a sumar las preguntas referentes a cada tipo de afrontamiento, así tenemos:

1. Resolución de problemas (REP)	Preguntas: 01, 09, 17, 25 y 33
2. Auto crítica (AUC)	Preguntas: 02, 10, 18, 26 y 34
3. Expresión emocional (EEM)	Preguntas: 03, 11, 19, 27 y 35
4. Pensamiento desiderativo (PSD)	Preguntas: 04, 12, 20, 28 y 36
5. Apoyo social (APS)	Preguntas: 05, 13, 21, 29 y 37
6. Restructuración cognitiva (REC)	Preguntas: 06, 14, 22, 30 y 38
7. Evitación de problema (EVP)	Preguntas: 07, 15, 23, 31 y 39
8. Retirada social (RES)	Preguntas: 08, 16, 24, 32 y 40

#### **3.6.3. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de los test aplicados fueron analizados mediante la estadística básica en el programa Excel; los resultados fueron representados a través de tablas y gráficos, para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones.

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E**

**INTERPRETACIÓN**

**DE RESULTADOS**

#### 4.1. ANÁLISIS DEL TEST “APGAR FAMILIAR”

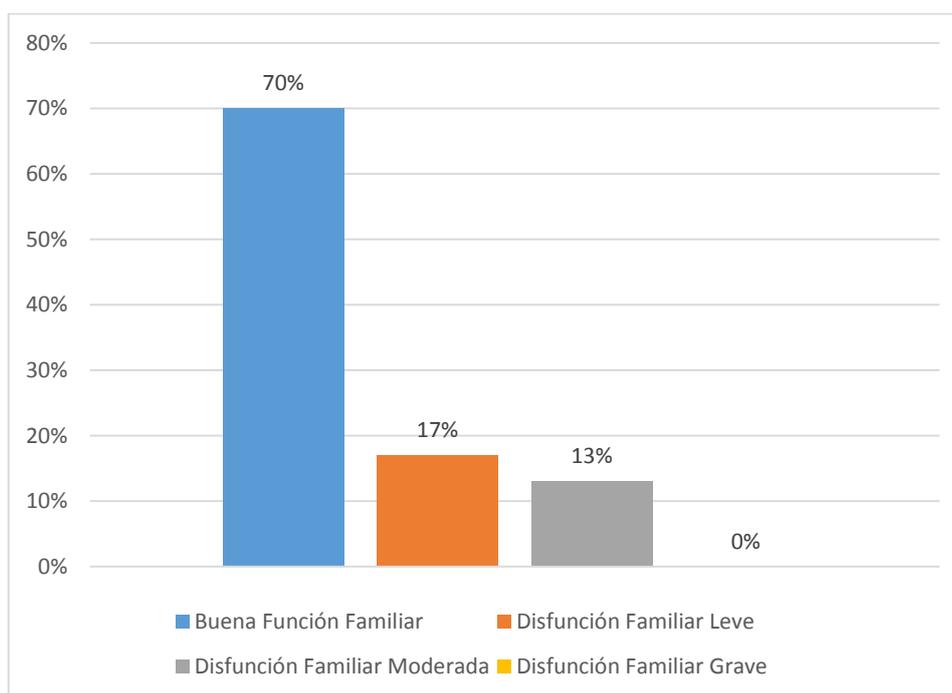
**TABLA N° 1 Nivel de funcionamiento familiar**

DESCRIPCIÓN	Frecuencia	PORCENTAJE
Buena Función Familiar (17-20)	21	70%
Disfunción Familiar Leve (13-16)	5	17%
Disfunción Familiar Moderada (10-12)	4	13%
Disfunción Familiar Grave (<9)	0	0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Test de APGAR familiar, aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”

**ELABORADO POR:** AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.

**GRÁFICO N° 1 Nivel de funcionamiento familiar**



**FUENTE:** Test de APGAR familiar, aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”

**ELABORADO POR:** AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.

## ANÁLISIS

Una vez aplicado y tabuladas las respuestas del APGAR Familiar se obtuvo los siguientes resultados del nivel de funcionamiento familiar, de 30 pacientes que corresponden al 100% de la población; 21 pacientes que equivalen al 70% pertenecen a familias con *Buena Función Familiar*; 5 pacientes que equivalen al 17% pertenecen a familias con *Disfunción Familiar Leve*; 4 pacientes que equivalen al 13% pertenecen a familias con *Disfunción Familiar Moderada*, y, 0 pacientes que equivalen al 0% pertenecen a familias con *Disfunción Familiar Grave*.

## INTERPRETACIÓN

Entendiéndose que los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 pertenecen en su mayoría a familias con una Buena Función Familiar, considerando que son familias donde existe buena comunicación, interacción entre los miembros de la familia (dinámica familiar), roles y límites claros y principalmente facilidad de adaptarse a los cambios, pues como menciona Satir (1981), “Los padres de familias nutridoras saben que habrá problemas, por el simple hecho que la vida los presenta, pero ellos estarán siempre alertas para buscar soluciones creativas para cada nuevo problema, a medida que éste se suscite”; No se puede dejar de lado a los pacientes que presentan Disfunción Familiar, considerando que carecen de recursos necesarios para buscar soluciones frente a posibles problemas

En presencia de un problema/necesidad, la ayuda de la familia es de importancia, ya que como menciona Satir (1981), “La familia es el lugar donde se encuentra el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado; el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías”. Por ello la importancia del apoyo familiar para el paciente diabético a lo largo de su tratamiento, pues de manera directa o indirecta pueden obstaculizar o motivar al adecuado control de la enfermedad.

Minuchin (1988), sobre la participación, menciona que: “La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, éstas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia”; se puede decir que cada paciente dependiendo en el grupo familiar que se desarrolle y de la participación que tenga va a influir de manera activa en sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto.

La aceptación y apoyo de la familia para iniciar nuevas actividades, es de importancia en pacientes diabéticos ya que deben adaptarse al cambio de situación y a veces deben adoptar nuevos roles y emprender nuevos retos a causa de su enfermedad, modificando sus hábitos y actividades.

En cuanto a la expresión de afecto y como se responde a cada emoción, Satir (1981), menciona que: “Si todos los seres humanos prescindieran de los sentimientos de ternura, podrían convertirse en robots peligrosos. Si prescindieran de su propia rudeza, se transformarían en parásitos”, se considera que la familia es el lugar donde todo esto se puede modificar, ya que son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar a sobrellevar la enfermedad, pues el paciente desarrolla la mayoría de hábitos en el contexto familiar.

El compartir de la familia es fundamental para una buena dinámica familiar, ya que como menciona Satir (1981): “Si uno reúne a todas las familias que existen en la actualidad, se tiene a la sociedad, así es de sencillo, la familia y la sociedad se componen de personas que tiene que trabajar juntas cuyos destinos están ligados entre sí”, sin embargo hay que considerar que las familias de pacientes con determinadas enfermedades pueden ser extremadamente protectoras y fomentar la dependencia; y que en otras situaciones, la familia en cambio, se distancia a causa de la presión de la enfermedad.

Es de importancia la dinámica que se presenta en una familia ya que de eso depende el funcionamiento adecuado de la misma, considerando que es el lugar donde el individuo aprende a relacionarse con su entorno, y que gracias al apoyo

familiar el paciente podrá sentirse respaldado para tener una mejor adherencia al tratamiento, tomando en cuenta que la población en su mayoría se encuentra en edad laboral y con ayuda de su familia y de una buena dinámica familiar, podrán rendir mejor en sus actividades diarias sintiéndose así entes productivos para la sociedad.

#### 4.2. ANÁLISIS DEL “INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO”

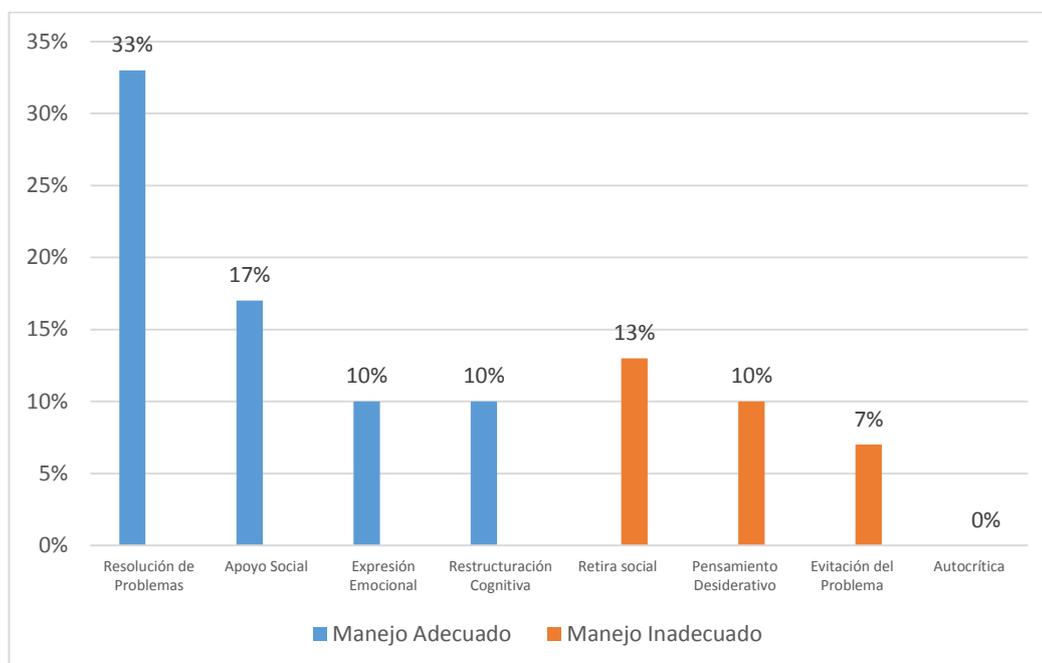
**TABLA N°2 Estrategias de afrontamiento**

TIPO DE ESTRATEGIA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Frecuencia	PORCENTAJE
Manejo Adecuado	Resolución de problemas	10	33%
	Apoyo social	5	17%
	Expresión emocional	3	10%
	Reestructuración cognitiva	3	10%
Manejo Inadecuado	Retirada social	4	13%
	Pensamiento desiderativo	3	10%
	Evitación del problema.	2	7%
	Autocritica	0	0%
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: “Inventario De Estrategias De Afrontamiento”, aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”*

*ELABORADO POR: AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.*

**GRÁFICO N° 2 Estrategias de afrontamiento**



*FUENTE: “Inventario De Estrategias De Afrontamiento”, aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”*

*ELABORADO POR: AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.*

## ANÁLISIS

Una vez aplicado y tabuladas las respuestas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento se obtuvo los siguientes resultados: De los 30 pacientes que representan el 100% de la población; 10 pacientes que equivalen al 33% utilizan *Resolución de Problemas*; 0 pacientes que equivalen a un 0% utilizan *Autocrítica*; 3 pacientes que equivalen al 10% utilizan *Expresión Emocional*; 3 pacientes que equivalen al 10% utilizan *Pensamiento Desiderativo*; 5 pacientes que equivalen al 17% utilizan *Apoyo Social*; 3 pacientes que equivalen al 10% utilizan *Reestructuración Cognitiva*; 2 pacientes que equivalen al 7% utilizan *Evitación del Problema*; y, 4 pacientes que equivalen al 13% utilizan *Retirada Social*.

## INTERPRETACIÓN

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 presentan en mayor porcentaje las estrategias de afrontamiento de manejo adecuado, es decir, *resolución de problemas*: ya que están aceptando la responsabilidad que implica su enfermedad, poniendo en práctica la dieta recomendada por el médico, además asisten a controles de rutina de manera periódica; *apoyo social*: posiblemente porque se sienten respaldados por sus familiares, amigos o profesionales como el médico diabetólogo y promotora de salud, así reciben una mejor orientación, despejando las dudas o mitos que se generan en base a la enfermedad y cuentan además con el club de diabéticos, donde comparten con otras personas que pasan situaciones similares; *expresión emocional*: ayuda a los pacientes con enfermedades crónicas, pues de esta manera pueden liberar sus emociones en momentos determinados de gran tensión, ya que en caso de reprimirlos por vergüenza o miedo de ser juzgados o porque piensen que es muestra de debilidad, estarían afectando su salud emocional; *reestructuración cognitiva*: ayuda al paciente a modificar esos pensamientos erróneos sobre la enfermedad, que muchas veces son ideas tan fuertes que generan sufrimiento en el paciente, pero si son consideradas de manera realista y no en supuestos el paciente puede llevar un mejor estilo de vida.

Los pacientes posiblemente están usando estrategias de afrontamiento de manejo adecuado, ya que gran parte de ellos pertenecen al club de diabéticos y otros se encuentran en controles continuos, reflejando el interés por afrontar y sobrellevar de la mejor manera su enfermedad, aunque existe un porcentaje considerable de pacientes que utilizan estrategias de manejo inadecuado, como, *retira social*: reflejando que son pacientes que les importa mucho el qué dirán, ya sea de sus familiares o el grupo social significativo que los rodea, donde prefieren estar solos para no preocupar o afectar a los demás; *pensamiento desiderativo*: el paciente prefiere fantasear sobre lo que desearía que pase, vive un realidad imaginaria, pero no afronta de manera directa la enfermedad, ocasionado sufrimiento al ver que sus deseos no se cumplen; *evitación del problema*: el paciente no afronta su enfermedad, ya que invierte todos sus esfuerzos en realizar actividades que lo hagan olvidar la situación estresora, posiblemente esto va a dificultar que siga un tratamiento y mejore sus hábitos; cada una de estas estrategias reflejan que no existe una aceptación total de la enfermedad, lo que dificultará a desarrollar actividades productivas y adaptarse a nuevos cambios propios de la vida, sin embargo no se evidencia pacientes que presenten la estrategia de *autocrítica*, porque la población estudiada refleja estilos (predisposición) de afrontamiento activo, al encontrarlos realizando diversas actividades para sobrellevar la enfermedad.

Los resultados resaltan la importancia del afrontamiento individual y como este puede contribuir a una buena adherencia al tratamiento.

### 4.3. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES

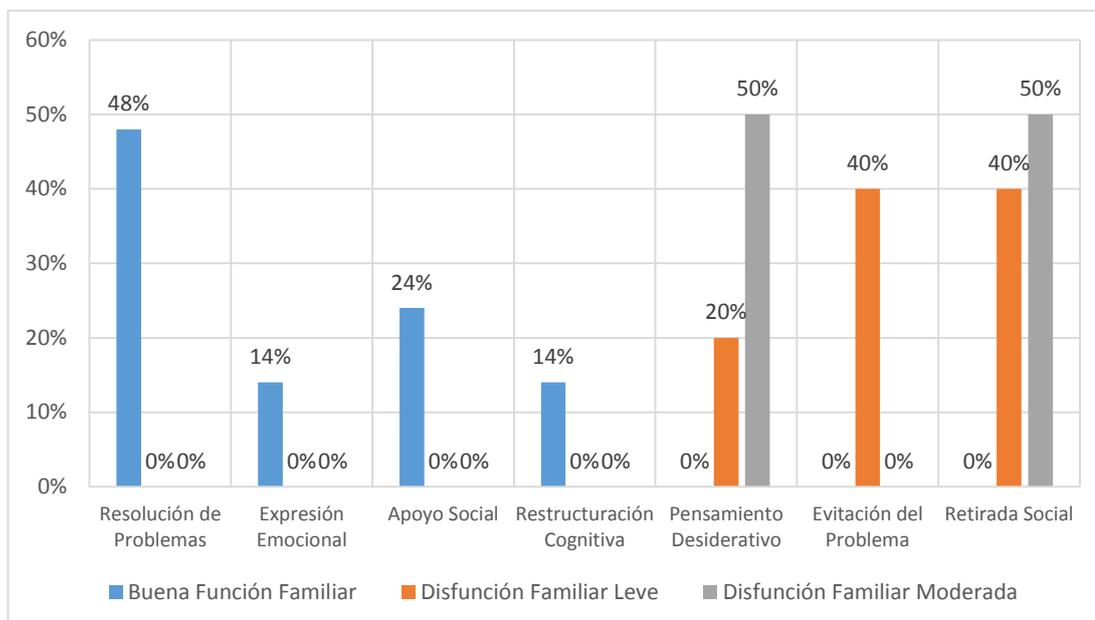
**TABLA N° 3 Relación de variables**

Funcionamiento Familiar Estrategias de Afrontamiento	Buena Función Familiar		Disfunción Familiar Leve		Disfunción Familiar Moderada	
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
<b>MANEJO ADECUADO</b>						
<b>Resolución de Problemas</b>	10	48%	0	0%	0	0%
<b>Expresión Emocional</b>	3	14%	0	0%	0	0%
<b>Apoyo Social</b>	5	24%	0	0%	0	0%
<b>Reestructuración Cognitiva</b>	3	14%	0	0%	0	0%
<b>MANEJO INADECUADO</b>						
<b>Pensamiento Desiderativo</b>	0	0%	1	20%	2	50%
<b>Evitación del Problema</b>	0	0%	2	40%	0	0%
<b>Retirada Social</b>	0	0%	2	40%	2	50%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: "Inventario De Estrategias De Afrontamiento" y "APGAR familiar" aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del "HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA"*

*ELABORADO POR: AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.*

**GRÁFICO N° 3 Relación de variables**



*FUENTE: "Inventario De Estrategias De Afrontamiento" y "APGAR familiar" aplicado a los pacientes que asisten al club de diabéticos y a consulta externa del "HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA"*

*ELABORADO POR: AVECILLA, Lizbeth y CANDO Nancy.*

## ANÁLISIS

Se puede observar que los pacientes que pertenecen a familias con una Buena Función Familiar en su mayoría utilizan en un 48% la estrategia de *Resolución de Problemas*, entendiéndose que presentan un *Manejo Adecuado* de las estrategias de Afrontamiento, mientras que las familias con Disfunción Familiar Leve, en su mayoría utilizan en un 40% *Evitación del Problema* y en un 40% *Retirada Social*; las familias con Disfunción Familiar Moderada utilizan en un 50% *Pensamiento Desiderativo* y en un 50% *Retirada Social*, entendiéndose que presentan un *Manejo Inadecuado* de las estrategias de Afrontamiento.

## INTERPRETACIÓN

Es evidente que las familias con buena función familiar desarrollan estrategias de afrontamiento de manejo adecuado, dando una pauta sobre la importancia de tener roles y límites bien establecidos y de una buena participación entre los miembros de la familia (dinámica familiar); los pacientes que pertenecen a familias con disfunción familiar leve y moderada presentan estrategias de afrontamiento de manejo inadecuado, como menciona Galindo & Milena, (2003) “Las estrategias de afrontamiento pueden fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas o situaciones estresantes garantizando un manejo adecuado de su dinámica”, que en el caso de este tipo de familias no se ve reflejado, posiblemente generada por una mala comunicación, no se ha establecido límites y roles claros o por una escasa interacción entre los miembros de la familia, coincidiendo con McCubbin (citado por Macías 2013) al afirmar que: “La disfuncionalidad de una familia podría incurrir en que los miembros presenten un afrontamiento individual disfuncional”.

Podemos observar que los pacientes que pertenecen a familias con una Buena Función Familiar en su mayoría utilizan la estrategia de *Resolución de Problemas*, entendiéndose que presentan un *Manejo Adecuado* de las estrategias de Afrontamiento.

En cuanto a una Buena Función Familiar, Agueda Reynalte, (2010) menciona que en este tipo de familias la jerarquía generacional tiene fuerte autoridad de los padres; Subsistemas y límites claros; flexibilidad del sistema, autonomía e interdependencia; adaptación a los cambios en forma saludable ante las demandas internas y externas.

Por otra parte los pacientes que pertenecen a familias con Disfunción Familiar Leve utilizan las estrategias: *Pensamiento Desiderativo*, *Evitación del Problema* y *Retirada Social*, entendiéndose que presentan un *Manejo Inadecuado* de estrategias de afrontamiento.

Agueda Reynalte, (2010) menciona que: “Las Familias con Disfunción Leve, se caracterizan por una desorganización, situaciones de enfermedades físicas y emocionales en sus miembros, además presentan problemas de mala adaptación hacia las demandas de cambio y deben negociar compromisos que hagan posible la vida en común”, cada situación que implica un gran impacto puede desajustar el sistema. Así, el afrontamiento como proceso varía a lo largo del tiempo como resultado de la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbaciones en el sistema familiar, la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares

Finalmente los pacientes que pertenecen a familias con Disfunción Familiar Moderada utilizan las Estrategias de Afrontamiento: *Pensamiento Desiderativo* y *Retirada Social*, entendiéndose que presentan un *Manejo Inadecuado* de estrategias de afrontamiento.

Se puede considerar que los paciente que pertenecen a familias con disfunción moderada, presentan sentimientos de sobreprotección hacia sus hijos, los límites son rígidos y muy débiles, las normas y reglas son confusas y encubiertas o a su vez flexibles, por lo tanto predomina en ellos la incapacidad de resolución de conflictos, ante los demás muestran aparente felicidad y la comunicación no es clara presentando alteraciones.

Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia.

#### 4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Una vez realizada la investigación referente al tema: **“DINÁMICA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”, PERIODO SEPTIEMBRE 2015 - FEBRERO 2016.”**, mediante los instrumentos aplicados, APGAR familiar e Inventario de estrategias de afrontamiento, para la obtención de información en el proceso investigativo, se pudo obtener los siguientes datos:

Las familias con una Buena Función Familiar en su mayoría utilizan en un 48% la estrategia de *Resolución de Problemas*, entendiéndose que presentan un *Manejo Adecuado* de las estrategias de Afrontamiento, mientras que las familias con Disfunción Familiar Leve, en su mayoría utilizan en un 40% *Evitación del Problema* y en un 40% *Retirada Social*; las familias con Disfunción Familiar Moderada utilizan en un 50% *Pensamiento Desiderarivo* y en un 50% *Retirada Social*, entendiéndose que presentan un *Manejo Inadecuado* de las estrategias de Afrontamiento.

Comprobando así la hipótesis planteada, llegando a la siguiente conclusión:

La Dinámica Familiar sí influye en la utilización de las Estrategias de Afrontamiento de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Provincial General Docente Riobamba, esto se refleja en los datos estadísticos obtenidos, pues los pacientes con buena función familiar presentan un manejo adecuado de estrategias de afrontamiento adaptativas, mientras que los pacientes que pertenecen a familias con disfunción familiar leve y moderada presentan un manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento.

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

Finalizada la investigación y luego de los resultados obtenidos, respecto del tema: **DINÁMICA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, PERIODO SEPTIEMBRE 2015-FEBRERO 2016**, se concluye:

1. De la aplicación del test APGAR familiar a los 30 pacientes que corresponden al 100% de la población, se obtuvo los siguientes resultados sobre el nivel de funcionamiento familiar: el 70% de pacientes pertenecen a familias con *Buena Función Familiar*; el 17% pertenecen a familias con *Disfunción Familiar Leve*; el 13% pertenecen a familias con *Disfunción Familiar Moderada*, y un 0% corresponde a familias con *Disfunción Familiar Grave*. Identificando entonces que existe en mayor porcentaje pacientes que pertenecen a familias con una buena función familiar
2. Una vez aplicado el Inventario de Estrategias de Afrontamiento se obtuvo los resultados en el siguiente orden: De los 30 pacientes que representan el 100% de la población; el 33% utilizan *Resolución de Problemas*; 17% utilizan *Apoyo Social*; 13% utilizan *Retirada Social*; 10% utilizan *Expresión Emocional*; 10% utilizan *Pensamiento Desiderativo*; 10% utilizan *Reestructuración Cognitiva*; 7% utilizan *Evitación del Problema*; y un 0% corresponde a la opción *Autocrítica*. Evidenciándose que existe un mayor porcentaje de pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas, sin dejar de lado la presencia de un porcentaje mínimo de pacientes con afrontamiento no adaptativo.
3. En cuanto a la relación de variables, los resultados obtenidos son los siguientes: a familias con *Buena Función Familiar* pertenecen 21 pacientes, quienes utilizan en mayor porcentaje las siguientes estrategias de

afrontamiento: 48% *Resolución de Problemas* y 24% *Apoyo Social*; A familias con *Disfunción Familiar Leve* pertenecen 5 pacientes, quienes utilizan en mayor porcentaje las siguientes estrategias de afrontamiento: 40% *Evitación del Problema*; y 40% *Retirada Social*; A familias con *Disfunción Familiar Moderada* pertenecen 4 pacientes, quienes usan en mayor porcentaje las siguientes estrategias de afrontamiento: 50% *Pensamiento Desiderativo*; y el otro 50% *Retirada Social*.

4. Los resultados obtenidos de las dos variables: dinámica familiar y estrategias de afrontamiento, fueron relevantes para el cumplimiento de la propuesta que corresponde al cuarto objetivo del proyecto de investigación, de esta manera los pacientes podrían identificar que estrategias de afrontamiento son las más adecuadas o inadecuadas, reforzando o modificando respectivamente, para mejorar su adherencia al tratamiento.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Se considera que a pesar de que no exista un porcentaje alto de familias con disfunción familiar, de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, es necesario fomentar talleres o campañas por parte de los profesionales en salud del “Hospital Provincial General Docente Riobamba” o solicitar el apoyo de los practicantes de psicología clínica que colaboran en éste lugar, como se lo realiza en otras áreas, con la finalidad de que los pacientes consideren las ventajas de una adecuada Dinámica Familiar.
2. Realizar tripticos o volantes informativos para los pacientes que asisten a consulta externa del Área de Diabetología del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, con respecto a las estrategias de afrontamiento, ya que la mayor parte de pacientes no pertenecen al club, ni asisten a las charlas mensuales y se limitan solo al control médico.
3. Los talleres que se desarrollan en el Club de Diabéticos no solo deberían estar enfocados a la salud física del paciente, sugerimos implementar contenidos correspondientes al área de psicología, además se podría hacer una invitación a los familiares para que se hagan partícipes del tratamiento y se sientan un apoyo natural para el paciente frente a las diversas enfermedades.
4. Se recomienda a la Promotora de Salud, quien es la encargada del club de Diabéticos socializar la propuesta sobre Estrategias de Afrontamiento de manejo adecuado e inadecuado frente a la enfermedad, ya que contribuyen a una mejor adherencia al tratamiento.

### 5.3. BIBLIOGRAFÍA

- Agueda Reynalte. (17 de Noviembre de 2010). Recuperado el 20 de Enero de 2016, de <http://disfuncionalidadfamiliar-v.blogspot.com/>
- Alarcón Fray, C., & Proaño Molina, J. (2014). "*Técnicas De Afrontamiento En Situaciones De Emergencia De Los Miembros De La Compañía De Bomberos No1, Riobamba*", Chimborazo, Ecuador. Recuperado el 04 de Noviembre de 2015
- Alquichan. (Julio de 2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *UAEM Redalyc, v2.2 beta*, 10. Recuperado el 05 de Septiembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170105>
- Cazares. (2000). "*Definiciones Investigación Documental*". Recuperado el 12 de Diciembre de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/19058681/definiciones-Investigacion-Documental#scribd>
- Cifuentes R., J., & Yefi Quintul , N. (Abril de 2005). "*La Familia: ¿Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabético?*" Obtenido de [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La\\_Familia\\_y\\_el\\_paciente\\_diabetico.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf)
- Coba Quintana, M., & Guizado Herrera, R. (2013). "*La dinamica familiar y su influencia en la conducta de las estudiantes de bachillerato del Instituto Tecnológico 'Isabel de Godin' de Riobamba periodo febrero-julio 2013*",
- Dr. Suarez Cuba, M., & Dra. Alcalá Espinoza, M. (2014). "*Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar*". Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000100010&script=sci_arttext)
- Educador, F. (2008). "*Intervención con Familias en riesgo de Exclusión Social*". Obtenido de <http://educacionfamiliar.jimdo.com/el-sistema-familiar/>

- FID. (2013). "*Atlas de la diabetes de la FID*". Recuperado el 20 de Enero de 2016, de [https://www.idf.org/sites/default/files/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf)
- Garcés, M., & Palacio, J. (23 de Abril de 2006). "*La comunicación familiar en asentamientos humanos de montería - Córdoba*". Recuperado el 09 de Noviembre de 2015, de <http://miguelgarces.es.tl/C%F3mo-Citar.htm>
- Gómez, C. (17 de Abril de 2010). "*Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español)*". Recuperado el 20 de Enero de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2010/af104f.pdf>
- González, I., & Lorenzo, A. (Junio de 2012). "*Propuesta teórica del Estrés Familiar*". Recuperado el 15 de Enero de 2016, de <file:///C:/Users/WinUser/Downloads/32360-72735-1-PB.pdf>
- Guizado, I., & Rosero, L. (2012). "*Estrategias de afrontamiento y manejo del estrés en pacientes con insuficiencia renal del 'hospital IESS' de RIOBAMBA*", Chimborazo, Ecuador. Recuperado el 04 de Noviembre de 2015
- Hernandez, Fernandez , & Baptista. (01 de Diciembre de 2012). "*Diseños no experimentales*". Recuperado el 12 de Diciembre de 2015, de <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/12/disenos-no-experimentales-segun.html>
- IDF, F. (03 de Diciembre de 2014). "*Federación Internacional de Diabetes*" Sexta Edición. (IDF Boletines) Recuperado el 07 de Agosto de 2015, de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
- INEGI. (24 de Febrero de 2015). "*Estadísticas a propósito deL día nacional de la familia Mexicana (1 de marzo)*". Recuperado el 05 de Septiembre de 2015, de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf>
- Instituto Bateson , d. (2014). "*Historia de la Psicoterapia Sistémica*". Recuperado el 15 de Enero de 2016, de

<http://www.institutobateson.edu.mx/contenido/historia-de-la-psicoterapia-sistemica>

Macías, A. (Abril de 2013). "*Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*". Recuperado el 15 de Enero de 2016,

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (Abril de 2013). "*Estrategias de afrontamiento individual*". Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Minuchin, S., & Fishman, C. (1988). "*Técnicas de Terapia Familiar*". Barcelona, España: Paidós, SAICF. Recuperado el 06 de Noviembre de 2015

Minuchin, S. (2004). "*Familias y terapia familiar*". (S. Mexico © Editorial Gedisa, Editor) Recuperado el 05 de Noviembre de 2015, de <http://www.academia.edu/7006953/148423637-38636567-Familias-y-Terapia-Familiar-Minuchin-y-Haley-1>

MSP. (14 de noviembre de 2013). "*Día Mundial de la Diabetes: MSP ejecuta acciones para reducir su incidencia y complicaciones*". (Ministerio de Salud Pública) Recuperado el 07 de Agosto de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-diabetes-msp-ejecuta-acciones-para-reducir-su-incidencia-y-complicaciones/>

Oblitas, L. (2010). "*Psicología de la salud y Calidad de vida*". (S. CENGAGE Learning, Editor) Recuperado el 12 de Marzo de 2016, de [https://books.google.com.ec/books?id=LXR\\_dkV\\_XNcC&pg=PA222&lp\\_g=PA222&dq=recursos+de+afrontamiento:+salud+y+energia,+creencias+positivas&source=bl&ots=uez6nrFGGK&sig=PCe1JrV5OKOqH24D\\_iOkKimLAuw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi6oGtusXLAhWkaT4KHb8vD\\_cQ6AEIGjAA#v=one](https://books.google.com.ec/books?id=LXR_dkV_XNcC&pg=PA222&lp_g=PA222&dq=recursos+de+afrontamiento:+salud+y+energia,+creencias+positivas&source=bl&ots=uez6nrFGGK&sig=PCe1JrV5OKOqH24D_iOkKimLAuw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi6oGtusXLAhWkaT4KHb8vD_cQ6AEIGjAA#v=one)

- Poveda , S. (2002). "*Cuidados Pacientes Crónicos*". Obtenido de España. 2002.perso.wanadoo.es/aniorte\_nic/apunt\_cuidad\_cronic\_3.htm - 61k
- Lopez Dominguez, S. (2015). *Escala de Afrontamiento de Lazarus*. Recuperado el 05 de Septiembre de 2015, de <http://es.scribd.com/doc/104964591/Escala-de-Afrontamiento-de-Lazarus#>
- Sáez, S. (15 de Enero de 2015). "*APGAR Familiar. Evaluación de la funcionalidad familiar*". Obtenido de <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>
- Satir , V. (1981). "*Relaciones humanas en el núcleo familiar*". Mexico: Editorial Pax-México librería Carlos Cesarman, S.A. Recuperado el 05 de Noviembre de 2015
- Sinche, E., & Suárez Bustamante, M. (Enero de 2006). "*Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar*". Recuperado el 05 de Noviembre de 2015, de <http://idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA%20V1N1%20Parte2.pdf>
- Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. (2014). "*APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiaR*". Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext)
- Terán Santibáñez, C. (Abril de 2012). "*Una mirada integradora por parte de los padres frente a los problemas de sus hijos*". Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/681/Tesis%20final.pdf;jsessionid=147CA436956132D6FF653599CC484464?sequence=1>
- Urquizo, D. Á. (2002). "Clasificación de Métodos de Investifación. En Á. U. C., *Cómo realizar la tesis o una investigación*. (pág. 67). Riobamba: Riobamba [Ecuador] : Imprenta Gráficas IMPULSO. Recuperado el 07 de Agosto de 2015, de [http://biblioteca.unach.edu.ec/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=4917#.Vcjs7fl\\_Oko](http://biblioteca.unach.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=4917#.Vcjs7fl_Oko)

## 5.4. ANEXOS

### 5.4.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante señor(a)..... ha sido informado/a de los siguientes puntos:

- La presente forma parte de la investigación: DINÁMICA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA”, PERIODO SEPTIEMBRE 2015 - FEBRERO 2016
- La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, pudiendo abandonarla en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencias.
- El objetivo de esta investigación es Analizar la relación que existe entre Dinámica Familiar y Estrategias de Afrontamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten al club de Diabéticos y al área de Diabetología del Hospital Provincial General Docente Riobamba, periodo septiembre 2015-febrero 2016.
- La participación en esta investigación no supone ningún riesgo para la salud física y mental.
- Se salvaguardará mi derecho a la intimidad y confidencialidad de la información que proporcione.

Una vez he sido informado de todo lo anterior, y se me ha respondido a todas las pregunta o dudas que haya podido tener, doy mi consentimiento voluntario para que los datos que se deriven de mi participación en este proyecto sean públicos en ámbitos de divulgación científica.

Lo que declaro en Riobamba con fecha:.....

Lizbeth Avecilla Torres  
**Responsable de la investigación**  
C.I. 0604545749

Nancy Cando Tiñe  
**Responsable de la investigación**  
C.I. 0202067104

.....  
**Participante**  
C.I. \_\_\_\_\_

### 5.4.2 APGAR familiar adultos.

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar.

**Edad:** -----

**Fecha:** -----

**Instrucciones:**

- ✓ Responda las preguntas planteadas de forma personal y con sinceridad.
- ✓ Para cada pregunta elija una sola respuesta con una X.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios en la casa; c) el dinero					
<b>Puntaje Total</b>					

*Gracias por su colaboración.*

### 5.4.3. Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Edad: -----

Fecha: -----

#### Instrucciones:

✓ Responda las preguntas planteadas de forma personal y con sinceridad.

✓ Para cada pregunta elija una sola respuesta con una X

0: en absoluto      1: un poco      2: bastante      3: mucho      4: totalmente

N°	Afirmación	0	1	2	3	4
1.	Luché para resolver el problema					
2.	Me culpé a mí mismo					
3.	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4.	Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5.	Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6.	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7.	No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado					
8.	Pasé algún tiempo solo					
9.	Me esforcé para resolver los problema de la situación					
10.	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11.	Expresé mis emociones, lo que sentía					
12.	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13.	Hablé con una persona de confianza					
14.	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15.	Traté de olvidar por completo el asunto					
16.	Evité estar con gente					
17.	Hice frente al problema					
18.	Me critiqué por lo ocurrido					
19.	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir					
20.	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21.	Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22.	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23.	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					

24.	Oculté lo que pensaba y sentía					
25.	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26.	Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27.	Dejé desahogar mis emociones					
28.	Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29.	Pasé algún tiempo con mis amigos					
30.	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
31.	Me comporté como si nada hubiera pasado					
32.	No dejé que nadie supiera como me sentía					
33.	Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34.	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35.	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36.	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37.	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38.	Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39.	Evité pensar o hacer nada					
40.	Traté de ocultar mis sentimientos					
	Me consideré capaz de afrontar la situación					
<b>FIN DE LA PRUEBA</b>						

*Gracias por su colaboración.*

#### 5.4.4. Volante informativo

Entregado a los pacientes en consulta externa con la finalidad de pedir su colaboración para la aplicación de los reactivos psicológicos



<b>UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO</b> <b>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</b> <b>CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA</b>	
<b>PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>	
<b>Elaborado por:</b>	Lizbeth Avecilla Torres - Nancy Cando Tiñe Egresadas de la Carrera de Psicología Clínica UNACH
<b>Dirigido a:</b>	Pacientes del Club de Diabéticos y consulta externa del “Hospital Provincial General Docente Riobamba”
<b>Objetivo:</b>	Proponer estrategias de afrontamiento adecuadas para los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.
<b>Aspectos generales:</b>	
<p>La presente propuesta fue diseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Al finalizar el proyecto de investigación: “Dinámica familiar y afrontamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, periodo septiembre 2015 - febrero 2016.”</li> <li>➤ Tomando en cuenta los resultados obtenidos de la relación que existe entre dinámica familiar y estrategias de afrontamiento.</li> <li>➤ Haciendo referencia a que las estrategias varían en las diferentes situaciones, distintos tipos de problema y de una familia a otra.</li> <li>➤ Considerando que su efectividad está en dependencia de los recursos familiares, tipo de acontecimiento y contexto en el que se aplique.</li> <li>➤ Con la descripción de las subescalas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento utilizado en nuestra investigación, cuya clasificación está dividida en dos grupos (Manejo adecuado e inadecuado) descritas a continuación.</li> </ul>	

## SUBESCALAS SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MANEJO ADECUADO

<b>Descripción general:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indican esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante (enfermedad).</li> <li>✓ Son las acciones específicas que asume la familia para hacerle frente a la situación que atraviesa.</li> <li>✓ Implica cambios, ajustes de roles, toma de decisiones.</li> <li>✓ Constituye un recurso protector para la salud familiar.</li> </ul>			
Subescalas	Descripción	Objetivo	Ejemplo	Ventajas
Resolución de problemas	Estrategia encaminada a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.	<b>- Identificar</b> el problema en cuestión - Establecer una <b>planificación</b> - Desarrollar la acción que derive en la resolución.	La persona debe reconocer y aceptar que la enfermedad forma parte de él y que es tratable, siguiendo el tratamiento adecuado y los controles médicos necesarios, es decir que la enfermedad no le imposibilita a desarrollar actividades de interés sin ningún problema.	La persona mejorará su calidad de vida, disminuyendo la angustia que puede generar el no saber cómo sobrellevar la enfermedad, sin que ésta sea un impedimento para desempeñar sus actividades cotidianas.
	Estrategia que identifica, analiza,	Modificar las interpretaciones o	La persona puede identificar la emoción dolorosa (ira,	- Ayuda a la persona a cambiar

Reestructuración	y modifica pensamientos negativos que puede presentar el paciente frente a la enfermedad.	los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones.	ansiedad, desesperanza.) que está sintiendo en ese momento, analizando que beneficios le trae pensar y sentirse de esa manera y así puede generar alternativas para enfrentar su enfermedad.	afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales. - La persona podrá realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
Apoyo social	Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos, es decir sin culpar a los que nos ayudan o apoyan.	Acudir a otros para buscar apoyo instrumental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas cercanas (pareja, familiares, amigos)</li> <li>- Organizaciones</li> <li>- Grupos (organizando o formando parte de ellos, como el Club de Diabéticos)</li> <li>- Profesionales (diabetólogo, psicólogos, enfermera, promotora de salud, etc.) o</li> <li>- Líderes espirituales</li> </ul>	La persona se sentirá respaldada, sentirá que no está solo/a, y que puede pedir ayuda en caso de necesitarlo, podrá conseguir estabilidad y una mejor adherencia al tratamiento.
Expresión emocional	Estrategia encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.	Expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos	La persona en un determinado momento puede: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llorar</li> <li>- Gritar</li> <li>- Liberar la agresividad.</li> </ul>	Puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles, sin importar la complejidad de la misma y de los momentos por los que pueda atravesar, evitando que

				la persona reprima sus emociones, dejándolas salir en el momento que es necesario.
<b>SUBESCALAS SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE MANEJO INADECUADO</b>				
<b>Descripción general:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sugirieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.</li> <li>✓ Se caracteriza por una incapacidad familiar para reajustarse ante la ocurrencia de los acontecimientos significativos de la vida familiar y la inmovilidad al cambio ante los requerimientos de las nuevas situaciones.</li> </ul>			
<b>Subescalas</b>	<b>Descripción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>Desventajas</b>
Evitación de problemas (distanciamiento o evasión):	Consiste en apartarse del problema, no pensar en la enfermedad, o pensar en otra cosa, para supuestamente evitar que afecte o genere estrés.	Elaborar realidades alternativas, evitando pensar en la enfermedad.	Realizar actividades como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distracción (ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical)</li> <li>- Conductas de autocuidado, como (arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas)</li> <li>- Salir con amigos o solo a divertirse.</li> <li>- Estrategias reductoras de tensión (paliativas) como: comer, fumar, beber alcohol, o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona saca el problema de su mente, empleando un pensamiento irreal (o mágico) e improductivo, que no le permite afrontar su situación y solo genera angustia, al no poder vivir esa realidad que está en sus pensamientos.</li> <li>- Generar dependencia de las actividades distractoras y no hace nada para enfrentar la enfermedad.</li> </ul>

			usar otras drogas.	
Pensamiento desiderativo	Estrategia que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante	Fantasear sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.	La persona puede alimentar el deseo, ilusión o suposiciones infundidas que carecen de evidencias o fundamentos comprobables. Diciendo por ejemplo “Ojalá hubiese desaparecido esta situación”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona puede generar angustia al ver que sus deseos no se cumplen.</li> <li>- Vivir solo con una fantasía, generando frustración al no poder regresar el tiempo y cambiar la situación.</li> </ul>
Retirada social	Retirarse de la interacción social respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas,	Huir de los demás con el fin de guardar sus sentimientos para sí mismos.	La persona en presencia de algún problema, donde genera sentimientos o pensamientos de dolor o angustia, va a preferir encerrarse en su cuarto, evitando de cualquier modo el contacto con familiares o personas cercanas a él.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona tiende a quedarse sola y reprimir las emociones, especialmente cuando se presenten problemas, generando mayores emociones de angustia, además crea distancia entre sus allegados, por evitar que sientan pena o lastima hacia sus sentimientos.</li> </ul>
Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante	Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos,	La persona se autocrítica por la enfermedad, y actuar en base a ésta reflexión, dejando de acudir al tratamiento, sintiendo que no es merecedor/a ello.	La persona genera sentimientos de culpa, se ve afectado su autoestima, que obstaculiza el proceso del tratamiento, ya que puede pensar no ser merecedor/a de una mejoría.

	o su inadecuado manejo.	reconociendo la propia responsabilidad en el origen, mantenimiento o manejo del problema, sintiendo culpa		
<b>Nota:</b>	Se busca que una vez conocidas las estrategias de afrontamiento, los pacientes identifiquen que estrategia es la que usan en mayor medida, y si esta es adecuada o inadecuada, para que sea reforzada o modificada correspondientemente.			