

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

"PROPUESTA DE PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO DE ESTIMULACION
AFECTIVA EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS PACIENTES
DIABETICOS."

PRESENTADO POR:
CARNET:

BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO CC02140
BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ. SH98006

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:
LIC. EVARISTO MORALES.

COORDINADOR ADJUNTO DE LOS PROCESOS DE GRADO:
LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA.

DOCENTE ASESOR:
LIC. OMAR PANAMEÑO.

CIUDAD UNIVERSITARIA, NOVIEMBRE DE 2010

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ
RECTOR

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS
VICERRECTOR ACADEMICO

MTRO. OSCAR NOE NAVARRETE ROMERO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. DOUGLAS VLADIMIR CHAVEZ
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LIC. JOSE RAYMUNDO CALDERON MORAN
DECANO

DR. CARLOS ROBERTO PAZ MANZANO
VICEDECANO

MTRO. JULIO CESAR GRANDE RIVERA
SECRETARIO DE LA FACULTAD

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y
HUMANIDADES

LIC. BENJAMIN MORENO LANDAVERDE
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LIC. EVARISTO MORALES
COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADO

LIC. OMAR PANAMEÑO
DOCENTE DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

AL SUPREMO CREADOR DEL UNIVERSO: Por su permanente acompañamiento en el transcurso de mi existencia.

A MIS AMADOS PADRES: Por sus expresiones de afecto y apoyo en todas sus formas.

A MI HIJA: Mi gran tesoro, mi motor, mi princesa con todo mi amor.

A MI ESPOSO: Por su cariño.

A TODA MI FAMILIA DE ORIGEN: Gracias por su apoyo.

A MI AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS: Gracias por todo.

CON CARÍÑO:

DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y MARIA AUXILIADORA: por darme la ayuda, la fuerza y los medios necesaria para llegar a la realización de este sueño.

A MI ESPOSO "RODRIGO": gracias por tu apoyo, tu paciencia, tu creatividad, tu alegría, tu optimismo, tu ánimo hacia mí persona y mi carrera, pero sobre todo GRACIAS por tu amor incondicional.

A MI HIJO "GERARDO": gracias por tu paciencia, por tu espera, por tu alegría, por tu sonrisa y por tu amor incondicional.

A MI MADRE "ANA": gracias por su apoyo, su ánimo hacia mí persona y mi carrera, gracias por su comprensión, gracias por la espera paciente de este momento, y sobre todo GRACIAS por tu amor incondicional..

A MI FAMILIA EN GENERAL: gracias por su apoyo, por su comprensión y su cariño.

A MI COMPAÑERA DE TESIS "BEA": gracias por tu apoyo y tu ayuda, gracias por tu amistad.

CON CARIÑO:

HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ DE MURILO

INDICE

CONTENIDO

NO DE PAG.

I.	Justificación.....	i
II.	Objetivos.....	ii
III.	MARCO TEORICO	
3.1	Definición.....	1
3.2	Clasificación.....	2-4
3.3	factores psicológicos que influyen en las personas que adolecen de diabetes.....	5-8
3.4	características Y componentes de las emociones.....	9-12
3.5	aspectos físicos del paciente con diabetes.....	13
3.6	influencia familiar en el estado de ánimo.....	14-15
3.7	salud integral.....	16-19
3.8	Áreas psicológicas a tomar en cuenta.....	20
A)	Autoestima.....	20-22
B)	Estados de ánimo bajo.....	23-26
C)	Área relacional afectiva.....	27-31
D)	Influencia de la ansiedad en la salud.....	32-34
E)	Influencia del estrés en la salud.....	35
F)	Comunicación.....	36-39
IV.	Procedimiento metodológico.....	40-43
V.	Diagnóstico.....	44-47
VI.	Análisis cualitativo de los resultados.....	48-63
VII.	Conclusiones.....	64-65
VIII.	Recomendaciones.....	66-67
IX.	Bibliografía.....	68-69
X.	Web grafía.....	70

ANEXOS

II. JUSTIFICACION

En la historia de la humanidad; siempre se ha registrado la presencia de diversas enfermedades conforme va pasando el tiempo y cambian los estilos de vida, nuevas enfermedades surgen y cada vez es mas difícil detectar cual es el agente que las produce. Estas son la llamadas enfermedades Psicosomáticas; las cuales no son causadas por agentes microbianos o algún tipo de virus, enfermedades como el cáncer, las alergias, la obesidad, la hipertensión y la diabetes entre otras, de las cuales conocemos sus síntomas, como tratarlas e incluso en ocasiones sabemos como eliminarlas, pero realmente sus causas es a lo que menos se le presta interés.

Todas estas enfermedades no se producen espontáneamente ni tienen su origen en el propio enfermo, sino que son causadas por agentes externos a ellos; según la bio-psicología, somos nosotros mismos los que les causamos una serie de enfermedades a nuestros familiares y viceversa, dichas enfermedades son causadas por el déficit afectivo entre el enfermo y el ambiente que le rodea. Mientras ignoremos lo que ocurre alrededor del enfermo; cuales son las relaciones afectivas establecidas con las personas que se encuentran en su entorno inmediato, y de quien recibe ayuda aunque sea de manera regular, no comprenderemos realmente el origen de la enfermedad.

Por lo tanto al dar un diagnóstico de las enfermedades sería oportuno incluir un análisis de las relaciones afectivas del enfermo, con el fin de determinar la existencia de un probable déficit afectivo, así podría hacerse oportuno el tratamiento de la sintomatología, siempre y cuando esta, se encuentre en sus primeras fases, pues se podría orientar al enfermo y a su familia, para resolver las posibles relaciones deficitarias que están produciendo el origen de la enfermedad, de esa manera se lograría disminuir la sintomatología y mejorar la calidad de vida del enfermo.

También existen modelos que intervienen desde un enfoque de salud integral, como es el caso del modelo de creencias de salud, el cual es un modelo psicológico que intenta describir y predecir las conductas de salud (Rosenstock, 1974).

Aquí el planteamiento medular es la susceptibilidad percibida de enfermarse de Diabetes Mellitus, en la presentación de acciones preventivas, que permitiría identificar cuáles son los factores cognitivos sobre los que es necesario incidir para favorecer las conductas protectoras como la revisión médica, psicológica y la detección oportuna de la enfermedad; así como la atención oportuna de esta, cuando ya está presente en los pacientes.

Para involucrar el elemento de integralidad; no podemos dejar de lado el elemento principal de nuestra investigación como lo es el afecto, ya que es una necesidad de todos los seres humanos, el afecto se proporciona mediante la colaboración de cualquier clase de trabajo o acción, en beneficio de la supervivencia de otro, por lo tanto es transferible, las señales afectivas, en particular se expresan en un amplio repertorio de conductas estereotipadas genética y culturalmente, cuya función es garantizar la disponibilidad afectiva de quien las emite con respecto al receptor, la sonrisa, el saludo, las señales de aceptación, las promesas de apoyo, entre otras, constituyen una fuente potencial de afecto para el receptor, de esa manera experimenta una emoción positiva, y de esa forma podemos afirmar que los intercambios afectivos son cruciales, para la supervivencia del individuo y determinantes en su bienestar físico y mental.

Por lo tanto la justificación de esta investigación está encaminada a proponer el afecto como un reforzador positivo, en la mejoría de la salud integral de los pacientes, por medio de la aplicación de un Programa de intervención Psicoterapéutica para la Estimulación afectiva en las relaciones familiares, ya que por medio de investigaciones se ha demostrado que las emociones tanto positivas o negativas influyen en el bienestar o malestar del paciente diabético y las creencias sobre la significación social, destacaron la importancia del apoyo familiar y el aconsejar a otros ante el padecimiento (Jezewski y Poss, 2002).

III. OBJETIVOS

GENERAL:

- Ψ Estudiar la incidencia del afecto como un reforzador positivo, en los pacientes que padecen de diabetes del grupo de apoyo de FUNDESO y los familiares con quienes conviven, mediante la implementación de un Programa Psicoterapéutico breve de sensibilización para la Estimulación Afectiva en las Relaciones Familiares y así promover la mejora en la salud integral de los pacientes diabéticos.

ESPECIFICOS:

- Ψ Fomentar la adecuada comunicación como uno de los elementos indispensables para el fortalecimiento de las adecuadas relaciones familiares.
- Ψ Proporcionar herramientas psicoterapéuticas a los participantes para que identifiquen los síntomas de somatización y como manejarla.
- Ψ Facilitar el aprendizaje a los participantes para el reconocimiento y manejo adecuado de la ansiedad.
- Ψ Brindar los conocimientos básicos psicoterapéuticos orientados al incremento de la autoestima de los participantes para incidir en la superación de los estados de ánimo bajo.
- Ψ Promover entre los participantes las demostraciones de afecto en todas sus formas para fortalecer los vínculos afectivos.

III. MARCO TEORICO

3.1 DEFINICION:

La Diabetes Mellitus más que una enfermedad crónica es un síndrome heterogéneo que se caracteriza por tener un origen multifactorial, en la que participan tanto factores genéticos como medioambientales, que siempre se acompañan de un déficit de acción insulínica que puede deberse a dos defectos básicos:

1.- El déficit absoluto o relativo de secreción de insulina y

2.- La resistencia a la misma que altera el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas.

A corto plazo la diabetes origina complicaciones agudas amenazantes para la vida, a largo plazo genera complicaciones crónicas severas e inhabilitantes.

3.2 CLASIFICACION:

Dentro de las diversas definiciones sobre las clasificaciones de la diabetes se mencionan y se describen las siguientes:

Para Bennett, la diabetes se subdivide en tres clases:

- 1) Tipo I. Es la diabetes insulino dependiente.
- 2) Tipo II. Diabetes no insulino independiente
- 3) Diabetes secundaria vinculada con otros cuadros o síndromes identificables.

Existen además dos trastornos: Alteración de la tolerancia a la glucosa y Diabetes gestacional, que incrementa de modo relevante el riesgo de que surja diabetes y en algunos casos son parte de su curso natural.

Diabetes Mellitus Tipo I (insulino dependiente).

Las personas con este trastorno tienen la capacidad mínima o nula de secreción de insulina, y dependen de ella para evitar las descompensaciones metabólicas como la acumulación de ácidos en los tejidos del cuerpo y posteriormente la muerte.

El trastorno surge en forma repentina en cuestión de días o semanas, en niños, jóvenes y adultos que no eran obesos y que eran sanos.

Los síntomas íntensos pueden ser: orinar mucho, mucha sed, mucha hambre y reducción de peso.

Diabetes Mellitus Tipo II (no insulínoddependiente).

La diabetes de este tipo aparece después de los 40 años, muestra una frecuencia grande de pertenencia genética. En muchos de los casos es la forma más común de la enfermedad, comprende el 85 a 90% de la población de diabéticos y asume formas heterogéneas.

Las personas tienen moderada capacidad de secreción de insulina, pero la concentración de la hormona es baja en relación a la magnitud de la resistencia a la insulina y a las cifras de glucemia. No depende de la insulina para la supervivencia excepto en las situaciones de estrés físico para controlar la hiperglucemia. Los síntomas pueden ser leves o tolerados por largo tiempo, hasta que la persona acude al médico.

Más si la hiperglucemia es asintomática y aflora solo después que surjan complicaciones, comprende todos los estados con predominio de insulínorresistencia, con relativa deficiencia de insulina hasta los defectos predominantemente secretorios.

Se caracteriza por: Hiperglicemias, Obesidad, Hiperinsulinemia que no alcanza a compensar la resistencia a la insulina, por lo que se hace rara cualquier tipo de cetosis o cetoacidosis, y se acompaña de un alto riesgo de alteraciones micro y macro vasculares, por retraso en el diagnóstico, ya que las hiperglucemias que se presentan no son tan severas como para desencadenar síntomas desde el inicio.

Diabetes Secundaria

Constituye diversos síntomas diabéticos tales como: Enfermedad por Fármaco Dependencia, Trastorno del Páncreas, Enfermedades Endógenas, Síndrome Genético, Anormalidades de Receptores de Insulina y Malnutrición.

- Alteraciones de la Tolerancia a la Glucosa.

Se refiere a la detección de cifras mayores de lo normal de glucosa pero menores que las que confirmaría el diagnóstico de la diabetes Mellitus, la perturbación de la tolerancia a la glucosa no produce los síntomas ni las complicaciones graves de la diabetes.

Diabetes Gestacional

Esta categoría se refiere a la detección de valores altos de la glucosa que se hace por primera vez durante el embarazo, descarta la diabetes ya identificada antes de la concepción. Se da en el 2% de los embarazos y se manifiesta en el segundo o tercer trimestre, tiempo en el que alcanza su máximo de acción la hormona antagonista de insulina, propias del embarazo. Se normaliza después del parto; sin embargo, 5 a 10 años después el 30% o 40% de las parturientas terminan por presentar diabetes de tipo II.

La diabetes gestacional causa solo hiperglucemia leve o asintomática más comúnmente, por lo general es necesario dar tratamiento riguroso con insulina para proteger a la madre y al feto de complicaciones y muerte.

3.3 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LAS PERSONAS QUE ADOLECEN DIABETES.

- a. Fase de Impacto: En esta fase le resulta difícil a la persona pensar con claridad. No hay mayor comprensión de la información que se ha recibido.
- b. Fase de Reacción: Que puede ser con tristeza, llanto, insomnio, agresividad entre otros.
- c. Fase de Reparación: La persona es capaz de hacer algo para saber vivir con la enfermedad y se vuelve necesario un mayor conocimiento sobre la misma.
- d. Fase de Reorientación: Pasado algún tiempo y habiendo ya superado las anteriores fases la persona enfrenta su enfermedad asumiendo que su vida será diferente y que tendrá que aprender a sobrellevar la enfermedad apoyándose en el médico, la familia y los amigos.

Este tipo de enfermedad crónica que se ha vuelto una epidemia requiere una atención especial que va desde el tratamiento médico hasta el apoyo familiar, contribuyendo así en la recuperación de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA DIABÉTICA

Para Esther C. Gallegos y otras, (1) mencionan las siguientes:

A. PERSONALIDAD:

Por las características propias de cada uno de los individuos, una persona dependiente utilizará la regresión a estadios precoces del desarrollo, una persona independiente negará la gravedad de la enfermedad. También se dan los tipos patológicos de la personalidad (Trastornos de la Personalidad) y según su tipo aparecen problemas específicos como:

-Personalidad insegura y

-Trastorno Límite en donde el paciente dividirá al personal médico en "buenos y malos", lo que hará más difícil su tratamiento.

B. Edad del Paciente:

El adulto joven tiene más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o de forma incrédula, por lo cual buscará diferentes opciones médicas.

En cambio los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

C. Tipo de Enfermedad:

Las diferentes enfermedades crónicas como la diabetes, y las enfermedades asociadas, producen diversas respuestas, que pueden ser desde la aceptación hasta la negación y rechazo del tratamiento.

D. Familia y Amigos:

El apoyo familiar posee un papel muy importante en la dinámica del comportamiento y recuperación del paciente.

Las personas que padecen de diabetes son más susceptibles a estados emocionales estresantes que nos les permiten tener autocontrol respecto a su enfermedad siendo entonces cuando más se apodera la enfermedad y aparecen las complicaciones crónicas que les pueden llevar a la muerte.

ASPECTOS EMOCIONALES

Esther C. Gallegos y otras (2) menciona y describe los siguientes:

a. "La angustia, ansiedad y depresión":

Esto depende de las vivencias desagradables que haya tenido el paciente, además de las molestias que experimente y su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación cual repercute en la disminución del apetito, en el sueño y quejas frecuentes.

La ansiedad, se presenta como inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad, palpitaciones, calambres y enfermedades gastrointestinales.

La depresión, surge ante la vivencia de pérdida incluyendo la salud. El principal problema de este padecimiento es que se diagnostica con muy poca frecuencia y si no es tratado, la calidad de vida de la persona disminuirá retrasando su curación y aumentaran los riesgos de suicidio.

b. Temor a la soledad e invalidez:

Las molestias somáticas y el estado de ánimo deprimido determinan que en algún momento la persona se siente amenazada, con temor a la soledad. Para la persona es el único que sufre y experimenta inseguridad con respecto a su enfermedad, ya sea que no pueda recuperarse o tenga alguna invalidez, entonces surge el miedo a la muerte.

c. Desconfianza en el médico:

El paciente en su relación con su médico tratante se da cuenta que no muestra mayor interés por su enfermedad.

3.4 CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DE LAS EMOCIONES:

Las emociones surgen en las personas a partir de sus estados de ánimo esto puede repercutir en las acciones y decisiones diarias de los estímulos externos que provocan cambios en la persona.

“Las emociones son fruto de la percepción sobre los cambios corporales producidos por un estímulo externo”.

El problema al que en su momento enfrente. La importancia e influencia que las emociones ejercen sobre el comportamiento, en todos los momentos de la vida se experimenta un estado emocional (tristeza, alegría, enfado, susto, etc.), de tal manera que se hace prácticamente imposible recordar algún suceso importante de la vida personal en el que no estuviera sintiendo alguna emoción (3).

Es lógico, la forma de actuar de una persona en todos los casos determinada por las emociones que lo acompañan. Es por ello la importancia de comprender los sentimientos y ver la reacción ante los acontecimientos en el diario vivir y la necesidad de motivar, incentivar, orientar a las personas para que trabajen mejora las emociones y los sentimientos. Contando con la libertad, responsabilidad y con el propio esfuerzo personal.

CARACTERIZACION DE LAS EMOCIONES.

Según Petrovskí en el libro de “Psicología General” sostiene:

"Por su eficacia o estenica (de la palabra griega "sthenos", que significa fuerza):

Llegan a ser incitaciones para actos o expresiones verbales, aumentan la tensión de la fuerza. El individuo se siente dispuesto a "mover el cielo y la tierra" de la alegría.

Sintiendo compasión por un amigo, busca la manera de ayudarlo. El individuo que experimenta una emoción eficaz, apenas puede callar, quedar inactivo.

"Por su pasividad o asténicas":

La persona, al experimentar un sentimiento fuerte, se transforma, a veces, en introvertida, cerrada en sí misma. La compasión se convierte, entonces en conmoción emocional "buena", pero estéril, la vergüenza se convierte en doloroso remordimiento oculto. Las emociones siendo motivaciones de los actos, organizan la actividad, en algunos casos y la desorganización en otros.

La actividad del individuo en estado de estupor emocional pierde su finalidad, el pensamiento y la fantasía no recibe los estímulos necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: 1"Capacidades de Auto cuidado del adulto con diabetes tipo II pag.156
2. "Capacidades de Auto cuidado del adulto con diabetes tipo II pag.157
3. La "enciclopedia de la psicología". Océano. Tomo I pág. 158

Por otra parte, la emocionalidad excesiva lleva consigo, muy a menudo, el reflejo deformado de los objetos, la interpretación subjetiva de los hechos, los errores lógicos en las conclusiones y las estimaciones".

De lo descrito anteriormente es importante mencionar que nos ayudan a trabajar los sentimientos, las emociones y las actitudes tomadas delante de un "destino" irreversible.

En este caso se menciona que para las personas que adolecen de diabetes o de otras enfermedades crónicas pueden cambiar su actitud en relación a esa situación aceptando o no esa circunstancia.

"Lo que hace sufrir a las personas no es lo que les pasa, sino que es el modo de ver lo que les pasa o sucede en su entorno".

LAS EMOCIONES CONSTAN DE TRES COMPONENTES QUE SON:

a. "Experiencias Consientes":

Se trata de lo que el individuo siente y por tanto, solamente se puede conocer a través de la descripción que la persona haga de ella. Determinando la diversidad de emociones fundamentales (alegría, interés, excitación, sorpresa, tristeza, cólera, disgusto, desprecio, miedo, vergüenza y culpa).

Estas dan lugar a las posibles experiencias emocionales en los diferentes estados de ánimo de las personas.

b. Respuestas Fisiológicas:

La respuesta fisiológica del organismo ante una experiencia emocional es ineludible cuando la experiencia consiente es clara a la expresión existente (enrojecimiento facial, aumento del ritmo cardíaco y tensión muscular).

c. Expresión de las Emociones:

Está es la manera más franca de comunicarse, decir lo que uno siente y piensa.

La comunicación no verbal (cejas fruncidas, escasa comunicación con los demás, quejas constantes), juega un papel muy importante en este tipo de manifestaciones.

Tanto la manera de comportarse como la expresión facial serán un reflejo de las emociones, difícilmente controlable incluso en los momentos en los que se pretende disimular, pudiendo determinar el estado emocional de una persona, sin necesidad de saber que hace o dice, únicamente por el reflejo de su cara.

Si esta enojado, alegre, sorprendida, asustada, etc.”.

Es muy importante reconocer que las personas ante el descubrimiento de una enfermedad como la diabetes experimentan una serie de emociones que bien pueden llevarles al rechazo o aceptación de la enfermedad y dependiendo de esto será su estabilidad o inestabilidad.

3.5 ASPECTOS FISICOS DEL PACIENTE CON DIABETES.

Las enfermedades por lo general tienen un período en donde se desarrollan y las personas experimentan una serie de reacciones emocionales como físicas.

Esther C. Gallegos y otros, menciona y describe los siguientes (4):

A. "Disminución de las Energías Físicas":

Esta disminución limita las actividades de la persona por lo que se ve obligada a adoptar una posición autodefensiva ya sea encorvándose o postrándose en la cama.

B. "Sufrimiento Físico Localizado":

La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática. Debido al desconocimiento de la función de sus órganos y sistema, se determina que el paciente exagera la magnitud de su preocupación por la enfermedad".

4. Libro de las capacidades de auto cuidado del adulto con diabetes Pág. 159

3.6 INFLUENCIAS FAMILIARES SOBRE EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON DIABETES.

El reconocer la influencia que tienen las relaciones familiares sobre la salud, tanto psicológica como física de un paciente, nos lleva a pensar en la estrecha relación que existe entre el paciente, su enfermedad, la familia y una posible mejoría.

Una función muy importante de la familia consiste en brindar apoyo emocional a un miembro de la familia ante un acontecimiento estresante como lo es el caso de la diabetes, obligando a la familia a organizarse para enfrentar juntos los riesgos que implica el afrontamiento de la enfermedad; según la Asociación Estadounidense para la Diabetes menciona las siguientes alternativas:

a. "Como la Familia puede Ayudar a un Miembro que padece de Diabetes".

-La familia debe de informarse de manera amplia con respecto a la enfermedad que padece el miembro como es en el caso la diabetes.

-Mostrar comprensión entendiendo lo que siente la persona con diabetes motivándole a que continúe con el tratamiento para su enfermedad.

b. "Como la familia puede ayudar a un miembro a hacer un cambio saludable".

-Consumir los mismos alimentos.

-Evitar el consumo de grasa y azúcares.

-Elegir diversidad en frutas, verduras, granos, carnes y pescados.

- Fomentar el ejercicio en la familia.

-Frecuentar las consultas médicas.

- Aprender a conocer las señales de posibles problemas de niveles de azúcar alta o baja y comprender cuando el paciente esta fatigado y de mal humor.

c. "Tener paciencia y tratar de mantenerla".

Procurar ayudar a la persona a mantener la perspectiva y el control sobre las emociones.

d. "Convivencia familiar armoniosa"

Crear conciencia de que cuando en la familia existe la comunicación y comprensión entre cada uno de los miembros la convivencia se vuelve cada vez más satisfactoria para lograr conllevar cualquier problema o enfermedad que atraviese algún miembro del grupo familiar.

3.7 SALUD INTEGRAL PSICOLOGICA.

Para darle otro enfoque a la presente investigación, es importante mencionar otras investigaciones relacionadas con la salud integral, abordadas desde una perspectiva Psicológica en relación a la diabetes mellitus.

Investigaciones realizadas en México(5) utilizaron el modelo de creencias de salud (MCS) por considerarlo adecuado para el diseño de investigaciones relativas a los factores cognitivos que influyen en la adopción de conductas preventivas ante padecimientos crónico degenerativos dentro de los que se encuentra la Diabetes Mellitus.

Por sus características epidemiológicas, dicho modelo propone “que los factores cognitivos pueden favorecer u obstaculizar la probabilidad de ocurrencia de la conducta preventiva”, como son: la percepción de riesgo o amenaza percibida, los beneficios y barreras percibidas de la conducta de salud, las señales externas para actuar (información, experiencia, calidad de vida, etc.), las internas (síntomas emocionales y físicos), así como factores modificantes de tipo socio demográfico y familiar.

5. María Claudia Durán Bautista [Hormiela \[arroba\] hotmail.com](mailto:Hormiela_arroba_hotmail.com) Universidad de Morelia.

Hoy en día las enfermedades ya no son abordadas únicamente desde la corriente médica sino también desde el punto de vista Psicológico, pues según científicos estudios recientes existen enfermedades como la hipertensión, asma, ansiedad, diabetes entre otras, referidas

como psicosomáticas, lo cual implica que son producidas por factores psicológicos o emocionales, que son manifiestas con sintomatologías físicas.

Es responsabilidad de los Ministerios de Salud de cada país realizar campañas sobre todo de prevención, para que los individuos que han sido diagnosticados como pre diabéticos o no diabéticos adquieran un poco de cultura e información sobre esta patología que cobra un inmenso número de vidas anuales a nivel mundial.

Actualmente en el ámbito social, se evidencia resistencia en la aceptación y manejo de la enfermedad, pues la persona que se ha diagnosticado con diabetes deberá asumir un nuevo rol modificando su estilo de vida; agregado a esto asumirá una etiqueta que no ha sido elegida, sino que se adquiere una pertenencia a otro grupo, aunado a esto se encuentran las primeras ideas falsas o fantasías catastróficas que no es fácil realizar ante este tipo de diagnóstico, el ser humano tiende a ser fatalista de acuerdo al contexto social y ciertamente influye la incertidumbre que gobierna el futuro de cada persona.

Existe una diversidad de pruebas psicológicas de las cuales se puede auxiliar el psicólogo para detectar la presencia o ausencia de estos elementos con el propósito de brindar orientaciones al paciente.

En cuanto a los estados de ánimo bajo y la ansiedad se trata, dentro del trabajo clínico; y resulta de mucha utilidad aplicar la escala diseñada por Iván Goldberg, en ésta, no solo se determina si están presentes o no los estados de ánimo bajo, sino que también sirve para poder medir progresos cuando se lleva a cabo la aplicación de un tratamiento médico o

terapéutico. Es importante recordar que no solo basta con dar respuesta a este tipo de cuestionarios de evaluación, pues siempre deben ser respaldados con entrevistas hechas por profesionales de la salud mental.

Otra de las pruebas utilizadas con pacientes diabéticos y que se desee evaluar la presencia o ausencia de ansiedad es la escala de Hamilton.

Esta fue una de las primeras escalas en desarrollarse para los factores de la ansiedad y depresión y actualmente sigue siendo utilizada. De igual forma que la escala de Goldberg se debe realizar una aplicación de entrevistas por parte de un terapeuta con la finalidad de elaborar un diagnóstico completo.

La Escala de evaluación de Ansiedad de Beck es otra prueba utilizada para evaluar la presencia o ausencia de ésta y de igual forma elaborar el diagnóstico en esta área de pacientes diabéticos, de igual forma evalúa los aspectos anteriormente mencionados.

Este es un inventario de auto aplicación y consta de 21 ítems que describen síntomas de depresión. Posterior a la aplicación de la escala se realiza una sumatoria de puntos para determinar la existencia o ausencia de estados de ansiedad o. Aclarando que este proceso debe ser realizado únicamente por un profesional de la salud mental.

Esta serie de pruebas pueden ayudarnos a establecer un diagnóstico y orientar el camino del trabajo e intervención terapéutica, a pesar de las estadísticas que actualmente existen sobre las muertes como consecuencia de la diabetes el paciente diabético aún no se concientiza del nivel de importancia de su padecimiento, lo que provoca que no lleve un adecuado control médico y la práctica de estrategias de auto cuidado lo cual genera la predisposición y

aparición de síntomas somáticos y psicológicos lo que lleva a un deterioro de su calidad de vida.

El diagnóstico inicial de diabetes genera un impacto emocional en la persona enferma y la diversidad de reacciones que puede presentar son sumamente variadas, va a influir la manera en la cual se le notifica al paciente de la presencia de su enfermedad, si se esclarecen o no dudas y mitos donde juega un papel muy importante el ambiente familiar.

En muchas partes del mundo incluyendo el territorio Salvadoreño, al hablar de diabetes se hace referencia únicamente a problemas de origen físicos como por ejemplo hábitos alimenticios inadecuados, el sobre peso, y el elemento genético el cual es determinado por la herencia, pero muy poco se habla del factor emocional o psicológico, el cual tiene un papel muy importante en la aparición de la diabetes debido a factores emocionales (estrés, ansiedad, etc.) y afectivos como el abandono, la desintegración familiar, separaciones, pérdidas de familiares.

3.8 Áreas psicológicas importantes, para tomar en cuenta.

A) Autoestima:

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar.

Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros, compañeros, amigos, etc.) y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

La autoestima es un elemento importante en el desarrollo interno del hombre, ya que a través de sus distintos factores que la componen determina como nos vemos y sentimos tanto a nosotros mismos, como también la imagen que proyectamos a las demás personas.

No solo nos ayuda a ver que algo está mal con nosotros, sino que nos permite ver en qué estamos fallando y por ende corregir la falla, también nos ayuda a auto superarnos a nosotros mismos, porque el ser humano no tiene límites sino los impuestos por sí mismos.

Las personas con baja autoestima tienen deteriorado el concepto sobre sí mismas y no poseen una imagen clara respecto al auto concepto; son poco o nada exitosas, se autocriticán en

exceso, se atribuyen las fallas y errores a sí mismos y a los demás, piensan que son una carga, son inseguros de dar cualquier paso; así sea un paso seguro al éxito, dudan siempre de ellos y solo van donde otros quieren que el vaya no tienen una dirección definida.

Para ayudar a este tipo de personas, que tienen baja autoestima es necesario primero incentivarles para promover en ellos una mayor seguridad sobre sí mismo, luego de la incentivación poco a poco esa persona comienza a crearse una auto imagen del tipo exitoso, del hombre importante que sin importar que las dificultades que pase en su vida él será exitoso.

Después que el individuo se crea esa auto imagen comienza a subir en lo que respecta a la pirámide de la autoestima (se crea una auto evaluación, aceptación, auto respeto para finalmente llegar a la autoestima), hasta llegar al nivel esperado que sería en donde el individuo encuentre el equilibrio personal.

Por el contrario el individuo que tiene la autoestima alta es seguro de sí mismo; toma su propia decisión, no se deja influenciar de otros en sus decisiones, da pasos cada vez hacia el éxito, no le importa equivocarse, él solo lo admite y lo enmienda porque para él no existe error que no tenga su solución.

Un hombre o mujer que tenga su autoestima en lo más alto que pueda, será siempre exitoso en lo que se desarrolle, no le tendrá miedo a los retos y se le podrá encomendar cualquier trabajo el cual realizará por encima de las expectativas de su superior.

CINCO AREAS DE LA AUTOESTIMA

1. IMAGEN CORPORAL	Constituido por sentimientos, actitudes y creencias acerca del propio cuerpo, una persona con buena estima de su cuerpo, lo acepta con sus limitaciones y defectos, admirándolo y se siente agraciada y feliz con el.
2. AUTOCONCEPTO	La persona se considera valiosa e igual que los/las demás, reconocen sus limitaciones y esperan crecer y mejorar; permitiendo mantener y defender adecuadamente los sentimientos, deseos y necesidades del individuo.
3. AUTO CONFIANZA	La confianza que se tiene de la propiamente, comportamiento y sentimientos, y como se relaciona a estos con la realidad de la propia existencia. La persona es capaz de juzgar, corregir sus errores, de confiar en sus propios procesos y en sus habilidades mentales.
4. ESTIMA SOCIAL	Las relaciones sociales producen pertenencia y valor a los sentimientos, creencias y propia valía.
5. EL AUTOUIDO	Es la manera ágil en que las personas se atienden de sí mismas, para evitar cualquier daño físico o mental que les pueda ocurrir.

B) Estado de Ánimo Bajo:

Existen algunos síntomas clásicos que están presentes en un Estado de Ánimo Bajo como los siguientes:

- . Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o \"vacío\".

- Sensaciones de desesperanza, de pesimismo, de culpa, de inutilidad, de incapacidad.
- Pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, incluido el sexo.
- Insomnio, despertar temprano o dormir más de lo necesario.
- Pérdida de apetito y/o de peso, o comer con exceso, ocasionando aumento de peso.
- Disminución de energía, fatiga, o decaimiento.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio, intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Dificultad en concentrarse, en recordar, en tomar decisiones.
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamientos, tales como dolores de cabeza, desórdenes digestivos, y dolor crónico.

Existen teorías psicológicas y neuro-químicas para explicar los cambios de los estados de ánimo.

Entre las primeras encontramos:

- A. Las teorías psicoanalíticas (dificultad para aceptar pérdida de objetos y manejar la agresión).
- B. El desamparo aprendido (que se estudió en monos y demostraba que los animales sometidos a frustraciones frecuente y sensación de desamparo se les observaba mayores cambios en los estados de ánimo y estos se daban con mayor facilidad).
- C. las teorías cognitivas (que explican los cambios en los estados de ánimo por la generalización de una o varias experiencias particulares).

LAS 10 CLAVES PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN

1. Actívate, haz todo ese tipo de cosas que antes te generaban ilusión.

2. Positiva tus pensamientos, busca con todo tu interés el lado positivo que todas las cosas tienen.

3. Desarrolla tu autoestima, acéptate como eres, no necesitas ser "más", ríndete, cuanto más quieres cambiarte, más te criticas y más disminuyes la autoestima.

4. Desarrolla tu asertividad y mejora las relaciones personales en tu entorno, con mayor capacidad para defender tus derechos e intereses personales.

5. Vive tus emociones y desarrolla tu inteligencia emocional, aprendiendo a reconocer y aceptar tus emociones aunque no sean agradables, como la tristeza, la soledad o el abandono.

6. Afronta las situaciones y actividades desagradables pendientes, que has tratado de evitar y te ocasionan estrés e inquietud.

7. Establece objetivos en tu vida, aunque sean modestos. Haz una lista y empieza a caminar hacia ellos ¡ya!

8. Dedica un tiempo al día a relajarte, con actividades como respirar profundamente o practicar relajación.

9. Deja en silencio tu mente, no le des más vueltas a tus pensamientos, es inútil, no luches contra corriente, déjate fluir.

10. Aprende a solucionar tus problemas, mejorando tu capacidad de discernimiento y toma de decisiones.

CÓMO DESARROLLAR TU PROPIO PROGRAMA DE SUPERACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LOS ESTADOS DE ANIMO Y NO LLEGAR HASTA LA DEPRESION.

Cuando decides superar los estados de ánimo bajo ya has dado el primer paso, y en muchos casos el más importante ya que estás en disposición de abandonar la actitud de dejarte llevar, de abandonarte, de esperar a que ocurra una solución mágica, que venga alguien o algo que te libere de tu malestar. Has decidido coger las riendas de tu vida y ese QUERER

superarte es el paso más importante. Para que esté impulso te lleve a la meta que deseas “de superar tú estado de ánimo bajo” ten en cuenta los siguientes puntos:

1. La clave 1 (actívate) y la 2 (positiva tus pensamientos) son fundamentales para tu recuperación por lo que en tu programa de recuperación, **SIEMPRE** habrás de incluir estas claves.

2. Además de estos dos programas y según las circunstancias personales a las que está asociada tu estado de ánimo bajo podrás elegir entre las restantes claves las que mejor se adecuen a esa problemática. Una orientación recomendable es la que sigue: .Elabora tú propio programa y hazte un calendario con las actividades comprometidas.

CLAVES PARA TRABAJAR LOS ESTADOS DE ANIMO BAJO.

Circunstancias personales	Claves indicadas
Fracaso en el trabajo, en los estudios	7 (establece objetivos)
Pérdida sentimental	5 (vive tus emociones)
Miedos sociales	4 (desarrolla asertividad)
Estrés y ansiedad	8 (aprende a relajarte)

Problemas en relaciones personales	4 (desarrolla asertividad)
Falta de sentido de la vida	7 (establece objetivos)
Soledad	4 (desarrolla asertividad) 5 (vive tus emociones)
Dificultad para tomar decisiones	10 (soluciona tus problemas)
Temas pendientes de resolver	6 (afronta las situaciones desagradables pendientes)
Obsesiones	9 (deja en silencio tu mente)
Sin motivo conocido	3 (establece objetivos)

c) Área relacional afectiva emocional.

La salud humana es un complejo proceso sustentado sobre el equilibrio de factores biopsicosociales, es decir, una persona sana tiene en equilibrio tanto su cuerpo como su mente en adaptación con su entorno.

De lo anterior se desprende, que existe una relación entre mente y cuerpo y que la falta de equilibrio en uno de ellos, afecta el equilibrio y el buen funcionamiento del otro.

La enfermedad afecta tanto al cuerpo como a la mente.

De ésta relación mente/cuerpo nace la medicina psicosomática, que se centra en el estudio de las interacciones entre los procesos psicológicos (mente) y la aparición de ciertas enfermedades (cuerpo). Establecida la relación, el psicólogo Robert Ader se dedicó a investigar como influyen ciertos procesos psicológicos, las emociones, en la salud (USA, 1974).

Es así como nace un nuevo campo de investigación, la Psiconeuro inmunología (PNI), que estudia los vínculos que existen entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central. Su mismo nombre reconoce las relaciones: *psíco* o "mente"; *neuro*, que se refiere al sistema neuroendocrino (que incluye el sistema nervioso y los sistemas hormonales); e *inmunología*, que se refiere al sistema inmunológico.

Ha sido utilizada para establecer posibles relaciones entre los factores de comportamiento y la progresión de enfermedades. Según Ader, hay una infinidad de modos en que el sistema nervioso central y sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no están separados sino íntimamente interrelacionados.

Se está descubriendo que los mensajeros químicos que operan más ampliamente en el cerebro y en el sistema inmunológico son aquellos que son más densos en las zonas nerviosas que regulan la emoción.

A cargo de estas investigaciones está el psicólogo David Felten. Él comenzó notando que las emociones ejercen un efecto poderoso en el sistema nervioso autónomo (SNA), que es el que regula diversas funciones del organismo. Detectó un punto de reunión en donde el SNA se comunica directamente con los linfocitos y los macrófagos, células del sistema inmunológico.

Se descubrieron contactos semejantes a sinapsis, en los que los terminales nerviosas del SNA tienen terminaciones que se apoyan directamente en estas células inmunológicas. Este contacto físico permite que las células nerviosas liberen neurotransmisores para regular estas células (Goleman, 1996).

Luego de diversos estudios, David Felten concluyó que sin esas terminaciones nerviosas el sistema inmunológico no responde como debería al desafío de las bacterias y los virus invasores.

En resumen, el sistema nervioso no sólo se conecta con el sistema inmunológico, sino que es esencial para la función inmunológica adecuada.

Otra vía clave que relaciona las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996).

Basándose en esto, se ha establecido la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades. Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad.

También, las emociones y la salud se relacionan cuando una de estas ya está enferma, podemos ser emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables. La emoción más típica cuando estamos enfermos es el miedo.

Emociones Negativas

Se ha descubierto que las emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión, y también el estrés, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas.

Estudios confirman que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos.

Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Goleman, 1996).

Influencia de la ira en la salud.

La ira es una emoción negativa que influye en la salud, fundamentalmente generando problemas en el corazón. Estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford han descubierto el impacto que la ira tiene en la función cardíaca: en pacientes que habían sufrido al menos un ataque cardíaco, cuando se sentían furiosos e incluso cuando recordaban esos episodios, se producía una disminución de la eficacia de bombeo de su corazón, la cual no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad. (Goleman, 1996).

Por supuesto que nadie está diciendo que la ira por sí sola provoque una enfermedad coronaria, ésta es sólo uno de varios factores interactivos. Como los doctores explican, aún no se puede decir si la ira y la hostilidad juegan un papel causal en el desarrollo temprano de la enfermedad coronaria, o si ésta intensifica el problema una vez que la enfermedad ha comenzado, o si ocurren ambas cosas.

Pero tomemos el caso de una persona que se enfurece repetidas veces. Cada episodio de ira añade una tensión adicional al corazón aumentando su ritmo cardíaco y su presión sanguínea. Cuando esto se repite una y otra vez, puede causar un daño, sobretodo debido a

que la turbulencia con que la sangre fluye a través de la arteria coronaria con cada latido puede provocar micro desgarramientos en los vasos, donde se desarrolla la placa.

Por eso, si su ritmo cardíaco es más rápido y su presión sanguínea más elevada porque está furioso habitualmente, tendrá mayor probabilidad de producir una enfermedad coronaria (Goleman, 1996).

Enfermedad coronaria se refiere a una serie de males que se presentan cuando una o más de las arterias coronarias se bloquean de manera parcial o total a causa de los depósitos que se acumulan en las paredes arteriales. Las arterias coronarias engrosadas se hacen rígidas y estrechas y pueden interrumpir el suministro de sangre al corazón de modo temporal o permanente (Davidoff, 1989).

Un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard pidió a pacientes que habían sufrido un ataque cardíaco que describieran su estado emocional en las horas anteriores al mismo: estaban furiosos. Sin embargo esto no significa que se debería suprimir la ira cuando ésta es adecuada, ya que existen pruebas de que suprimir tales sentimientos aumenta la agitación del cuerpo y la presión sanguínea.

El hecho de que se exprese la ira o no; es menos importante que el hecho de saber si la ira es crónica o no. Una muestra de hostilidad ocasional no es peligrosa para la salud, el problema surge cuando la hostilidad se vuelve tan constante que define la personalidad. Las personas con personalidad Tipo A aparentan ser agresivas y hostiles, hablan fuerte, rápido y en forma explosiva; muestran un sistema nervioso autónomo muy sensible, reaccionan de modo excesivo ante la tensión.

Esta reactividad exagerada conduce a un ritmo cardíaco rápido, sensación de urgencia, impaciencia y hostilidad. Las prisas, las competencias y cosas parecidas aumentan la

tensión acelerando la excitación simpática y contribuyendo más a la posibilidad de problemas coronarios (Davidoff, 1989).

El complejo ira-hostilidad se considera el aspecto psicológico que permite entender la influencia de los procesos emocionales en los trastornos cardiovasculares. Este complejo no es unitario, sino que está configurado por distintas variables psicológicas, las que en los hombres pueden variar con respecto a las mujeres (Breva y Palmero, 1998).

D) Influencia de la Ansiedad en la Salud.

La ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación.

Como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro. Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que debemos enfrentar.

Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas.

La ansiedad influye, principalmente, en la contracción de enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripes y herpes. Estamos constantemente expuestos a esos virus, pero normalmente nuestro sistema inmunológico los combate, sin embargo, con la ansiedad esas

defensas fallan. Las diferencias en resistencia a las enfermedades infecciosas se deben, en parte, a las tensiones de la vida. Cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos.

Durante la tensión las respuestas hormonales suprimen ciertas funciones inmunológicas, haciendo que las personas sean más susceptibles a los patógenos que causan los males infecciosos. Cuando la ansiedad persiste, las actividades inmunológicas pueden estar deprimidas.

Lo mismo se aplica para el virus del herpes: tanto el tipo que provoca llagas en los labios como el que origina lesiones genitales. Cuando las personas han quedado expuestas al virus del herpes, está permanece latente en el organismo y se manifiesta de vez en cuando.

La actividad del virus del herpes puede ser rastreada por los niveles de anticuerpos del mismo que hay en la sangre. Utilizando esta medición, la reactivación del virus se ha encontrado en estudiantes de medicina que se encuentran rindiendo exámenes de fin de año y en mujeres recién separadas.

El precio de la ansiedad no sólo es que disminuye la respuesta inmunológica; otra investigación está mostrando efectos adversos en el sistema cardiovascular. Mientras la hostilidad crónica y episodios repetidos de ira parecen poner a los hombres en un gran riesgo de enfermedad cardíaca, las emociones más mortales en las mujeres pueden ser la ansiedad y el temor. Lo que ocurre es que sistema nervioso simpático activado hace que los riñones retengan sal, la cual altera la regulación de la presión arterial en las personas susceptibles debido a las preocupaciones (Davidoff, 1989) de allí que se puede hablar también de la diversidad de enfermedades asociadas a la diabetes.

También la ansiedad tiene un papel relevante, en situaciones tales como las operaciones quirúrgicas, el Dr. Camran Nezhat, de la Universidad de Stanford dice: "si alguien debe someterse a una cirugía y me dice que ese día siente pánico y no quiere pasar por ella, cancelo la intervención. Cualquier cirujano sabe que las personas que están muy asustadas tienen problemas durante la operación. Sufren hemorragias abundantes y más infecciones y complicaciones; además, tardan más tiempo en recuperarse".

La razón es evidente: el pánico y la ansiedad elevan la presión sanguínea y las venas dilatadas por la presión, sangran más abundantemente cuando el cirujano hace la incisión con el bisturí. La hemorragia excesiva es una de las complicaciones quirúrgicas más molestas y puede provocar la muerte (Goleman, 1996).

Debido a que el costo médico de la ansiedad es tan alto, las técnicas de relajación se utilizan para aliviar los síntomas de una amplia variedad de enfermedades. Estas incluyen problemas cardiovasculares, algunos tipos de diabetes, artritis, asma, alteraciones gastrointestinales y dolor crónico, por nombrar algunas.

E) Influencia del Estrés en la Salud (somatización).

El fisiólogo Hans Selye describió el estrés como una respuesta orgánica de tres fases:

Fase de Alarma: Preparación de respuestas adaptativas.

Fase de Resistencia: Presentación de respuestas y participación de procesos emocionales y psíquicos, para restablecer el equilibrio.

Fase de Agotamiento: Cuando el organismo ya no es capaz de generar más respuestas adaptativas, se satura la capacidad de adaptación y se presenta la desadaptación alterándose la homeostasis orgánica.

Esto ocurre si los estímulos son muy intensos, se repiten frecuentemente o persisten por mucho tiempo (Rodríguez y Vega, 1998).

Con lo anterior podemos darnos cuenta de lo nocivo que puede llegar a ser el estrés, pero aún así no es causa directa de enfermedades. El estrés no causa la enfermedad en sí, sino que impide la recuperación porque baja las defensas del cuerpo y aumenta la sensibilidad de la persona a los problemas físicos que han existido anteriormente. (Reeve, 1994).

Múltiples estudios clínicos han demostrado que la palabra más adecuada para describir la relación entre estrés y salud es impacto, pues los factores psicosociales no son causa de enfermedad, sino que desempeñan un rol en la alteración de la susceptibilidad del paciente a las enfermedades (Rodríguez y Vega, 1998).

Se ha demostrado que estresores potenciales como: grandes cambios en la vida, situaciones vitales crónicas y pérdida del apoyo social, están relacionados con enfermedades cardiovasculares, debido a que la secreción de hormonas durante el estrés parecen contribuir en este tipo de enfermedades, ya que: incrementan la tendencia de coagulación de la sangre, (si un coágulo se aloja en la arteria coronaria es probable sufrir un ataque cardíaco), elevan los niveles de ácidos grasos libres y triglicéridos que obstruyen las arterias, y aumentan la presión arterial (Davidoff, 1989).

En cuanto a la contracción de enfermedades infecciosas como virus del herpes o de la gripe, el estrés influye ya que debilita la acción del sistema inmunológico. La relación entre estrés y cáncer parece estar en los efectos supresores del estrés en el sistema inmunológico. Si se deprimen las funciones inmunológicas, los organismos tienen menos capacidad para enfrentarse a los agentes cancerígenos (Davidoff, 1989).

F) Comunicación:

Es el sistema de comportamiento integrado que regulariza, mantiene y hace posible las relaciones entre los hombres y las mujeres. Partiendo del sentido común, se entiende por comunicación humana al intercambio de ideas, intenciones y sentimientos entre dos o más personas.

Es un factor de vital importancia pues incluye elementos que promueven armonía, respeto, comprensión, confianza, afectividad, madurez y seguridad en las relaciones familiares.

FACTORES QUE IMPIDEN LA BUENA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA.

- Autoestima baja.
- Falta de respeto.
- Presencia de terceros.
- Falta de confianza.

ELEMENTOS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA.

- Escuchar.
- Comprender.
- Confianza.
- Respeto.
- Ser asertivo

ELEMENTOS PARA FOMENTAR LA CONFIANZA EN NUESTRA COMUNICACIÓN FAMILIAR:

- Mostrar interés y disposición a escuchar.
- Practicar la prudencia.
- Aceptar los comentarios.

Por todo lo anterior es que en fechas recientes se ha apoyado la utilización de estrategias más que nada comportamentales para el empleo de técnicas de relajación como la musicoterapia, masajes, yoga , etc. para que los diabéticos tengan una mejor forma de enfrentar su patología a través del control y manejo del estrés.

Este tiene una gran repercusión para poder aceptar un nuevo estilo de vida, ya que con el solo diagnóstico, se adquieren nuevas modalidades de vivencia por lo que se adquieren nuevos estresores adjuntos a los que ya se tenían.

A nivel general la falta de apoyo familiar y carencia de muestras de afecto que nos motiven y nos den la certeza de aceptación de sentirnos amados y valorados, esto ahondado con las situaciones de inseguridad, pobreza, carencia, desastres naturales por los que atraviesa nuestra población salvadoreña, cada uno de estos elementos tienen su intervención en conjunto con el temperamento que cada persona tenga de forma muy individual, ya que éste es determinante para asimilar desde diversas perspectivas cada vivencia y por consiguiente la forma de responder o actuar ante estas.

En El Salvador existen instituciones que se preocupan por contribuir al bienestar de la población diabética, colaborando en brindar asistencia de consejería pre diabética y pos diabética, así como de información relacionada a la enfermedad como es el caso de la prevención de enfermedades asociadas y actividades enfocadas al auto cuidado.

Entre algunas instituciones de ayuda se pueden mencionar: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); el cual cuenta con su grupo de apoyo dirigido al adulto y la adulta mayor, se encarga de realizar charlas informativas, jornadas médicas y actividades de sano esparcimiento y convivencia entre iguales.

También se puede mencionar a la Fundación de Desarrollo Social (FUNDESO), ésta cuenta con servicio médico que apoya a los pacientes con diabetes que acuden a ella, existe un grupo de apoyo para estos los cuales se reúnen cada 15 días para recibir charlas informativas sobre dicha enfermedad, la cual es coordinada por trabajo social.

Nuestro país también cuenta la Asociación Salvadoreña de las Personas con Diabetes (ASADI), la cual realiza charlas o conferencias informativas sobre la diabetes. Como se puede notar El Salvador cuenta con instituciones de apoyo pero realmente se necesita reforzar la intervención psicológica enfocada a la prevención, tratamiento e intervención, con la finalidad de garantizar a la población una mejor calidad de vida desde el punto de vista integral en el cual intervienen, médico, familia y un psico-terapeuta que se encargue de fortalecer las áreas deficitarias para la contribución de la mejora en la calidad de vida de las personas con diabetes y así lograr alcances de gran importancia como la mejoría de la salud integral de los pacientes, la restauración del apoyo familiar, el fortalecimiento de los lazos afectivos, la concientización del auto cuidado, la superación de áreas contraindicadas como el estrés, la ansiedad, sentimientos de soledad, estados de ánimo bajo, entre otros.

IV PROCEDIMIENTO METODOLOGICO:

Inicialmente se buscó una institución que contara con la población idónea de la cual se obtendría la muestra para realizar la investigación; las personas debían cumplir la condición de padecer de diabetes mellitus, pertenecientes a una sola institución, ya sea clínica, hospital o grupos de apoyo, los cuales contaran con su grupo familiar estable, además de contar con el apoyo de un doctor en medicina que brindara apoyo para realizar los chequeos médicos, durante la investigación; se conto con la institución FUNDESO, la cual poseía un grupo de apoyo que reunía todos los requisitos antes mencionados para tomar la muestra, posteriormente fueron establecidos los días y horarios de trabajo determinando que serían los jueves en un horario de 2:00 pm.

Hasta las 4:30 pm. En los cuales se realizaban las reuniones del grupo de apoyo de diabéticos. Luego se desarrollo la primera reunión con el objetivo de establecer el rapport con los participantes.

En reuniones posteriores se aplicó el cuestionario para pacientes y para sus familiares con el cual se pretendía medir la información que se tenían con referencia a la diabetes, Para la obtención de datos diagnósticos, se conto con un cuestionario aplicado tanto a pacientes diabéticos como a sus familiares, con la finalidad de obtener áreas diagnósticas específicas de estudio y de evaluación, entre las que surgieron las siguientes:

- Ψ Autoestima. Estados de ánimo bajo.
- Ψ Ansiedad. Somatización.
- Ψ Relaciones interpersonales.

Con las cuales se procedió a buscar pruebas o escalas estandarizadas que pudieran medir o evaluar con fiabilidad y validez el nivel que tenían los pacientes en cada una de las antes mencionadas áreas.

Por lo que se determinó usar la escala de Autoestima de Rosemberg (1965), la cuál tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, la cual consta de 10 ítems que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo likert; la mitad de los puntos se plantean de forma positiva y la otra mitad en forma negativa con la finalidad de evitar la aquiescencia, el rango del cuestionario es de 10 a 40 puntos, utilizando un punto de corte de 29 y clasificando la tendencia en alta, media y baja.

También se utilizó el cuestionario SCL 90-R, creado por Derogatis, versión Española de J.L Gonzales de Rivera y Cols, en 1988.

La cuál consta de una escala estructurada en formato likert de 0 a 4 puntos según el grado de disconformidad con los distintos rasgos que se presentan.

Consta de 90 ítems, con un total de 10 sub escalas compuestas por:

- Ψ Somatización.
- Ψ Ansiedad.
- Ψ Rasgos obsesivos compulsivos.
- Ψ Depresión.
- Ψ Relaciones interpersonales.
- Ψ Psicoticismo.
- Ψ Paranoídismo.
- Ψ Hostilidad.
- Ψ Fobias.
- Ψ Escala adicional.

De las cuales en cuestión de resultados solo se han tomado las áreas que coinciden con el diagnóstico encontrado, estas áreas son las siguientes: somatización, ansiedad, depresión; esta última se menciona en algunos apartados como estados de ánimo bajo y relaciones interpersonales, en donde cada una de ellas tiene su propio punto de corte.

Para la obtención de los resultados, se aplicó a ambos grupos la batería de pruebas (Escala de autoestima, escala de ansiedad, escala de depresión y el test SCL-90R), en dos ocasiones respectivamente las pruebas antes mencionadas, la primera vez en que fueron aplicadas las pruebas le llamaremos prueba de entrada; con la cual se pretendía medir como se encontraban los/as pacientes en las respectivas áreas, antes de la aplicación del programa que sería aplicado únicamente al grupo 1; no así al grupo 2, al término de la aplicación del Programa de intervención fueron aplicadas las mismas pruebas que en este caso le llamaremos aplicación de pruebas de salida.

Estas pruebas fueron aplicadas para poder hacer la comparación entre los dos grupos al inicio de la investigación y observar en base a los resultados obtenidos la presencia de variaciones,

entre ambos grupos antes y después de la aplicación únicamente al grupo 1 del Programa de Tratamiento.

Posteriormente se elaboro un programa de intervención psicológica que sería ejecutado en el seno del hogar de los pacientes a través de visitas domiciliarias. Trabajando con el grupo familiar y a nivel individual, con el cual se pretendía instruir en cuatro áreas que fueron consideradas fundamentales en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes ante su enfermedad, como son las siguientes:

1. Área de somatización.
2. Área relacional afectiva emocional.
3. Área de la Comunicación.
4. Área de los Estados de ánimo bajo y autoestima.

Dicho programa fue desarrollado por medio de visitas domiciliarias, en las cuales se tenía como finalidad conocer las diversas situaciones, condiciones emocionales de vida, de interacción social y familiar con respecto al afecto entre ellos y los beneficios de su práctica, así como los efectos de no recibirlo, al mismo tiempo se pretendió trabajar en las áreas diagnosticadas como deficitarias y colaborar en la mejoría de estas, para optimizar la calidad de vida del paciente como también el bienestar familiar a través de la optimización de las relaciones afectivo emocionales en el seno de cada una de las familias visitadas.

Con todos los elementos antes mencionados se puede determinar que la presente investigación es de tipo, diagnóstica con aplicación de tratamiento a través de la ejecución del Programa Psicoterapéutico, el cual No podría ser generalizado en cuanto a su aplicación, ya que la aplicación de este debe de limitarse a muestras poblacionales que iguales las necesidades del grupo con el cual se trabajo en esta investigación, y al mismo tiempo puede estar sujeta a cambios o modificaciones que puedan hacer de ella mas enriquecedora, llenando

vacios que se encuentren en esta investigación para superar el grado de calidad investigativa que esta investigación tenga como tal.

V. CONTENIDO DEL DIAGNOSTICO:

A la diabetes en la actualidad se le denomina una enfermedad emocional, pero muy pocas veces es abordada desde esa perspectiva, pues se acostumbra a reconocerle por las dolencias o manifestaciones solamente desde una perspectiva física.

Pero, en la actualidad se ha podido notar en la población salvadoreña, un significativo incremento de enfermedades denominadas psicosomáticas; causadas por el estrés, la ansiedad, la soledad, depresión y problemas diversos que se originan en la cotidianidad y principalmente en las familias, y en las relaciones que desarrollamos con los miembros de estas.

Las patologías en su mayoría aunadas con la endémica cultura de prevención resultan ser silenciosas, avanzan poco a poco y cuando vienen a desencadenarse, pueden causar mucho daño a nivel físico y emocional. De la muestra con la cual se trabajo en este proyecto, un 50% no tenían ningún tipo de información sobre la diabetes, mientras que el otro 50% tenía poca

información razón por la cual les dificultó el reconocer sus primeros síntomas, los cuales fueron: sed, mareos y desmayos.

La media del tiempo en la que les fue diagnosticada la diabetes, anda entre, 1 y los 20 años, (ver anexo # 1 y 2) algunos de ellos pasaron mucho tiempo sin presentar ningún síntoma, el nivel o calidad de vida que cada uno de ellos vivencio fue totalmente diferente, por sus trabajos, sus condiciones económicas, familiares, y el como estas, repercutieron en sus emociones, sin lugar a duda todo lo anterior fue clave para detonar la enfermedad; que como se observó en los resultados obtenidos, la aparición de la patología es multicausal.

Los pacientes por su parte atribuían el haber desarrollado la enfermedad a diversos factores como los que a continuación se mencionan: hereditarios (ver anexo # 2 y 4) pues en casos particulares tuvieron familiares que también padecieron de diabetes, otros lo asociaron con problemas emocionales que involucran en su mayoría a la familia, en donde se encontraban implícitos factores relacionados con la afectividad entre padres e hijos, relación entre cónyuges, problemas económicos dados por carencias, pérdidas de bienes y trabajos, duelos, estilos de vida, pues se dieron problemáticas como separaciones por alcoholismo entre otros, los cuales sesgaron la convivencia familiar, de igual forma resulto ser muy determinante la edad de los pacientes, pues la mayoría se aproxima sino es que se encuentra en la tercera edad, factor por el cual sus familiares dejaban de prestarles atención e interés, debido a los errores que ellos cometieron en su rol de padres, o el desinterés que les propiciaron a sus hijos en algunas etapas de sus vidas; según lo manifestaron algunos parientes de ellos, (ver anexo 4)

Entre las enfermedades que tenían asociadas a la diabetes (ver anexo 1) estaban: problemas cardiovasculares, problemas renales e hipertensión siendo esta última la que presentaban en su mayoría, ya que la diabetes afecta simultáneamente muchas áreas del cuerpo y se asocia con muchas otras patologías, también se considero como un factor asociado la edad en la que se encuentran los/ las pacientes ya que anda entre los 43 y los 82 años.

Consideraban que al ser diagnosticados con diabetes habían experimentado cambios (ver anexo 2 y 4) a nivel emocional con relación al núcleo familiar, pues en ocasiones los síntomas que presentan perjudican la relación, pues manifestaron que se sentían sin fuerza sin ánimos, y muchas veces en la familia No los comprendían, en ocasiones los familiares creían que algunos de sus parientes con diabetes fingían o exageraban los síntomas, también fue encontrado que experimentaban cansancio, dolores en las articulaciones, entre otros.

Entre las quejas que expresaba el grupo familiar, en relación a la enfermedad (ver anexo 4) se encontraron divididas, pues en algunos casos sí se quejaban, como ya se mencionó (fingir los síntomas o exagerarlos) y en otros no manifestaban ningún tipo de quejas, también consideraban, que las relaciones familiares influían en su enfermedad.

Aquí se conjugan las inadecuadas relaciones afecto- emocionales entre los miembros de las familias, el resto, creían que no influían de forma negativa, pues en estos casos se presentaba el apoyo familiar y la comprensión entre ellos.

Las conductas que perjudicaban su enfermedad estaban en su mayoría relacionadas directa e indirectamente con familiares cercanos como los hijos, mencionaron que previo a la enfermedad sus relaciones familiares eran tolerables, en la mayoría de los casos, posiblemente atribuible a que ellos podían mantenerse por sus propios méritos sin depender directamente de sus familiares y que actualmente se tornan tensas, (ver anexo 2) distantes y conflictivas, posiblemente por que los veían como una carga, y solo una cantidad mínima se referían a ellas como armoniosa, lo cual podría concluirse que desde antes sus relaciones afectivas fueron cercanas y de mutua atención, por lo que se mantienen así.

Consideraron que la mayoría de las veces lo que afectaba en su vida diaria en relación a su enfermedad era: (ver anexo 2) depresión, ansiedad, sentimientos de soledad y falta de apoyo familiar, según lo manifestado en las entrevistas que se les hicieron. Además en su mayoría los pacientes consideraron que las relaciones afectivas entre sus familiares y ellos eran de mucha importancia en el proceso de su recuperación , un buen porcentaje de la muestra mencionó que recibían poco apoyo, ya que algunos de ellos, con anterioridad

mencionaron que tenían problemas con sus familiares, lo cual podría relacionarse a que ellos recibían solamente apoyo en lo material como un lugar donde vivir, algo que comer y el factor económico para apalejar su enfermedad, careciendo entonces del apoyo en la parte afectiva.

Al contrastar esto con las pruebas psicológicas aplicadas se obtuvo que 14 pacientes presentaron rasgos significativos en las áreas de somatización, 12 de ellos presentaron rasgos significativos en cuanto a la ansiedad; 9 se les encontró estados de ánimo bajo y 6 de ellos con dificultad en sus relaciones interpersonales, según el test del SCL'90R. (ver anexo # 9) también fue aplicada para evaluar el área de autoestima la escala de autoestima de ROSEMBERG (ver anexo # 5) con la cual se obtuvieron los siguientes resultado: 1 persona tiene autoestima alta, 9 con autoestima baja y 10 con autoestima media.

DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO LAS ÁREAS A TRABAJAR FUERON:

- A. Estrés, tensión y ansiedad
(Somatización)
 - B. Estados de ánimo
 - C. Comunicación familiar
- } **ÁREA RELACIONAL AFECTO EMOCIONAL**

Aclarando que las áreas mencionadas anteriormente llevaron implícito, en cada una de sus técnicas de aplicación, el área relacional afecto- emocional (Contacto afectivo de forma física y Contacto afectivo de forma verbal) por medio del cual se estimule, motive y genere bienestar al paciente, con lo que se reforzaron las relaciones afectivas dentro del núcleo familiar. (ver anexo # 15)

VI. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En este apartado se procedió a interpretar en base a porcentajes, realizando comparaciones entre el grupo 1 (recibió programa psicoterapéutico) y el grupo 2 (no recibió programa psicoterapéutico) y con su respectivo análisis cualitativo en el ámbito psicológico y médico respectivamente, ya que se contó con la participación del Doctor Marcos Sequeira; médico de la clínica asistencial de FUNDESO, como evaluador en el seguimiento de los pacientes, en áreas relacionadas al peso, estado anímico y niveles de glucosa, antes, durante y después de la aplicación del programa de intervención psicológica, tanto al grupo que se le aplicó como al que no se le aplicó, con la finalidad de enriquecer más la presente investigación.

Los datos, los contrastamos con la vivencia que se tuvo por medio de las reuniones semanales y un convivio familiar en las cuales se pudo observar que los familiares tienen poco interés en las actividades que se desarrollan en beneficio de los pacientes diabéticos, ya que hubo muy poca afluencia de ellos, y también lo manifiestan las personas que brindan su servicio de apoyo hacia ellos como lo son el Doctor Marcos Sequeira, médico evaluador y encargado de los pacientes que padecen de diabetes, el cual dijo que muy pocas veces son acompañados por un familiar, lo cual se considera necesario ya que la mayoría de pacientes están dentro de la tercera edad, por lo cual se les dificulta seguir algunas indicaciones o entender algunas explicaciones con respecto a su tratamiento médico y su enfermedad, además a la hora de evaluarle el médico puede observar y el mismo paciente manifiesta reacciones emocionales negativas, provocadas por problemas con sus familiares, problemas

económicos, entre otros, por lo que estos de alguna manera favorecen al aumento de la glucosa, o por el contrario podría llegar a darse un bajón de azúcar producto de no seguir indicaciones al pie de la letra; esto mismo fue confirmado por la Licenciada Irma Rodríguez, la cual es encargada de trabajo social para este grupo de apoyo de personas con diabetes, menciona que dentro de sus posibilidades trata de brindar apoyo en factores como: la toma de exámenes médicos, costos de los exámenes y apoyo alimenticio en relación a la entrega de harinas para los pacientes más necesitados y de esta forma minimizar un poco las problemáticas de ellos.

De tal forma se puede decir que las características psicosociales que presenta el grupo 1 y el grupo 2, son similares, pues ambos forman parte de un núcleo familiar en el cual muy pocas veces se involucran de forma activa en las relaciones afectivas, teniendo como elemento en común, el contar con hijos en la etapa adulta, por lo que cada uno de ellos vive su vida por separado, aun viviendo bajo un mismo techo, además los pacientes la mayoría de las veces tienden a adquirir o hacer suyos algunos problemas de sus hijos y estos de alguna manera repercuten en sus estado anímico y por ende en su estado de salud, las relaciones familiares son carentes de afecto de comunicación de entendimiento, de consideración y de apoyo en general, ya que otro elemento a tomar en cuenta es que en algunas familias se dan problemas de alcoholismo en algunos hijos, problemas económicos, enfermedades asociadas y elementos o situaciones que salen del alcance o control, que siempre tienden a repercutir de forma negativa en ellos y en su salud.

Contrastando los datos estadísticos por porcentajes, se puede observar a personas con rasgos: somáticos, ansiosos, estados de ánimo bajo, inadecuadas relaciones interpersonales con sus familiares y en ocasiones con los que les rodean, concuerda también una autoestima que va desde baja hasta media producto de todas las situaciones vividas, las cuales se mencionaron con anterioridad; también se puede notar una similitud en los puntajes, si bien es cierto el primer grupo muestra un aumento en algunos puntajes, no son ponderaciones tan significativas, para que puedan crear marcadas diferencias ya que estas pudieron ser determinadas por elementos subjetivos de tipo situacional.

GRUPO # 1 PRUEBAS DE ENTRADA Y SALIDA.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Los resultados de entrada en ésta escala son:

Autoestima baja 50%, media un 40% y alta un 10 % (ver anexo # 5 y 6)

Los resultados salida son:

Autoestima baja: 20%, autoestima media: 70%, autoestima alta: 10% (ver anexos # 7 y 8)

Realizando una comparación entre los porcentajes obtenidos en las pruebas de entrada y salida, se determina que sí se presentó un aumento en los porcentajes en relación a la autoestima. Ya que en autoestima baja se redujo en un 30% producto de la intervención psicológica que se implementó en este grupo, y se trabajó como tal el área de autoestima relacionándolo con las otras áreas de intervención. Es notable que el apoyo familiar es clave para obtener una mejoría y bienestar en la persona diabética, el hecho que sea tomado en cuenta, y se le demuestre al paciente cuan importante es para su núcleo familiar. Por otro lado la autoestima media aumento en un 30% lo cual confirma lo anteriormente planteado y la autoestima alta se mantuvo con un 10%, lo que hace referencia a la misma persona, tanto en la prueba de entrada como en la prueba de salida, esto podría deberse a que es una persona muy independiente, el cual vive solamente con su esposa, y mutuamente se brindan el apoyo necesario, por lo tanto se refleja en esta ponderación.

TEST SCL-90-R

Los resultados de entrada en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Somatización: un 80% de la muestra perteneciente a este grupo presento los síntomas siguientes; dolores musculares en el cuello, dolor en los hombros, dolor en la espalda; dolores de cabeza; dolores de pecho, mareos, náuseas, dificultades para respirar, cambios bruscos de temperatura, debilidad, pesadez en alguna parte del cuerpo, entre otras, mientras que un 20% no manifestó ninguna molestia.

Los resultados de salida en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Somatización: un 30 % de la muestra tenía síntomas de esta, mientras que un 70% no manifestó ninguna molestia. Comparando los datos de entrada con los de salida en relación con esta área se sostiene que el grupo 1 disminuyó la somatización en un 50%.

Atribuible a la intervención psicoterapéutica, ya que se trabajó en la detección de elementos generadores de estrés y el manejo de estos, por medio de técnicas de relajación, respiración y visualización en las cuales se involucró a la familia, pues se daba el caso de algunos problemas personales, familiares y de otra índole, los cuales tendían a somatizarlos y esto a su vez generaban molestias o dolencias que repercutían en su estado de salud.

Los resultados de entrada en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Ansiedad: un 80 % de la muestra presentó rasgos ansiosos, como por ejemplo: nerviosismo o agitación, temblores, miedos inesperados, inquietud; mientras que un 20% no presentó síntoma alguno.

Los resultados de salida en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Ansiedad: un 40 % de la muestra presentó rasgos ansiosos, mientras que un 60% no presentó síntoma alguno. Comparando los datos de entrada con los datos de salida la diferencia es de 40% que ya no presentaron síntomas de ansiedad.

Ésta es otra área que esta relacionada con elementos generadores de estrés, en donde la ansiedad es el resultado del mecanismo de defensa ante estos.

Los resultados de entrada en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Depresión o estado de ánimo bajo: un 50% presentó las siguientes manifestaciones decaído, sin energías, desesperanzados hacia el futuro, ideas de que ya no se es útil, sentirse solos, sentirse triste, pérdida del interés por algunas cosas habituales, querer dormir más de lo normal, entre otras; mientras que el otro 50 % restante no presentó ninguna de estas características.

Los resultados de salida en esta escala fueron los siguientes:

Escala de Depresión o estado de ánimo bajo: un 10% presentó estados de ánimo bajo; mientras que el otro 90 % restante no presentó ninguna de estas características. La diferencia en esta área fue de 40% en relación con las pruebas de entrada.

Estos logros fueron obtenidos a través de la aplicación de tratamiento para el área de autoestima pues a mayor autoestima menor presencia de los estados de ánimo bajo.

Los resultados de entrada en esta escala fueron los siguientes:

Escala de las Relaciones Interpersonales: un 30 % de la muestra presentó las siguientes características: timidez, juzgar a las demás personas, sentirse fácilmente herido o juzgado por los demás, la impresión que los demás hablan en mal de su persona o que no les simpatiza, entre otras; mientras que un 70 % no manifiesta dificultad alguna respecto a esta área. (ver anexos 9 y 10).

Los resultados de salida en esta escala fueron los siguientes:

Escala de las Relaciones Interpersonales: un 10 % de la muestra presentó las siguientes características: timidez, juzgar a las demás personas, sentirse fácilmente herido o juzgado por los demás, la impresión que los demás hablan en mal de su persona o que no les simpatiza, entre otras; mientras que un 90 % no manifiesta incomodidad alguna respecto a esta área. Por tanto la diferencia es de 20% al comparar los resultados de entrada con los de salida. (ver anexos 11 y 12).

Los datos que se muestran en la prueba de salida para el grupo numero 1, se debe mencionar que se obtuvieron después de la aplicación del programa de intervención psicoterapéutica, (ver anexo # 15) en cada una de las familias por medio de visitas

domiciliarias durante un lapso de tiempo de un mes y medio, con un promedio de dos veces por semana y el aproximado a 2 horas y media por sesión.

En dicho programa se desarrolló información sobre la comunicación asertiva, la cual se manejó con ellos como comunicación respetuosa partiendo del conocimiento previo que se tenía por parte de los pacientes y sus familiares, a lo cual se reforzaron las facilitadoras.

También se desarrollaron técnicas informativas y prácticas en las áreas de somatización; con la cual se entrenó al paciente a determinar las situaciones que le generan tensión y estrés, y por consecuente dolencias musculares, por lo que se le enseñó a identificar las zonas de su cuerpo en las cuales se acumulaba o focalizaba el estrés, también se desarrollaron técnicas de respiración, relajación y visualización, entre otras con la finalidad de fortalecer el auto conocimiento y auto detección corporal de molestias o situaciones que perjudican su bienestar físico.

También se trabajó la ansiedad con técnicas de autocontrol emocional además de registros personales en donde el paciente identificaba aquellas situaciones que le generaban ansiedad y que con la práctica de estas técnicas se incidió en la disminución de la misma pues el paciente ya identificaba los detonadores de ansiedad reduciendo así la compulsión a la excesiva ingesta de alimentos y de mantener esta práctica sufrían la descompensación pues aumentaban de peso y los niveles de azúcar se veían incrementados, los estados de ánimo bajo, las inadecuadas relaciones interpersonales y la autoestima, haciendo referencia que cada una de estas áreas están íntimamente relacionadas y podría decirse que una incide en otras, descompensándolas o equilibrándolas según sea el caso.

Cabe mencionar o destacar que los pacientes se mostraron muy participativos, interesados y motivados a aprender formas prácticas y novedosas para mejorar su salud, se pudo notar que lo que más causó un efecto positivo fue las técnicas de relajación y visualización, en donde se les orientaba a los pacientes que se vieran en una escena de reconciliación con la persona con la cual se habían distanciado, ya que por medio de ellas en la práctica continua, pudieron acercarse a los familiares sin miedo y pudieron expresar su sentir y su pensar, de la misma manera en que pudieron conocer y prepararse para cada una de sus reacciones ante ellos.

Al final de cada una de las sesiones realizadas con los grupos familiares les fueron asignadas tareas individuales tales como la elaboración de registros diarios en donde reportaban las expresiones positivas de afecto recibidas por los miembros del grupo familiar; además de tomar nota de cómo estas demostraciones de afecto les hicieron sentir y como correspondieron ante las mismas.

De igual manera tuvieron como tarea realizar registros de las conductas que según el criterio personal de los pacientes consideraron en sus apuntes como negativas o carentes de afecto y además mencionaban las sugerencias que proponían a los miembros para evitar que continúen las conductas negativas. Otra de las tareas asignadas fueron las elaboraciones de diarios personales en donde escribían principalmente como se sintieron durante el día y según sus propias valoraciones cuales fueron las razones o motivos que provocaron tal estado de ánimo.

Así también se les encomendó como tarea que determinaran como grupo familiar una hora específica después de la cena para que todos se reunieran y compartieran de la experiencia que durante el día vivieron.

Para hacer de esta investigación mas valiosa y significativo se citará el ejemplo de un caso muy particular de una de las pacientes a quien por medio de estas técnicas se logro sensibilizar y promover el acercamiento con una de sus hijas, con la que se habían dado discordias, distanciamiento y producto de esto se encontraban las emociones negativas como el orgullo; que no permitía el pedir perdón y aceptar el perdón , el resentimiento, entre otros por situaciones como el embarazo y una boda, la cual no era aceptada por la madre de la novia, y fue a través de las técnicas de visualización que se logro promover la conciencia respecto a la necesidad de que esos lazos afectivos fueran estrechados nuevamente para una mejora de la relación.

Al brindar orientaciones a la paciente para que esta pudiera ver las cosa desde otra perspectiva, como el visualizar la necesidad afectiva y de apoyo que esta hija podría estar sintiendo y la necesidad como madre de proveer de estos componentes tan importantes a su hija que atraviesa momentos donde se requiere del apoyo y comprensión de una madre como tal de igual manera la importancia de la reciprocidad, esta técnica dio paso a la sanidad interior.

La paciente puso mucho de su parte al reconocer la realidad de la situación se involucro totalmente en el tratamiento y fue consiente del sufrimiento que esta problemática le hacía sentir por lo delicado de esta situación, experimentó llanto en repetidas sesiones, aclaro sus pensamientos y pudo tomar decisiones asertivas, las cuales promovían a entablar canales de comunicación, que lograron promover el acercamiento y la propiciación de caricias, besos, declaraciones de perdón y de consuelo, en donde se llevó a una realización de objetivos de acercamiento familiar y establecimiento de las bases afectivas dentro de su núcleo familiar, la estabilidad emocional, la tranquilidad y por consecuente la mejoría de su estado anímico, el bienestar en su organismo y el beneficio hacia una mejoría en su enfermedad.

vale la pena hacer mención también de otro caso en donde se puso en evidencia como existen elementos situacionales que muchas veces se salen fuera de control del terapeuta y tienden a perjudicar al paciente como fue el caso de una paciente con la cual se trabajó muy bien con ella y su familia pero sucedió un día que por un "mal entendido", uno de sus hijos fue detenido por la policía y producto de esto la paciente se vio emocionalmente alterada lo que la llevó a una descompensación producto de su angustia, y promovió a un retroceso de lo que ya se había ganado en el desarrollo de la intervención, pues generó ansiedad, frustración, estrés, estado de ánimo bajo, repercutió en su autoestima pues se reprochaba a sí misma "en que había fallado como madre".

Entre muchos otros elementos, ésta información se contrastó con la información que brindó el doctor Sequeira en su planteamiento de resultados obtenidos en los pacientes desde una perspectiva médica, (ver anexo#13) ya que encontró mejoría en algunos pacientes, estabilidad permanente en otros y descompensación en algunos con respecto al término médico de la medición de glucosa en sangre, producto del accionar del plan de intervención psicológica y de circunstancias situacionales que fueron apareciendo en el transcurso del tiempo las cuales no fue posible controlar, pero sí se pueden intervenir oportunamente para minimizar su efecto.

Por todo lo antes mencionado en cuanto a las experiencias de las estudiantes con las familias visitadas, y contrastado con los porcentajes comparativos de salida que arrojan las pruebas psicológicas y controles médicos, estos últimos detallan de manera cualitativa los resultados del seguimiento, debiendo aclarar que el doctor que apoyó la investigación a través de los controles médicos realizados a los pacientes de la muestra en estudio; no se rigió al formato brindado por las estudiantes.

El formato facilitado al doctor fue validado por otros profesionales de la medicina en donde se le solícitaban los datos del peso, glucosa y la descripción de la apariencia anímica;

entregando solamente los datos de salda pero de manera escueta por tanto se le resto importancia a los resultados médicos ya que no fue posible la comparación debido a la carencia de datos médicos consistentes.

Por lo cual se le asignó mayor relevancia a la comparación de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos psicológicos y como consecuencia se puede sostener que sí hubo una disminución significativa en relación a los datos encontrados en las pruebas de entrada con respecto a las pruebas de salida aplicadas al grupo uno y grupo dos (Ver anexo # 5, al 12).

Aclarando que no se utilizó un estadístico complejo, que comprobara o determinara científicamente que los resultados obtenidos hallan sido producto de la intervención psicológica, pero a nivel general y tomando como referencia el análisis cualitativo de esta investigación se puede sostener que en los pacientes del grupo 1, sí fue funcional y beneficioso el plan de intervención psicológica, ya que enriquecieron sus conocimientos teóricos y prácticos en relación a diversas áreas que intervienen en la convivencia familiar en relación con su enfermedad, experimentaron la parte vivencial y manifestaron también los mismos pacientes que las relaciones familiares afectivas tienden a ser mas armoniosas y equilibradas, por lo tanto la experiencia vivida a futuro la pueden seguir practicando y promover una mejoría en su salud personal y en su bienestar familiar.

Muchas son las vivencias que se tienen de cada uno de los y las pacientes y sus familias, positivas y negativas, lo que llena de satisfacción personal y profesional a las facilitadoras

de este programa el haber aportado tiempo, energías y calidad humana al servicio de los pacientes en estudio.

Ya que como estudiantes de la salud mental es ese el trabajo, y el propósito final de brindar ayuda a los demás y dar a conocer maneras de cómo brindarse una autoayuda para promover el bienestar personal y la mejoría del paciente, y mantener el compromiso de promover el **"AFECTO"** como elemento primordial de la vida para obtener un mayor bienestar personal y familiar, ya que en estos tiempos no se le da el valor necesario a las emociones, que son el antídoto natural y efectivo que todos los seres humanos poseen para sí mismos y para brindar a los demás, que cura el alma y como consecuencia el cuerpo, encontrándose este al alcance de todos únicamente se debe de reconocer la importancia de este, practicarlo y aprovechar sus efectos.

GRUPO # 2 PRUEBAS DE ENTRADA Y SALIDA.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Los resultados de entrada en esta escala son:

Autoestima baja: 40%, autoestima media: 60%, autoestima alta: 0.

(Ver anexos #5 y 6).

Los resultados de salida son:

Autoestima baja: 30%, autoestima media: 70%, autoestima alta: 0.

(Ver anexos #7 y 8).

La autoestima baja disminuyó en un 10% mientras que la autoestima media aumentó en un 10% y en la autoestima alta se mantuvieron los resultados.

Según el grupo de investigación estos resultados en su momento se le atribuyó a circunstancias situacionales las cuales contribuyeron en que la autoestima de este grupo se observara incrementada.

TEST SCL-90-R.

Los resultados de entrada fueron los siguientes:

Escala de Somatización: un 60 % de la muestra perteneciente a este grupo presentó los siguientes síntomas como; dolores musculares, en cuello, hombros, espalda y dolores de cabeza; dolores de pecho, mareos, náuseas, dificultades para respirar, cambios bruscos de temperatura, debilidad, pesadez en alguna parte del cuerpo, entre otras, mientras que un 40% no manifestó ninguna molestia.

Los resultados de salida fueron los siguientes:

Escala de Somatización: un 50 % de la muestra sí presentó síntomas, mientras que un 50% no manifestó ninguna molestia. La diferencia entre los resultados de entrada y salida es de un 10%.

Estos datos se atribuyen a que este grupo no recibió ninguna orientación con respecto al manejo y prevención del estrés como también a circunstancias situacionales.

Los resultados de entrada fueron los siguientes:

Escala de Ansiedad: un 40 % de la muestra presentó rasgos ansiosos, como por ejemplo: nerviosismo o agitación, temblores, miedos inesperados, inquietud; mientras que un 60% no presentó síntoma alguno.

Los resultados de salida fueron los siguientes:

Escala de Ansiedad: un 50 % de la muestra sí presentó rasgos ansiosos; mientras que un 50% no presentó síntoma alguno. La diferencia entre los resultados de entrada con los de salida son de 10%.

Estos datos se atribuyen a que este grupo no recibió ninguna orientación con respecto al manejo y prevención del estrés como también a circunstancias situacionales.

Los resultados de entrada fueron los siguientes:

Escala de Depresión o estado de ánimo bajo: un 40% presentó las siguientes manifestaciones decaído, sin energías, desesperanzados hacia el futuro, ideas de que ya no se es útil, sentirse solos, sentirse triste, pérdida del interés por algunas cosas habituales, querer dormir mas de lo normal, entre otras; mientras que el otro 60 % restante no presentó ninguna de estas características.

Los resultados de salida fueron los siguientes:

Escala de Depresión o estado de ánimo bajo: un 60% sí presentó; mientras que el otro 40 % restante no presentó ninguna de estas características. La diferencia entre los resultados de entrada con los de salida es de un 20%.

Estos datos se atribuyen a que este grupo no recibió ninguna orientación con respecto al manejo y prevención del estrés como también a circunstancias situacionales.

Los resultados de entrada fueron los siguientes:

Escala de Relaciones Interpersonales: un 30 % de la muestra presentó las siguientes características: timidez, juzgar a las demás personas, sentirse fácilmente herido o juzgado por los demás, la impresión que los demás hablan en mal de su persona o que no les simpatiza, entre otras; mientras que un 70 % no manifestó incomodidad alguna respecto a esta área. (ver anexo #9 y 10).

Los resultados de salida fueron los siguientes:

Escala de Relaciones Interpersonales: un 30 % sí presentaron deficiencias en esta área; mientras que un 70 % no manifestó incomodidad alguna respecto a esta área (ver anexo #9 y 10). Los resultados obtenidos en la comparación de las pruebas de entrada con las de salida se mantienen. En esta área se puede atribuir a que las personas representada en el porcentaje de las que sí manifestaron deficiencias en ambos casos son las mismas personas.

Por otra parte el grupo numero 2 en base a los porcentajes obtenidos en relación a las pruebas de entrada y de salida de orden psicológico y médico (ver anexos # 5 al 14) no denota mayor diferencia, sí se dan variaciones mínimas entre un área y otra, en algunas es mayor en la prueba de salida y en otras es menor, por lo que la discrepancia no es sustancial y no se considera algo muy significativo, no podría darse mayor explicación sobre este grupo y sus porcentajes ya que no recibió intervención alguna por parte de las estudiantes que desarrollaron dicho trabajo, pero se puede inferir que sus porcentajes se mantiene debido a que mantuvieron su misma situación de vida y no se incorporó aprendizaje o información

alguna sobre como mejorar ciertas áreas generadoras de carga emocional negativa, la cual inciden en su enfermedad y en su ambiente familiar.

VII. CONCLUSIONES

- Ψ Debido a los inadecuados modelos educativos adquiridos generacionalmente, en donde no transmitimos elementos que cimenten la base, de la expresión del afecto positivo en sus diferentes formas; aunado a los estilos de vida modernos en donde se antepone el individualismo, dejando de lado la convivencia armoniosa con nuestros semejantes, se convierten en generadores de altos porcentajes de personas que adolecen de patologías psicosomáticas como lo es en caso muy particular la diabetes.

- Ψ La falta de comunicación y lazos afectivos, son propicios para el desarrollo de la ansiedad, estados de ánimo bajo, somatizaciones y baja autoestima, los cuales contribuyen al deterioro de la salud, y en la aparición de enfermedades adjuntas, en especial en los pacientes que padecen de diabetes.

- Ψ La edad del paciente y los diferentes elementos situacionales que escapan al control del terapeuta y de la familia inciden de forma negativa en un retroceso o estancamiento de la mejoría de los pacientes, aun con la aplicación de un programa psicoterapéutico.

- Ψ El Programa de Intervención Psicológica aplicado los pacientes del grupo 1, sí fue funcional, ya que enriquecieron sus conocimientos teóricos y prácticos en relación a diversas áreas que intervienen en la convivencia familiar en relación con su enfermedad, pero debería aplicarse una prueba estadística que respalde los resultados obtenidos de forma científica, la cual pueda determinar con exactitud si los resultados con respecto al programa de intervención fueron significativos o no.

- Ψ En relación a la escala de autoestima y del SCL90-R, puede decirse que en base a porcentajes comparativos, sí se dieron cambios en los resultados obtenidos en relación a la prueba de entrada y de salida del grupo 1 y 2, pues se pudo observar alzas y bajas en las áreas estudiadas, lo cual indica una medición y variación entre autoestima, somatización, estado de ánimo bajo, ansiedad y relaciones interpersonales, reforzadas por medio del proceso de intervención terapéutica

VIII. RECOMENDACIONES:

A la Fundación de Desarrollo Social (FUNDESO).

- Ψ Valorar la formación de un grupo multidisciplinario el cual integre a un profesional de la salud mental como lo es un psicólogo(a), trabajador(a) social, médico y nutricionista. De esta manera brindar un servicio integral a los usuarios que requieran de este, contribuyendo con el alcance de una mejor calidad de vida para la población atendida y al mismo tiempo generando incorporación, apoyo, interés y motivación de los familiares hacia su pariente diabético así como la continuidad del programa de intervención psicológica.

A los estudiantes de psicología o profesionales de la salud mental que deseen desarrollar o contribuir al trabajo con pacientes diabéticos y sus familiares:

- Ψ Promover las expresiones de afecto en las relaciones familiares, desde una perspectiva participativa dentro de la dinámica familiar, por medio talleres y charlas informativas que involucren a todos los miembros de las familias, de manera permanente, en las cuales sean abordadas diferentes temáticas concernientes a las demostraciones de afecto positivo; enfatizándoles su importancia en la práctica cotidiana así como también los beneficios que obtienen al practicarlos.
- Ψ Brindar herramientas psicológicas en la detección y el manejo de situaciones que desestabilizan la armonía familiar y por consiguiente la estabilidad emocional del paciente en relación a su enfermedad, de lo contrario evitara el avance y el logro de los resultados de mejora.

- Ψ En relación al programa de intervención psicológica aplicado, se recomienda a las personas o estudiantes de psicología que deseen continuar con la investigación, considerar una muestra mas amplia, la cual tenga un mínimo de 50 sujetos los cuales se podrían distribuir 25 en cada grupo a conformar, con la finalidad de poder aplicar una prueba estadística compleja, la cual determine o valide los datos, dando un mayor respaldo a la investigación.

- Ψ En relación a las escalas de autoestima y el scl90-R se recomienda a los/as estudiantes, la aplicación de estas, para este tipo de investigación, ya que son pruebas estandarizadas y validadas con anterioridad, por lo cual guarda la confiabilidad y validez que se necesita en la investigaciones psicológicas en las que se requiere la medición de las áreas que estas contienen.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Libros

"Capacidades de Auto cuidado del adulto con diabetes tipo II
Autor: Esther C. Gallegos.

La "enciclopedia de la psicología".
Autor: Océano. Tomo I

"Técnicas de Psicoterapia Familiar".
Autor: Salvador Minuchín.

TESIS

Propuesta de Programa Psicoeducativo Breve "Ayudando con Afecto a Sanar Cicatrices".

Autoras: Br. Canjura Morales, Irma Patricia.
Br. Nieto Pérez, Ana Lucía.

X.WEBGRAFIA

<http://www.diabetes la enfermedad del desamor.com>

http://www.lo-que-nadie-sabe-de-la-diabetes.mx_org

[http://www.Organización mundial para la salud.org](http://www.Organización-mundial-para-la-salud.org)

<http://www.e-mail:info@yogakai.com> Gilda Isabel Valera Guerrero

<http://www.IsabelValera55@aroba.hotmail.com> Baní, Rep. Dom

<http://www.Hilda01@aroba.tricom.net>.

ANEXOS

A. "CUADRO DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES EN FUNDESO".

Preguntas pacientes	P1	P2	P3	P4	P5					P6			P7	P8	P9	P10				P11				P12	P13					P14			P15		
					A	B	C	D	E	A	B	C				A	B	C	D	A	B	C	D		A	B	C	D	E	A	B	C	A	B	C
PACIENTE 1	NI	D	3a	LC, IR, P.					X	X		X	N	N	N	X				X	X		3	7	3	3	6	8			X	X			
PACIENTE 2	NI	S/M	3a			X					X		N	N	N			X				X	6	1	1	4	1	10			X	X			
PACIENTE 3	NI	M/D	5a	H, O, M.C.			X			X	X	X	S	S	I	X				X		3	10	9	8	10	10		X		X				
PACIENTE 4	PI	MO	2	H	X				X	X	X		S	S	I	X				X	X	1	2	10	6	0	6		X		X				
PACIENTE 5	PI	S/O	10a	C Y H					X	X			N	S	N	X				X		4	2	2	0	2	0			X		X			
PACIENTE 6	NI	DC/DP	11a	H		X		X	X			X	N	N	N	X				X		3	2	2	0	0	0			X	X				
PACIENTE 7	PI	N	20a	H	X				X	X	X	X	N	N	N	X				X		11	5	3	0	0	0		X		X				
PACIENTE 8	PI	S/H	1a	H/C				X	X	X		X	N	S	PF		X			X		4	3	1	1	6	7		X	X					
PACIENTE 9	NI	S/DC	13a	N	X		X			X			S	S	PF	X				X		8	10	3	5	2	5		X		X				
PACIENTE 10	PI	N	3a	H						X			N	N	N	X				X		2	6	10	5	9	9		X		X				
PACIENTE 11	N	H	4	MC					X	X	X	X	N	S	PF		X			X	X	6	10	5	6	10	8	X			X				
PACIENTE 12	PI	S/MO	2a	H	X		X						S	S	PF	X				X		5	0	0	9	9	0			X	X				
PACIENTE 13	NI	S/MA	14a	H	X				X		X		S	S		X				X		1	8	6	0	10	10		X		X				
PACIENTE 14	NI	S/DC	5a	N			X						S	S	PF		X			X		4	5	5	3	0	0		X		X				
PACIENTE 15	NI	C/A/P	3a	N	X				X	X	X	X	S	S	PF	X				X	X	X	3	5	5	8	10	5		X		X			
PACIENTE 16	PI	S	8a	H					X	X	X		S	S	N		X			X		2	10	10	10	10	5	X			X				
PACIENTE 17	PI	S	8a	N					X	X	X	X	N	N	N	X				X		3	0	0	0	0	0			X	X				
PACIENTE 18	PI	S	3a	H	X					X			N	N	N	X				X		2	2	5	6	4	0		X		X	0			
PACIENTE 19	NI	D/Cabeza Insomnio	21a	neumonía					X	-	-	-	S	S	PF	X				X	X	3	1	10	10	5	5			X	X				
PACIENTE 20	PI	S/MO	15a	N					X	X			N	S	PF	X				X		4	7	8	0	0	0			X	X				
TOTALES					7	2	4	3	1 3	1 2	1 0	8				1 5	4	1	0	9	7	6	4						2	8	1 0	1 8	2	0	

SIGNIFICADO DE LAS ABREVIATURAS EN LAS COLUMNAS P1: **NI/PI**= Ninguna Información/Poca Información
N=Ninguno

Hipertensión, Osteoporosis, Mala Circulación

M=Mareos **MA**= Mucho Apetito.
C- Cansancio **MO**=Mucha Orinadera
DP-Dolor de Piernas

P4: Lesión de Corazón, Infección de Riñón Prósta

P2: **D**=Desmayos

P7/P8: **S/N**= SI/NO

P9: Ninguno, Indiferencia, Problemas Familiares

CUADRO DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA REALIZADA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES EN FUNDESOS”.

Familiar del paciente	Numero del paciente	PARNTSCO	P1	P2					P3	P4	P5	P6						P7				P8	P9	P 10	P 11	P12		
				A	B	C	D	E				A	B	C	D	E	F	A	B	C	D					A	B	C
1	1	ESPOSA	PI		X	X	X	X	PF	P	N						x		x			I/FE	S	S	S	X	X	X
2	2	HIJA	NI	X	X				PF	A/I	N	x	x					x	x		N/O/P	S	S	S			X	
3	3	HIJA	PI	X	X	X	X	X	PF	N/I	S						X		X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
4	4	ESPOSO	PI	X				X	H	SM	S	X						X			ENOJO-CARACTER	S	S	S	X	X	X	
5	5	HIJO	PI	X	X	X	X	X	H	D/A	N	X		X		X		X	X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
6	6	HIJA	PI				X	X	TA H/ E	T/A	S					X		X			MATERIALISTA	S	S	S			X	
7	7	COMPANE RA DE VIDA	NI	X			X	X	E	A/A	S		X	X	X			X	X		NINGUNO	S	S	S		X		
8	8	HIJA	NI	X			X	X	PF	N	N						X			X	TODO	N	S	S	X	X	X	
9	9	NIETA	PI	X				X	PE E	T/P	N					X			X		NINGUNA	S	S	S	X		X	
10	10	ESPOSO	PI			X	X		PF H A	C/A	N	X		X		X			X		TRISTEZA	S	S	S			X	
11	11	NUERA	NI				X	X	PF	S	S						X	X			TODO	N	S	S	-	-	-	
12	12	HIJA	PI	X					H	T	N	X							X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
13	13	HIJO	PI					X	PF	P	N			X				X	X		NINGUNA	S	S	S	X			
14	14	ESPOSO	NI	X	X	X		X	PF	P	S	X						X	X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
15	15	HIJA	PI	X	X	X	X	X	E	N	S						X			X	TODO	S	S	S	X	X	X	
16	16	HERMANA	PI				X	X	PF	T	N	-	-	-	-	-	-	X			NEGATIVISMO	N	S	S	X	X	X	
17	17	COMPANE RA DE VIDA	NI	X	X	X			FC M	SORP	S			X				X			ECONOMICO POR EL MEDICAMENTO	S	S	S	X			
18	18	HIJA	NI	X	X	X	X		P	DM	P	X		X	X				X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
19	19	COMPANE RA DE VIDA	NI	X				X	H	TP	SI		X	X	X			X	X		CARÁCTER-ENOJO	S	S	S	X	X	X	
20	20	HIJO	PI		X			X	PF	T	S					X			X		NINGUNA	S	S	S	X	X	X	
				1	7	7	8	1				6	3	6	2	5	3	3	9	1					1	1	1	



Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F ___ M ___
Ocupación _____ Religión: _____
Estado Civil: Casada(o) _____ Viuda(o) _____ Divorciada(o) _____ Soltera(o) _____
Dirección: _____

INSTRUMENTO PARA APLICAR AL PACIENTE

INDICACIONES: a continuación se le presentan una serie de interrogantes, los cuales deberá responder de forma adecuada.

1. ¿Qué tipo de información tenía sobre la diabetes, antes de ser diagnosticado?

A) Causas. B) Síntomas. C) Consecuencias. D) Todas las anteriores.

2. ¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron la enfermedad?

3. ¿Que otra enfermedad le han diagnosticado además de la Diabetes?

Anexo 3

4. A que le atribuye el haber adquirido la enfermedad:

A) Hereditario. B) Inadecuados hábitos alimenticios.

C) Falta de un chequeo medico. D) Falta de información.

E) Por cuestiones emocionales o familiares.

5. ¿En cual de las siguientes áreas considera usted que ha experimentado cambios después de ser diagnosticado con diabetes?:

A) Área Emocional. B) Área Físicos. C) Área de las relaciones familiares.

6. ¿Considera que el apoyo familiar influye en la recuperación de su enfermedad?

SI _____ NO _____ Explique

7. ¿Como eran sus relaciones familiares antes que le detectaran la diabetes?

A) Armoniosas. B) Tensas. C) Distantes. D) Conflictivas.

8. ¿Como es la relación actual con sus familia?

A) Armoniosa. B) Tensa. C) Distante. D) Conflictiva.

9. ¿Según su consideración cual es la causa por la cual sus relaciones se encuentran así?

A) Incomprensión.

B) Situación económica.

C) Comprensión.

D) Conocimiento.

10. ¿Con cuantos miembros de su familia vive o convive actualmente?:

11. Asigne una calificación entre el 1 y el 10 a las siguientes áreas según considera como le afectan en su vida diaria en relación a su enfermedad.

A) Depresión.

B) Estrés.

C) Ansiedad.

D) Sentimientos de soledad.

E) Falta de apoyo familiar.

12. Elija cual de los siguientes literales describe mejor en cuanto al apoyo familiar que actualmente recibe por parte de los miembros de su grupo familiar.

A) No recibo apoyo **B)** Recibo muy poco apoyo **C)** Si recibo mucho apoyo.

13. Que tan importante es para usted el apoyo de su familia en relación a su enfermedad:

A) Muy importante **B)** Importante **C)** Poco importante **D)** Nada importa



Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F _____
M _____

Ocupación _____ Nivel educativo: _____
Religión: _____

Estado Civil: Casada(o) _____ Viuda(o) _____ Divorciada(o) _____ Soltera(o) _____

Vive actualmente con el (la) paciente SI _____ NO _____

Nombre _____ de _____ la _____ paciente:

Parentesco _____ con _____ la
paciente _____

Dirección: _____

INSTRUMENTO PARA APLICAR A FAMILIAR

INDICACIONES: A continuación se le presentan una serie de interrogantes, los cuales deberá responder de forma adecuada.

1. ¿Qué tipo de información o conocimiento tiene usted sobre la diabetes?

A) Causas. B) Síntomas. C) Consecuencias. D) Todas las anteriores.

2. ¿Por qué considera usted que hay familias con personas diabéticas y otras no?

A) Factores hereditarios. B) falta de chequeo medico.

Anexo 4

C) falta de información. D) inadecuados hábitos alimenticios.

E) cuestiones o problemas emocionales/familiares.

3. A nivel personal ¿cual fue su reacción cuando se dio cuenta que su familiar padecía de diabetes?

A) Acercamiento.

B) Alejamiento.

C) Comprensión.

4. ¿Considera usted que el hecho que su pariente padezca de diabetes, afecta de alguna manera a su familia?

5. ¿Ha notado algún cambio de conducta en su familiar, después de haber sido diagnosticado de diabetes? De los que a continuación se mencionan:

A) *Sensible*

B) Hostil

C) Triste

D) Distante

E) Apegado

F) Todas las anteriores.

6. ¿Cómo reacciona usted y el resto de la familia ante estos cambios?

A) Le ignoramos.

B) Le comprendemos.

C) Le correspondemos.

D) Todas las anteriores.

7. ¿Considera que tanto usted como su demás familia contribuyen a la recuperación de su familiar? **SI**____ **NO**_____ **Mencione de que forma lo hacen:**

8. ¿Considera usted que el acompañamiento o apoyo familiar, es indispensable e importante en la recuperación del paciente diabético?

SI _____

NO _____

Explique porque?

9. ¿Estaría usted dispuesta(o) a involucrarse en una terapia psicológica_ familiar, en la cual se tenga como objetivo, el contribuir en la mejoría de la enfermedad y una mejor calidad de vida para su familiar?

SI _____

NO _____

¿Por qué?

10. ¿Cuales de las que a continuación se mencionan serian sus expectativas, o que esperaría obtener de esta nueva forma de apoyo que se le esta brindando a las personas que padecen diabetes (psicoterapia familiar)?

A) Aumentar mis conocimientos referentes a la enfermedad.

B) Obtener una mejor relación con mi pariente.

C) Comprender aun más a mi pariente.

D) Que mi pariente alcance una mejoría en su salud.

E) Brindar mayor y mejor apoyo a mi pariente.

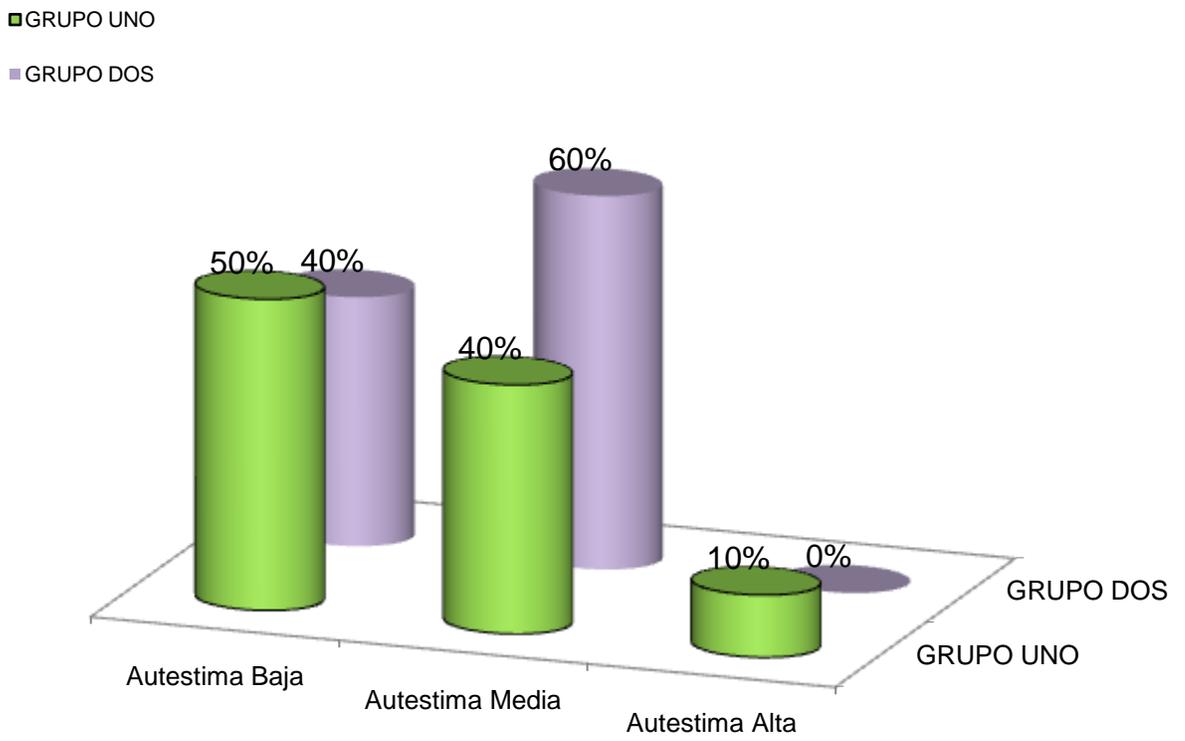
Resultado de entrada de la escala de autoestima grupo1

PTE #		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PORCENTAJE	DIAGNOSTICO
01		3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29	Autoestima Media
02		3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	30	Autoestima Media
03		4	3	4	4	1	4	4	1	3	1	29	Autoestima Media
04		1	3	1	2	1	3	1	1	3	3	19	Autoestima Baja
05		2	3	3	0	2	1	1	1	2	1	16	Autoestima Baja
06		3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	28	Autoestima Media
07		0	2	3	3	3	0	3	2	0	2	18	Autoestima Baja
08		3	0	3	3	2	0	3	2	2	0	18	Autoestima Baja
09		2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	19	Autoestima Baja
10		4	3	4	4	2	4	4	1	3	3	32	Autoestima Alta
	Autoestima Baja											5	
	Autoestima Media											4	
	Autoestima Alta											1	

Resultado de entrada de la escala de autoestima grupo 2

PTE #		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PORCENTAJE	DIAGNOSTICO
11		3	3	3	2	2	1	3	3	2	3	25	Autoestima Media
12		0	3	3	0	2	3	3	2	3	0	19	Autoestima Baja
13		3	3	4	4	1	0	1	1	0	0	17	Autoestima Baja
14		2	2	2	2	3	1	1	3	0	1	17	Autoestima Baja
15		3	3	4	4	1	3	4	1	3	3	29	Autoestima Media
16		4	2	2	2	3	1	2	3	1	1	21	Autoestima Media
17		3	0	3	2	0	1	2	3	2	1	17	Autoestima Baja
18		4	1	4	4	1	4	4	1	3	1	27	Autoestima Media
19		3	1	3	2	1	4	3	3	3	3	26	Autoestima Media
20		3	3	3	2	2	3	3	2	1	1	23	Autoestima Media
	Autoestima Baja											4	
	Autoestima Media											6	

CUADRO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE ENTRADA DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA.



Resultados de salida de la escala de Autoestima grupo 1

#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PORCENTAJE	DIAGNOSTICO
1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	29	Autoestima Media
2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	30	Autoestima Media
3	4	3	4	4	1	4	4	1	3	1	29	Autoestima Media
4	4	3	3	2	1	3	3	1	3	3	26	Autoestima Media
5	1	3	0	3	2	3	3	1	1	3	20	Autoestima Baja
6	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	28	Autoestima Media
7	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	26	Autoestima Media
8	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	27	Autoestima Media
9	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	19	Autoestima Baja
10	4	3	4	4	2	4	4	1	3	3	32	Autoestima Alta
											2	
											7	
											1	

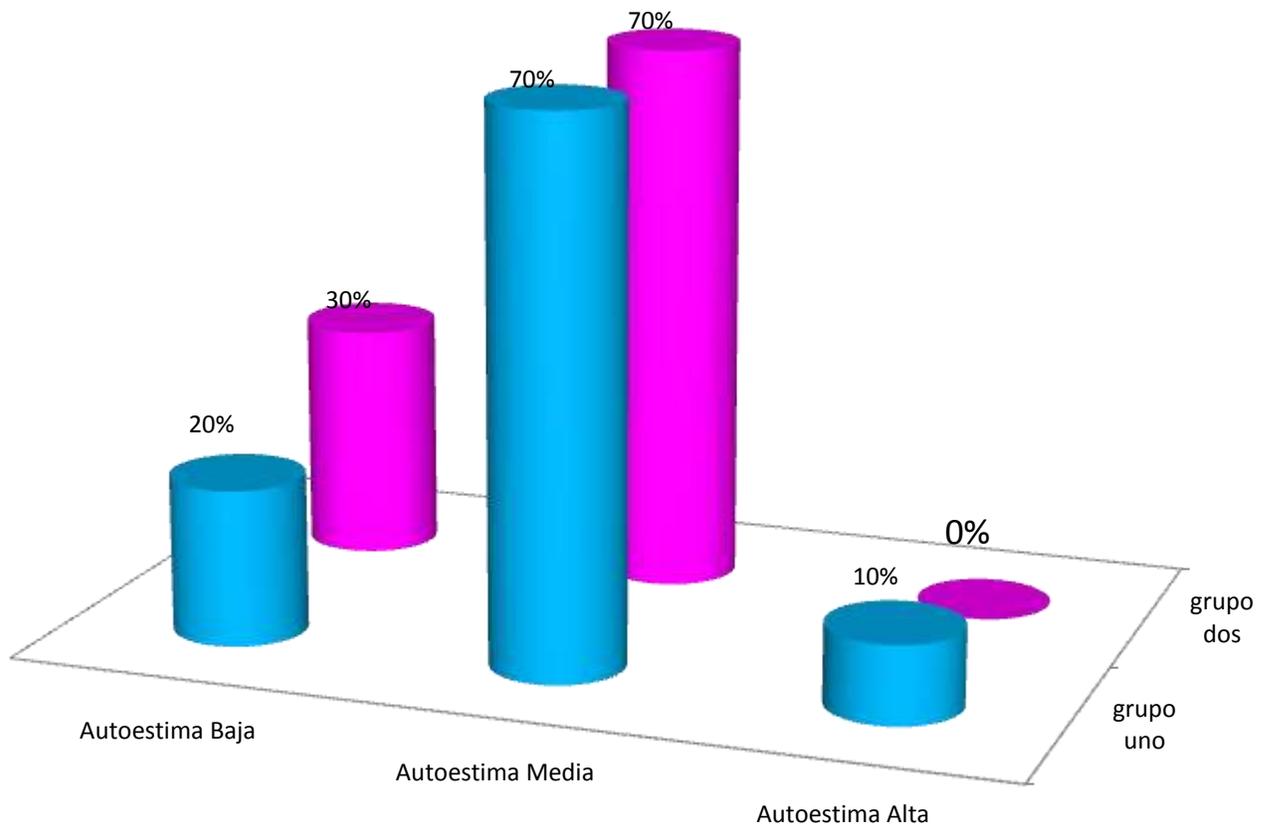
Resultados de salida de la escala de autoestima grupo 2

#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PORCENTAJE	DIAGNOSTICO
11	3	3	3	2	2	1	3	3	2	3	25	Autoestima Media
12	3	2	2	2	2	1	3	2	1	2	20	Autoestima Baja
13	3	3	4	4	1	4	4	1	1	3	28	Autoestima Media
14	2	2	2	2	3	1	1	3	1	1	18	Autoestima Baja
15	3	3	4	4	1	3	4	1	3	3	29	Autoestima Media
16	4	2	2	2	3	1	2	3	1	1	21	Autoestima Media
17	3	3	3	2	3	1	2	3	2		22	Autoestima Media
18	2	1	2	2	1	2	2	1	3	1	17	Autoestima Baja
19	3	1	3	2	1	4	3	3	3	3	26	Autoestima Media

20		3	3	3	4	2	3	3	2	2	2	27	Autoestima Media
												3	
												7	
												0	

ANEXO # 7

CUADRO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE SALIDA DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA.



RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE ENTRADA

INDICADOR	SOMATIZACIÓN 1.05	ANSIEDAD 1.51	DEPRESIÓN 1.84	RELACIONES INTERPERSONAL ES 1.40
GRUPO				

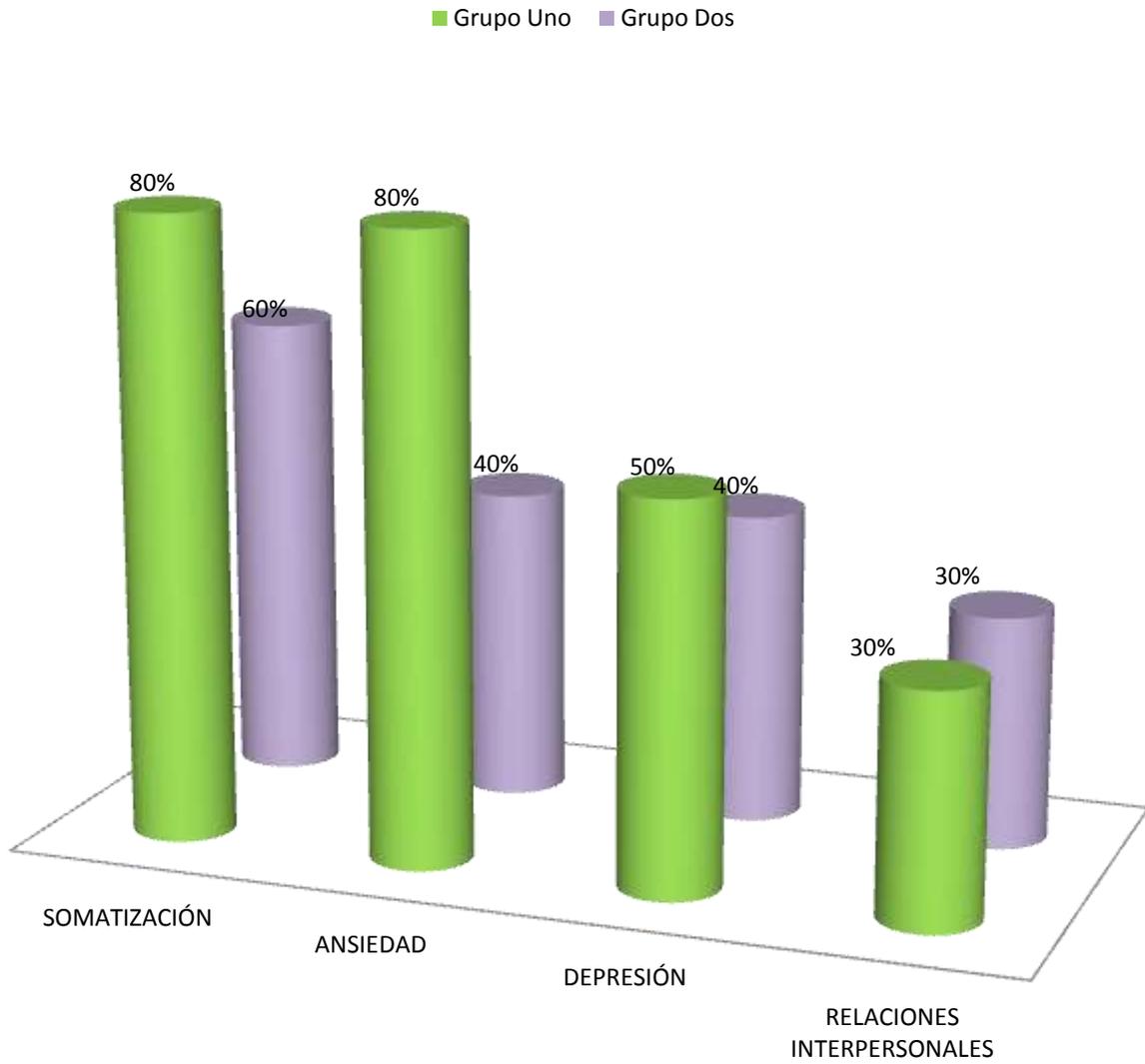
DEL

SCL-90R

"1"				
01	1.25	1.65	0.80	1.33
02	0.80	1.90	0.98	0.55
03	1.60	1.75	2.0	1.35
04	1.50	1.90	1.85	1.70
05	0.42	0.60	1.15	1.0
06	1.23	1.60	2.0	1.45
07	1.10	1.45	1.20	0.88
08	1.92	2.0	1.92	1.10
09	1.80	1.80	1.90	1.60
10	1.20	1.55	0.38	1.0
TOTAL	8	8	5	3
GRUPO "2"				
11	0.83	1.00	0.69	1.22
12	1.20	1.48	1.88	1.60
13	0.92	1.50	2.01	0.80
14	1.20	1.20	0.69	1.0
15	1.20	1.70	1.69	1.10
16	1.33	1.60	2.07	1.20
17	1.75	1.90	2.05	1.60
18	0.70	1.10	1.20	1.0
19	1.80	1.60	1.38	1.45
20	1.0	0.70	1.07	1.33
TOTAL	6	4	4	3

ANEXO #9

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE ENTRADA DEL SCL-90R



Anexo 10

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SALIDA DEL

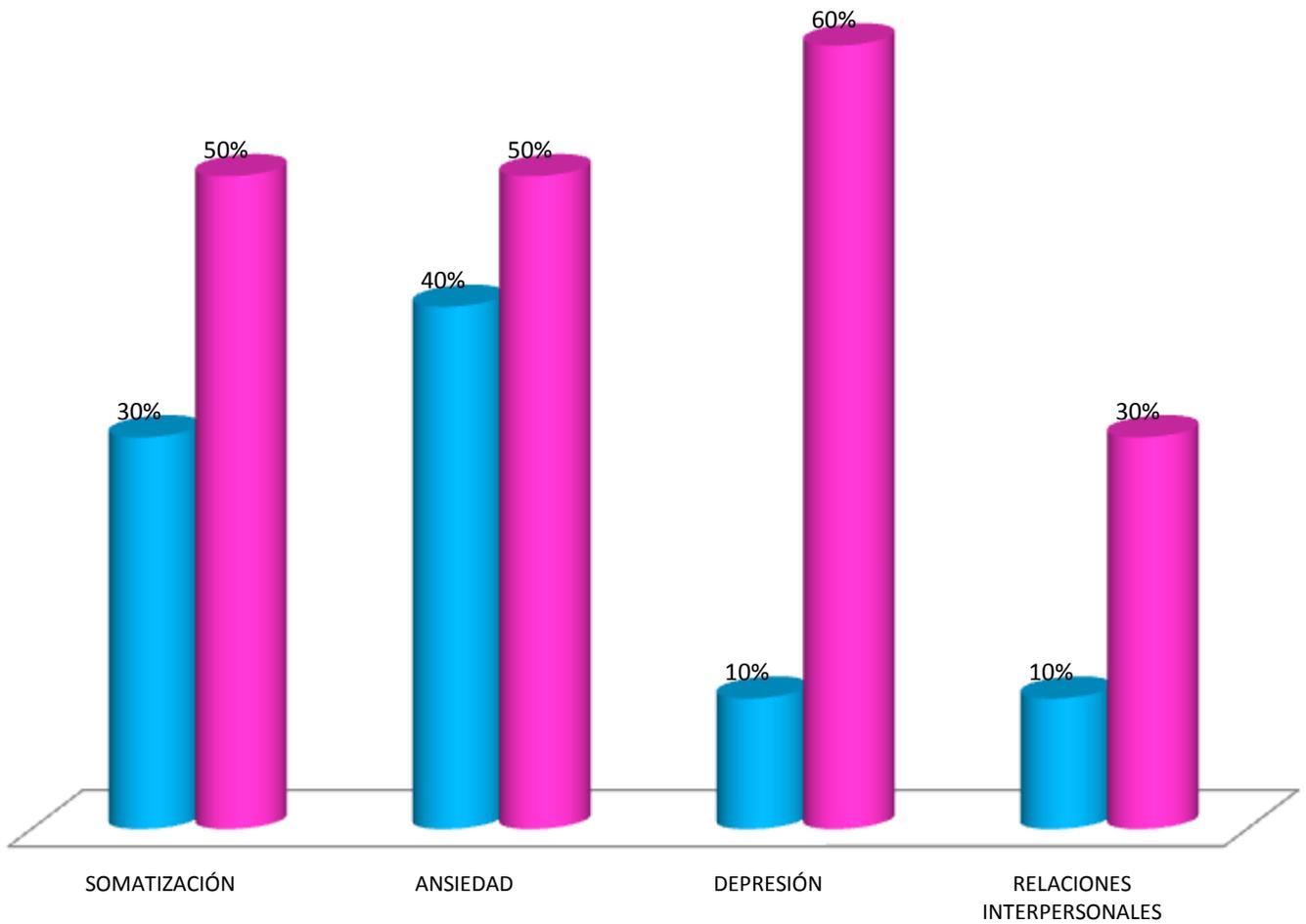
SCL-90R

INDICADOR	SOMATIZACIÓN 1.05	ANSIEDAD 1.51	DEPRESIÓN 1.84	RELACIONES INTERPERSONAL ES 1.40
GRUPO "1"				
01	0.80	0.65	1.0	1.30
02	0.82	1.75	1.0	0.70
03	1.10	1.48	1.60	1.0
04	1.35	1.70	1.86	1.55
05	0.40	0.90	1.05	1.05
06	1.0	1.35	1.50	1.25
07	0.90	1.30	1.25	0.70
08	1.30	1.70	1.70	1.20
09	0.75	1.0	1.70	1.30
10	0.80	1.33	0.55	1.05
TOTAL	3	4	1	1
GRUPO "2"				
11	0.85	1.20	0.50	1.25
12	1.35	1.53	1.90	1.63
13	0.72	1.35	1.90	0.95
14	1.25	1.30	0.80	1.10
15	2.10	1.90	2.15	1.0
16	1.30	1.75	2.00	1.0
17	1.85	2.0	2.10	1.75
18	0.80	1.30	2.0	1.15
19	0.85	1.70	1.75	1.70
20	0.90	0.75	1.0	1.30
TOTAL	5	5	6	3

ANEXO # 11

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE SALIDA DEL SCL-90R

■ Grupo Uno ■ Grupo Dos



ANEXO # 12

RESULTADOS DE SALIDA, ORDEN MEDICO. GRUPO # 1

PACIENTE #	PESO	ESTADO DE ANIMO	NIVELES DE GLUCOSA
01	↑	Mejoro	disminuyo ↓
02	↓	Se mantuvo	se mantiene →
03	→	Problemas personales	disminuyo ↓
04	↓	Problemas personales	mantiene alta ↑
05	→	Mejoro	disminuyo ↓
06	→	Se mantuvo	se mantiene →
07	↓	Se mantuvo	se mantiene →
08	→	Problemas personales	mantiene alta ↑
09	↑	Mejoro	mantiene alta ↑
10	→	Mejoro	disminuyo ↓

MEDICO EVALUADOR: Marcos Sequeira

ANEXO # 13

RESULTADOS DE SALIDA, ORDEN MEDICO. GRUPO # 2

PACIENTE #	PESO	ESTADO DE ANIMO	NIVEL DE GLUCOSA
11	⇨	se mantiene	se mantiene ⇨
12	↑	Problemas familiares	se mantiene alta ↑
13	⇨	Se mantiene	subió ↑
14	↑	Se mantiene	Se mantiene ⇨
15	⇨	Problemas personales	subió ↑
16	↓	Se mantiene	se mantuvo ⇨
17	↓	Problemas familiares	subió ↑
18	⇨	Se mantiene	se mantuvo ⇨
19	⇨	Problemas familiares	subió ↑
20	⇨	Se mantiene	subió ↑

MEDICO EVALUADOR: Marcos Sequeira

ANEXO # 14

"PROGRAMA
PSICOTERAPEUTICO DE
ESTIMULACION AFECTIVA,
EN LAS RELACIONES
FAMILIARES DE LOS
PACIENTES DIABETICOS."

ANEXO # 15

**PROPUESTA PARA EL PLAN
DE TRATAMIENTO PARA LAS AREAS DE
LA COMUNICACION, EL CONTACTO FISICO
Y LAS RELACIONES FAMILIARES.**

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: PROMOVER UNA ADECUADA COMUNICACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
SALUDO Y PRESENTACION	Establecer el raport con los miembros de la familia para obtener una identificación con los miembros de la familia.	Se pedirá a todos los participantes que se presenten; se les explicara el motivo de la reunión familiar que consiste en ejecutar un programa de apoyo para los familiares y que se incremente el apoyo para los pacientes a través de mejorar sus relaciones	HUMANOS: FAMILIA TERAPEUT A.	1 HORA.	Asistencia Participación Actitud durante la sesión	Se solicitara a la familia que cada uno al finalizar el día elabore registros diarios de las situaciones en que practicaron los elementos que contribuyen a una comunicación adecuada. Estos registros serán revisados en la siguiente sesión.
ESTABLECIMIENTO DEL ENCUADRE.	Establecer las reglas que se habrán de utilizar durante las sesiones que se realicen con el grupo familiar para aclarar los límites que se practicarán.	Se explicara de manera clara que es necesario que durante todos los procesos terapéuticos, se deben establecer reglas, de la misma manera deben estar presentes todos los miembros de la familia. Aclarando que en el desarrollo de estas no se aceptaran gritos, insultos, lenguaje soez o abandono de la reunión.				
INDUCCION A LA TERAPIA FAMILIAR APRENDAMOS ACERCA DE LA COMUNICACIÓN	Brindar a toda la familia información sobre la comunicación adecuada y asertiva para contribuir en el mejoramiento de la misma.	Se realizaran preguntas acerca del conocimiento que la familia posee sobre la comunicación adecuada. Después las terapeutas reforzaran la información. Enfatizando en los elementos principales que contribuyen a la comunicación adecuada y respetuosa en la familia.				
CIERRE						

		<p>Finalmente se harán preguntas acerca de lo revisado en la sesión.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
SALUDO. TECNICA DE ESCENIFICACION ENFOQUE INTENSIDAD.	Modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema; moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.	Se solicitara ala familia que expongan con sinceridad cuales consideran que son las situaciones que generan desavenencias al interior de la misma. Se les explicara a los miembros de la familia de la importancia de utilizar las palabras adecuadas en el momento adecuado. Además de practicar la empatia (aclarando que esta consiste en ponerme en los zapatos del otro) y que si deseamos recibir respeto debemos iniciar por respetar los derechos de los otros dando a cada quien el valor y lugar que le corresponde. Además de practicar la asertividad en todo momento y en todo lugar.	HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.	1 HORA.	Asistencia Participación Actitud en la sesión Revisión de tarea	Determinar un horario por la noche y que sea de común acuerdo familiar para que todos los días de la semana practiquen la técnica de “Ponerse al día”. La cual consiste en reunirse por 10 mnts y exponer cuales son las situaciones del día que influyeron mucho en el estado de animo y porque; por ejemplo: alguna situación fuera o dentro de la casa que es fuera de lo común y que a la vez provocho sensaciones diferentes tales como impotencia, incomodidad, enojo, etc. O por el contrario una o varia situaciones que provocaron sensación de bienestar como alegría, entusiasmo, motivación, etc. Esto será registrado
TECNICA “LA COMUNICACIÓN ASERTIVA”	Concienciar a todos los miembros de la familia a cerca de la necesidad de poner en práctica la comunicación asertiva para mejorar los lazos afectivos familiares.					
CIERRE						

						con apuntes diario de cada día.
--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
SALUDO. TECNICA DE JUEGO DE ROLES	Asignar nuevos roles (durante el desarrollo de esta técnica) a los miembros de la familia para que experimenten la sensación de asumir el lugar de otro miembro especialmente de aquel que esta siendo desplazado y se ha vuelto periférico dentro de la familia	Se entregara a cada uno de los miembros de la familia un nombre escrito al azar de otro miembro; y deberá adoptar la actitud de este. Después de haber actuado cada uno de los miembros, se les cuestionara que sensaciones experimentaron al adoptar el rol del otro miembro. Y que opinión tiene acerca de esta persona, luego se observaran como son los roles y como se pueden mejorar.	HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA	1 HORA.	Asistencia Participación Actitud durante la sesión Revisión de tarea	Todos los días por la noche se reunirán para practicar el ejercicio “El regalo Mágico” el cual consistirá en dar un abrazo a cada uno de los miembros de la familia y decirle a la persona que tan importante es. Finalizando con un abrazo para si mismo. El abrazo deberá ser muy cariñoso y deberán mantener abrazado al familiar por un minuto Cada uno de los miembros deberá realizar un registro diario de la experiencia y las sensaciones que vivió durante el desarrollo de la técnica y estos apuntes serán discutidos en la siguiente sesión.
DESARROLLO DE LA TECNICA DESEQUILIBRAMIENTO. (MODALIDAD) -“Alianza con miembros de la familia”.	Cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia brindando apoyo al miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia.	Se solicitara a los miembros de la familia que expongan cuales son las situaciones familiares que necesitan mayor atención, que expliquen cuales a criterio de ellos son las causas y como se pueden resolver. Además de cuestionar cuales son las respuestas que dan cuando tienen una dificultad familiar cuestionando si es esa la manera				
CIERRE						

		adecuada de resolverlos.				
--	--	---------------------------------	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “LOS CAMBIOS QUE HARIA” YO</p> <p>DESARROLLO DE LA TECNICA DESEQUILIBRAMIENTO. (MODALIDAD) -Alianza alternante</p>	<p>Identificar de manera personal y sincera los aspectos que no han sido positivos y que es necesario trabajar en ellos y modificarlos para optimizar las relaciones personales.</p> <p>Cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia atribuyendo a cada subsistema pericias diferentes y complementarias para promover el ensayo de nuevas modalidades de relación en un marco de relación más amplio.</p>	<p>Se entregara a cada uno de los miembros un papel y un lapicero luego se solicitara que piensen en los aspectos que es necesario que cambien a manera personal y los escriban (3 mínimo). Después se pasara al frente a uno de ellos y se preguntara a los demás cuales consideran son los tres aspectos que este debe de cambiar; después se pedirá a la persona que mencione que aspectos había escrito y se comparara con los mencionados por los demás.</p> <p>Posteriormente se aplicara la técnica del desequilibrio, Tomando como base la distribución que la familia posea y al poder dentro de la misma; la terapeuta orientara a la modificación y los cambios de poder aclarando la nueva dinámica jerárquica y motivando a cada uno de los miembros a que asuma su nuevo papel dentro del sistema familiar. En el caso del paciente que se encuentre periférico se orientara a la familia para que acoja al miembro y respeten el lugar del mismo y a su vez orientar al paciente a que se apropie de su nuevo rol.</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Actitud en la sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Al terminar la sesión se preguntara a cada uno de los miembros cuales son las actividades en las que se puede involucrar al familiar; actividades en las que hasta hoy no se le ha involucrado. Las actividades deberán ser acorde con el estado físico y la capacidad del paciente diabético Individualmente llevaran un informe diario en el que mencionen la actividad en que involucraron al paciente y las sensaciones experimentadas al compartir la actividad con el paciente.</p>

CIERRE

--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>DESARROLLO DE LA TECNICA FRONTERAS Y DESEQUILIBRAMIENTO. (MODALIDAD)</p> <p>-Ignorar a un miembro de la familia.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia hablando y obrando como si ciertas personas fueran invisibles; estableciendo límites y modelando nuevas pautas de interacción familiar.</p>	<p>Durante esta sesión se ignorara a aquel miembro que se ha observado absorbente, demandante, inmiscuido, etc. De esta manera la terapeuta modelara a los miembros de la familia una nueva actitud para el trato con el o los miembros que requieran de la misma. Se ha observado durante las visitas realizadas que ya sea la esposa, la nuera o el hijo practican una actitud bastante demandante y exigen a ser el centro de atención siempre. En este caso se practicara esta técnica. Además de enseñar de manera muy clara a la familia que existen limites que deben marcar y respetar para mejorar las relaciones familiares.</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Actitud en la sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar reuniones diarias después de cenar en las que cada uno comparta la experiencia del día por cada uno llevara el registro diario de la experiencia que compartió con su familia y en la siguiente sesión será compartido con las terapeutas.</p>

--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA "JUEGO DE ROLES".</p> <p>DESARROLLO DE LA TECNICA DESEQUILIBRA-MIENTO. (MODALIDAD) -Coalición contra un miembro de la familia</p> <p>CIERRE</p>	<p>Concientizar al paciente que asume el poder (aunque no le corresponda) de la importancia de modificar la jerarquía pues es importante que cada uno asuma el rol que le corresponde.</p> <p>Cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia llevando adelante un enfrentamiento para utilizar la posición de poder del terapeuta cuestionando y descalificando la pericia de un miembro de la familia.</p>	<p>Se entregaran papelitos con el mismo nombre a cada uno de los familiares. Indicándoles que cada uno deberá imitar una conducta diferente de esta persona y que deberán ser creativos pues no se aceptaran repeticiones. En cuanto a la persona que imitaran esta recibirá un papel pero en blanco para que no se de cuenta de que es ella el centro de imitación. Finalmente se le solicitara que diga a quien hacen referencia con las imitaciones y que manifieste que sintió cuando veía que la imitaban. Y que evalúe cuantas fueron negativas y cuantas positivas y que deberá hacer para trabajar en ellas.</p> <p>Durante la sesión se incrementara el involucramiento de la persona periférica.</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p> <p>MATERIALES PAPEL LAPICEROS</p>	1 HORA.	<p>-Asistencia -Participación -Actitud en la sesión -Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar reuniones diarias después de cenar en las que cada uno comparta la experiencia del día por cada uno llevara el registro diario de la experiencia que compartió con su familia y en la siguiente sesión será compartido con las terapeutas.</p>

--	--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “DESEQUILIBRAMIENTO, FRONTERAS Y COMPLEMENTARIEDAD” (MODALIDAD) Cuestionamiento del Problema.</p>	<p>Ayudar a los miembros de la familia a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa al si mismo individual cuestionando y extendiendo el problema a mas de una persona recurriendo al uso de limites en cuanto al exceso o carencia que se presenten en las interacciones familiares.</p>	<p>La terapeuta durante esta sesión confrontara a todo el sistema familiar a través del cuestionamiento y ampliación del problema a más de una persona. Observando cuales son los sectores disfuncionales dentro de la familia que podría ser causado por alianzas excesivas o escasas verificando la proximidad o distancia familiar.</p> <p>El en caso de algunos pacientes manifiestan que los de más miembros de la familia con la que conviven les repiten que no les gusta que el paciente se aísla frecuentemente a lo cual los pacientes justifican que toman esta actitud porque nunca son tomados en cuenta y que en escasas ocasión les involucran entonces ellos prefieren mantenerse distantes.</p> <p>Durante la sesión se discutirán estas y otras situaciones que involucran a todo el sistema pues la problemática no es</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Que cada uno de los miembros realice una breve descripción de una experiencia en la cual recibió apoyo del paciente diabético y como actualmente ha correspondido a ese apoyo. Este registro será revisado en la siguiente sesión.</p>

CIERRE

aislada del paciente diabético.

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>COMPLEMEN - TARIEDAD (MODALIDAD) Cuestiona- miento del Control Lineal.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Ayudar a los miembros de la familia a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa al si mismo individual exponiendo la conducta de un miembro de la familia y atribuyendo a otro la responsabilidad de la misma.</p>	<p>La terapeuta solicitara a los miembros de la familia que expongan cuales son aquellas conductas o actitudes del paciente que consideran molestas y cuales han sido sus reacciones a estas; a la vez que piensen y expongan cual seria en su opinión las formas asertivas de responder.</p> <p>Después de la puesta en común de todos la terapeuta procederá a cuestionar a cada uno de los miembros cual consideran a criterio personal es la causa de las conductas o actitudes negativas que observan en se pariente y como colaboran en la superación de estas. Enfatizando que todo tiene una causa y un efecto y si ellos no tratan con respeto y valor a los demás no pueden exigirlo</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Actitud en la Sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Cada uno realizara un listado de conductas que consideran inadecuadas de parte de su pariente y escribir cuales consideran las opciones viables para que el pariente mejore dichas conductas. Además de involucrarse en la superación del problema de actitud del pariente. Esto será expuesto en la siguiente sesión</p>

--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: COMUNICACIÓN FAMILIAR

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: DESARROLLAR UN PLAN DE TRATAMIENTO EN EL AREA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA ADECUADA COMUNICACIÓN Y FORTALECER LAS RELACIONES FAMILIARES.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR CON LA TECNICA LADOS FUERTES.</p> <p>TECNICA REALIDADES</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enfocar los elementos positivos que la familia posee haciendo un marcado énfasis en la importancia de incrementar los lados fuertes.</p> <p>Ampliar el concepto de la realidad familiar que sus miembros poseen y con ello contribuir en la modificación de la estructura del sistema para</p>	<p>Se les pedirá a los miembros de familia que mencionen cuales son los lados fuertes o los aspectos positivos que como familia poseen. Desde cuando los descubrieron y la posibilidad existente de modificar todos los elementos que actualmente han sido negativos para convertirlos en positivos; pero a través del trabajo en equipo como familia. De volverse necesario la terapeuta reforzara los lados fuertes mencionando los que descubrió durante el proceso.</p> <p>La terapeuta enfocara todos los avances obtenidos hasta entonces con la familia y la importancia de reproducir todo aquello que contribuya con el mejoramiento de la familia desechando aquellas conductas que impedían el avance familiar. Realizando una comparación de la cantidad de situaciones difíciles que expusieron en la primer sesión y de la cantidad que en la actualidad han superado y los retos que aun tienen por superar pero con respeto, tolerancia y mucha constancia pues todo cuanto</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTICA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Actitud en la Sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Cada uno de los miembros de la familia deberá de elaborar un listado de fortalezas que como familia poseen además deberá de elaborar otra lista en la que plantee cuales otros logros a nivel familiar le gustaría alcanzar y como trabajar para alcanzarlos. Esta información será</p>

	optimizar relaciones familiares.	las	se propongan pueden lograrlo.				compartida en la siguiente sesión.
--	---	------------	--------------------------------------	--	--	--	---

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL
AREA DE LA SOMATIZACION.
(ANSIEDAD, ESTRÉS Y TENSION).**

ARAE A TRATAR: SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
SALUDO TOMA DE CONCIENCIA CIERRE	Enseñar al paciente a discernir entre el mundo externo y su mundo interno (el propio cuerpo) y que la utilidad de este ejercicio es determinar cuales son los elementos que producen ansiedad y como disminuir este estado a través de la practica de este ejercicio..	Se explicara que es la ansiedad; causas, síntomas, consecuencias y las formas de trabajarla. Luego se pedirá al paciente que adopte una posición cómoda y realice tres respiraciones profundas luego concentre su atención en los sonidos que están a su alrededor. Diciendo en su mente “Soy conciente de los sonidos que están a mi alrededor” Continuando con las respiraciones profundas deberá continuar concentrado en las respiraciones profundas y diciendo su mente “Soy conciente de...” (Cada uno de los estímulos externos. Luego dirigirá la atención al estado del cuerpo y como este reacciona ante los estímulos externos. Enfatizando de la importancia de la práctica de este ejercicio para contribuir en la disminución del estado ansioso y estresante. Finalizando con una evaluación de la actividad en donde se preguntara al paciente si ha experimentado diferencia del estado del cuerpo al comparar antes de realizar el ejercicio con respecto a después de la practica del mismo.	HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.	1 hora	Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea	Realizar rutinas de 5 mnts. con este ejercicio para que el paciente lo practique a diario dos veces. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo, además de mencionar la situación que género tensión en la cual aplico el ejercicio. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.

--	--	--	--	--	--	--

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>RECONOCIMIENTO DE LOS ESTADOS DEL CUERPO A TRAVES DE LA EXPLORACION DEL MISMO.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enseñar al paciente a identificar que zonas del cuerpo están tensas a causa del estrés y trabajarlas a través de ejercicios de relajación.</p>	<p>Se explicara al paciente que es el estrés, causas, consecuencias y las maneras de tratarlo. Se enfatizara que este detona tensión y que al reconocer los detonadores de estrés y como tratarlos se evita la tensión. Luego se solicitara al paciente que busque un lugar y una posición cómoda para realizar la práctica del siguiente ejercicio con las indicaciones: Cierre los ojos, concéntrese y empiece a identificar como siente los dedos de sus pies; continúe con sus piernas, identifique la sensación que esta experimentando en este momento en su torso, continúe con sus brazos, ahora identifique la sensación que experimenta en el cuello y los hombros; y finalice con la exploración de sensaciones que esta experimentado en su cabeza. Que partes del cuerpo están tensas. Después de identificarlas dígame a si mismo “Estoy contrayendo los músculos de mi cuello... Me estoy haciendo daño a mi mismo...Estoy creando tensión en mi organismo...” Recuerde que la tensión en su cuerpo es permitida por usted mismo. Identifique la causa de su tensión y piense en lo que puede hacer para cambiarla. Finalmente se hará una evaluación del estado como se encontraba antes de hacer el ejercicio.</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 5 mnts. con este ejercicio para que el paciente lo practique dos veces en el día o las veces que el paciente considere necesarias.. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo, además de mencionar la situación que génera tensión en la cual aplico el ejercicio. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

--	--	--	--	--	--	--

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

**FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.**

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------	---------------	-------------------	--------------

SALUDO			HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.	1 HORA.	Asistencia	
LIBERACION DE TENSION EN EL CUERPO.	Enseñar al paciente ejercicios con los cuales aprenda liberar de tensión su cuerpo.	Se realizara un breve repaso de lo que ha sido la semana y que situaciones estresantes se han presentado y como las ha enfrentado el paciente. Después se hará un breve análisis y toma de conciencia si la respuesta emitida por el paciente para afrontar esta situación fue la respuesta correcta. Luego se solicitara al paciente que recueste su cuerpo en el piso y adopte una posición cómoda. Instruyendo para que cierre los ojos, respire profundo y concéntrese. Ahora pregúntese a si mismo “Estoy cómodo” Luego piense en su respiración y sienta como el aire entra en su nariz, pasa por sus pulmones y sale por su boca. Ahora concéntrese en todo su cuerpo y sea conciente de cada una de las partes de su cuerpo. Después de esto reconozca ¿En que parte de su cuerpo pensó primero? Ahora reconozca las partes del cuerpo que están tensas y dígame a esa parte del cuerpo cuanta importancia tiene para usted esa parte. Continuamos con los órganos que están en nuestro torso, luego con los órganos de nuestra boca, después con nuestro cerebro y finalizando con las extremidades tanto inferiores como superiores. Finalice con tres respiraciones profundas y conteste ¿Cual es la sensación que experimenta ahora?.			Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea	Realizar una rutina de 25 mnts. con este ejercicio dos veces al día. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.
CIERRE						

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>EJERCICIO DE RELAJACION PROGRESIVA CIERRE</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enseñar al paciente un ejercicio de relajación progresiva para que consiga disminuir la tensión provocada por el estrés y que pueda autoaplicarlo sin la ayuda de la terapeuta.</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio; luego se le pedirá que adopte una posición cómoda en el asiento. Se solicitara al paciente que tense los músculos del cuerpo de manera progresiva después de haber realizado este proceso de tensión dirá las siguientes frases:”Me relajo y libero mis músculos”, “Libero la tensión de mi cuerpo, Alejo la tensión de mi cuerpo, me siento en calma y descansado” y “Dejo que la tensión se disuelva poco a poco”. Iniciando desde los músculos de la mano, antebrazo y bíceps; luego los músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros; también los de la frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbulas, labios y lengua; ahora los músculos del tórax, estomago y la región lumbar terminando con los músculos de las nalgas, pantorrillas y los pies. Al finalizar la evaluación se le pedirá al paciente que comente sobre lo experimentado durante el ejercicio.</p>	<p>HUMANOS: FAMILIA TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia</p> <p>Participación</p> <p>Actitud en la Sesión</p> <p>Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 5 mnts. con este ejercicio dos veces al día.</p> <p>Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>EJERCICIO DE RESPIRACION PURIFICANTE.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enseñar al paciente a respirar de manera adecuada para contribuir en al autocontrol de tensión, estrés y ansiedad.</p>	<p>Se dará una breve explicación del objetivo del ejercicio. Se solicitara al paciente que se acomode en el asiento y que se concentre en su propia respiración; realice una respiración completa respirando por la nariz llenando desde el vientre, estomago, esófago, etc. y manténgala por unos pocos segundos, haga un pequeño orificio con sus labios y expulse el aire de manera pausada. Se hará una rutina de 15 minutos.</p> <p>Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 15 mnts. con este ejercicio para que el paciente lo practique dos veces al día</p> <p>Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

--	--	--	--	--	--	--	--

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>RESPIRACION NATURAL COMPLETA E IMAGINACION.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Obtener relajación en todo el cuerpo a través de la respiración natural y contribuir en la relajación también del pensamiento a través de la autosugestión.</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio Se solicitara al paciente que se acomode en el piso adoptando la posición del cuerpo muerto. Luego que coloque las manos sobre el estomago en la zona en donde inician las costillas practicando una respiración completa durante tres minutos. Orientando al paciente que imagine que cada vez que inhale el aire entra en sus pulmones una gran cantidad de fuerza que lo hace sentir fortalecido. Y cuando exhala el aire la energía que antes entro a sus pulmones esta recorriendo todo su cuerpo. Esta rutina de ejercicio se realizara por un tiempo de cinco minutos. Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar este ejercicio dos veces al día en rutinas de cinco minutos cada una. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA DE CONTEMP-PLACION “EL LOTO DE MIL PETALOS”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Trabajar la autosugestión del paciente de manera positiva para contribuir en la disminución de tensión y estrés</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio</p> <p>Adoptar una posición relajada en un lugar relajado; realizando una serie de cinco respiraciones profundas luego deberá de elegir una palabra positiva o una imagen positiva la cual será colocada como un centro de flor. Luego pensar en mas palabras o imágenes positivas para continuar formando una flor con muchos pétalos. Finalizando con una serie de cinco respiraciones profundas.</p> <p>Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p> <p>Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 5 mnts. con este ejercicio para que el paciente lo practique y familiarice con el mismo dos veces al día. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA DE RELAJACION "EXPLORACION DE LA TENSION ACUMULADA EN EL CUERPO".</p> <p>CIERRE</p>	<p>Desestresar el cuerpo a través de la práctica de ejercicios suaves de acuerdo a la capacidad física que el paciente posee.</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio y que Consistirá básicamente en tensar las partes del cuerpo iniciando con los pies y los músculos de estos. Orientando al paciente a que tense los músculos por un tiempo de cinco segundos y luego los libere para que experimente la sensación de liberación. Después que continúe con la zona lumbar, diafragma, pulmones y cavidad torácica, hombros, cuello y nuca finalizando con la cabeza. Evaluando si se ha experimentado la sensación de relajación de lo contrario se hará énfasis en las zonas de tensión para trabajar en ellas y conseguir la relajación. Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 5 mnts. con este ejercicio para que el paciente lo practique y familiarice con el mismo dos veces al día. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión</p>

--	--	--	--	--	--	--

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD Y SOMATIZACION.

**FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.**

**OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS
 EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.**

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------	---------------	-------------------	--------------

<p>SALUDO</p> <p>MEDITACION MEDIANTE EL RECuento DE RESPIRACIONES”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enseñar al paciente a obtener relajación profunda y a la vez que aprenda autodisciplin a.</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio. Se solicitara al paciente que busque un lugar tranquilo y adopte una posición cómoda. Luego que cierre sus ojos y explore su cuerpo reconociendo cuales son las partes del cuerpo que estén experimentando tensión. Se le pedirá que se relaje. Luego que respire por la nariz realizando una respiración natural; inhalando, exhalando y descansando diciendo en voz alta “uno”. Cuando tenga algún pensamiento invasor o algún otro distractor elimínelo y vuelva a tomar la concentración diciendo “uno”. Realizar una serie de ejercicios por 10 minutos. Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	<p>Realizar rutinas de 5 mnts. Con este ejercicio para que el paciente lo practique y familiarice con el mismo dos veces al día. Elaborar un registro diario del estado en que se encontraba antes de realizar el ejercicio y los resultados obtenidos con la aplicación del mismo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión</p>
---	--	--	--	-----------------------	--	---

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD.

**FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.**

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLEN LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y TENSION LOGRANDO DISMINUIR LA SOMATIZACION.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
-----------	---------------------	----------------------------	----------	--------	------------	-------

<p>SALUDO</p> <p>MEDITACION MEDIANTE LA TECNICA DE VISUALIZAR UNA SOLA COSA A LA VEZ.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Enseñar al paciente a Trabajar en el autocontrol del pensamiento y con ello contribuir en la disminución de los estados ansiosos y estresantes que generan somatizaciones.</p>	<p>Se explicara al paciente el propósito del ejercicio. Se solicitara al paciente que adopte una posición cómoda que realice una serie de cinco respiraciones profundas y luego estudie los pensamientos que se presentan en su mente al momento de realizar este ejercicio de igual manera que estudie las sensaciones y percepciones que experimenta en ese momento.</p> <p>Luego se le indicara que imagine que se encuentra sentado a la orilla de un río mirando como el tronco de un árbol aparece desde un lado del río, u es llevado de manera lenta por la corriente atravesando el río y finalmente se pierde imagine que sobre este tronco se encuentra uno de sus pensamientos y al igual que el tronco desaparece. Manténgase en el río y espere a que aparezca otro tronco con otro de sus pensamientos y repita la rutina cerrando con una serie de respiraciones profundas. Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud en la Sesión Revisión de Tarea</p>	
--	---	--	--	-----------------------	--	--

**PROPUESTA DE
TRATAMIENTO PARA EL
AREA DE LOS ESTADOS DE ANIMO BAJO.**

ARAE A TRATAR: ESTADO DE ANIMO BAJO

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: INCIDIR EN LA SUPERACION DEL ESTADO DE ANIMO BAJO MANIFIESTO POR EL PACIENTE A TRAVES DE LA APLICACIÓN DE TECNICAS QUE INCREMENTEN SU AUTOESTIMA.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “MI PROYECTO DE VIDA”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Orientar al paciente en cuanto a sus logros y alcances obtenidos y las metas y proyecto que debe replantearse para trabajar por ellos y alcanzarlos.</p>	<p>En esta reunión se trabajara únicamente con el paciente. Se le hará entrega de un hoja de proyecto de vida. Solicitándole que la llene y posteriormente se hará una reflexión en equipo involucrando al paciente y las terapeutas acerca de las respuestas que el paciente escribió en la misma y a la vez se le orientara a que reflexione en como deberá actuar y trabajar para obtener los objetivos propuestos de manera clara y precisa. Finalizando con una breve reflexión de la sensación que experimento al pensar en su proyecto de vida o replanteamiento del mismo.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud</p> <p>Revisión de tarea</p>	<p>Realizar un registro diario de las actividades que realizo orientadas a lograr las metas propuestas en el proyecto de vida las cuales serán revisadas junto a las terapeutas. Solicitando al paciente que busque fotografías de sus logros personales y que de igual manera presente un álbum para pegar las fotografías aclarando que serán utilizadas en la siguiente sesión.</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 ARAE A TRATAR: ESTADO DE ANIMO BAJO.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: INCIDIR EN LA SUPERACION DEL ESTADO DE ANIMO BAJO MANIFIESTO POR EL PACIENTE A TRAVES DE LA APLICACIÓN DE TECNICAS QUE INCREMENTEN SU AUTOESTIMA.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “MI ALBUM DE LOGROS”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Identificar los logros que el paciente ha obtenido y que reincorpore mas logros a su proyecto de vida</p>	<p>Serán solicitadas las fotografías encargadas al paciente como también el álbum solicitado en la sesión anterior para trabajarlas.</p> <p>Al realizar la ubicación de las fotografías en el álbum se le solicitara la paciente que mencione cual es el logro que representa la fotografía el cual será resumido y se escribirá el logro representado por la fotografía debajo de la misma.</p> <p>Al terminar de colocar las fotografías se le preguntara al paciente de cuales fueron los sentimientos experimentados durante la actividad.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Actitud Revisión de tarea</p>	<p>Realizar un registro diario de metas por realizar durante el día. Estas metas serán propuestas desde la mañana y se hará el trabajo durante el día para que al finalizar este se cierre el registro con apuntes sobre si se logro la meta o no se logro. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARAE A TRATAR: ESTADOS DE ANIMO BAJO.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: INCIDIR EN LA SUPERACION DEL ESTADO DE ANIMO BAJO MANIFIESTO POR EL PACIENTE A TRAVES DE LA APLICACIÓN DE TECNICAS QUE INCREMENTEN SU AUTOESTIMA.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “YO TENGO MUCHAS CUALIDADES POSITIVAS”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Destacar los talentos y habilidades que posee cada uno de los miembros de la familia particularmente las del paciente diabético.</p>	<p>Iniciar preguntando a los presentes que es lo que entienden por “cualidad”. Obtenidas las respuestas se les reforzara a través de un concepto completo de lo que significa “cualidad”. Posteriormente se les entregara una hoja de papel para que la cuelguen en sus espaldas y escriban en ella las cualidades positivas que posee la persona que carga la hoja. Finalmente les será solicitado cada uno lea su hoja emita un comentario al respecto de lo leído cerrando la actividad con comentarios positivos como reforzadores por parte de las terapeutas entre los que se pueden agregar aun mas cualidades positivas que no hayan sido mencionadas o escritas en las hojas pero que si la terapeuta las observe en cada uno de los presentes.</p>	<p>HUMANOS:</p> <p>FAMILIA TERAPEUTA.</p> <p>MATERIALES:</p> <p>HOJAS DE PAPEL. LAPICEROS</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Revisión de tarea. Asistencia Puntualidad Participación</p>	<p>Realizar un listado de cualidades positivas diarias que hayan sido observadas en el paciente realizando como mínimo un listado de 15 cualidades para exponerlas en la siguiente sesión.</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARAE A TRATAR: ESTADO DE ANIMO BAJO.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: INCIDIR EN LA SUPERACION DEL ESTADO DE ANIMO BAJO MANIFIESTO POR EL PACIENTE A TRAVES DE LA APLICACIÓN DE TECNICAS QUE INCREMENTEN SU AUTOESTIMA.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “EL LIBRO DE UNA PERSONA MUY IMPORTANTE”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Optimizar los niveles de autoestima del paciente, a través de la elaboración de un libro personal.</p>	<p>Se le hará entrega al paciente de siete copias de las páginas del “Libro de Autoestima”. Una pagina tratara de el árbol familiar; las metas y logros del paciente, Las comidas favoritas, Cosas que le gusta hacer, Merezco un aplauso porque..., Si mis pies hablaran contarían que... y Mi regalo al mundo. Estas serán complementadas por el paciente y juntamente con el se realizara la evaluación da la actividad.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p> <p>MATERIALES</p> <p>FOTOCOPIAS LAPICEROS</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Puntualidad Participación.</p> <p>Revisión de la tarea anterior.</p>	<p>Elaborar un listado de proyectos pendientes y que puede trabajar para cumplirlos a mediano plazo. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>

--	--	--	--	--	--	--

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

ARAE A TRATAR: ESTADO DE ANIMO BAJO.

**FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.**

**}OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS
 EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN EL ESTRÉS Y ANSIEDAD.**

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------	---------------	-------------------	--------------

<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “EL ESPEJO MAS IMPORTANTE DE MI VIDA”.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Realizar una introspección con el paciente e identificar a las personas que durante su infancia marcaron huella positiva en su vida y que le llevo a decir “voy a ser con el /ella” analizar cuanto trabajo para imitar a esa persona y si logro la meta.</p>	<p>Este día Ud. Va a recordar a aquellas personas con las cuales estableció contacto en su infancia y que para Ud. fueron personas muy importantes a tal grado que Ud. recuerde haber deseado imitarla. Ahora evalúa si trabajo para imita a esta persona cuanto invirtió para lograrlo y si alcanzo la meta. De no haber alcanzado su propósito que debería hacer para actualmente lograrlo. Al finalizar la actividad se le cuestionara al paciente acerca de las sensaciones que experimento durante la actividad.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Puntualidad Participación. Revisión de la tarea anterior.</p>	<p>Elaborar un registro diario de las actividades que realizo para trabajar en la imitación del espejo positivo que siempre deseo imitar. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>
--	--	---	--	-----------------------	---	--

ARAE A TRATAR: ESTADO DE ANIMO BAJO.

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOSCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROLLEN EL ESTRÉS Y ANSIEDAD.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>TECNICA “LAS RAZONES POR LAS QUE SOY MUY IMPORTANTE”</p> <p>CIERRE</p>	<p>Identificar los motivos o razones por las cuales el paciente considera que es muy importante para si mismo y su familia y con ello optimizar su auto valía personal.</p>	<p>Se le hará entrega de una hoja de papel en blanco al paciente y se le explicará el objetivo de la actividad. Posteriormente se le indicara que piense en las razones por las cuales es muy importante que siga existiendo; tanto para si mismo como para su familia. Luego se solicitara la presencia de toda la familia para que sea el paciente quien les exponga las razones por las cuales el considera que es muy importante su existencia. Finalmente se realizara una evaluación de la actividad en donde se exponga cuales fueron los sentimientos y emociones que experimentaron durante la actividad.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Revisión de tarea</p>	<p>Cada uno de los miembros de la familia elaborar una carta en la que expresen las razones por las cuales consideran de mucha importancia que el paciente siga existiendo y continúe con la familia. Estas cartas serán leídas en la siguiente sesión frente al pariente, agradeciéndole por todas las cosas que hizo bien y mencionando una situación en la que sintieron mucho apoyo de el.</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ARAE A TRATAR: ANSIEDAD

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: ENSEÑAR EJERCICIOS PRACTICOS A LOS PACIENTES PARA QUE RECONOZCAN LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN SU CUERPO Y CONTROL EN EL ESTRÉS Y ANSIEDAD.

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>SALUDO</p> <p>EVALUACION Y CIERRE DEL PROGRAMA.</p> <p>CIERRE</p>	<p>Realizar una evaluación de los alcances logrados durante el desarrollo de este programa a la vez evaluar el porque no fueron alcanzados mas logros y que deben hacer como familia para obtenerlo.</p>	<p>Se agradecerá por la colaboración que prestaron y la asistencia. Luego se solicitara a cada uno que lea la carta que elaboro para su pariente y al finalizar cada una de las participaciones el participante deberá entregar un regalo mágico a su pariente como lo es el abrazo. Finalmente las terapeutas realizaran un breve intervención en la cual motiven a la familia a continuar practicando aquellas conductas que han aprendido y que les han resultado útiles para la superación de dificultades.</p>	<p>HUMANOS: PACIENTE TERAPEUTA.</p>	<p>1 HORA.</p>	<p>Asistencia Participación Revisión de tarea</p>	

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA
EL AREA RELACIONAL
AFECTIVO-EMOCIONAL**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 AREA A TRATAR: RELACIONAL AFECTIVO-EMOCIONAL

FACILITADORAS: BR. DINORA BEATRIZ CRESPO DE ALVARADO.
 BR. HELEN ASTRID SERRANO HERNANDEZ.

OBJETIVO GENERAL: PROMOVER Y PROPICIAR EL AFECTO ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, CON LA FINALIDAD DE FORTALECER LOS VINCULOS AFECTIVOS Y LA CERCANIA CON CADA UNO DE SUS MIEMBROS.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
1.Técnica de información afectiva	Concientizar a la familia sobre que es el afecto y la importancia de este en nuestras vidas.	Por medio de una charla expositora se les dará a conocer información general, sobre el afecto y la importancia de este, luego se pondrán algunos ejemplos de lo que es afecto, luego se les preguntara a cada miembro de forma individual ¿como demuestra el afecto a cada uno de los otros miembros? ¿Con que objetivo lo hace? ¿Cuando lo hace? ¿Cuál es la aceptación que le dan los demás a esas muestras de cariño?, con cada una de estas preguntas se generara un debate en donde cada miembro podrá decir de forma muy respetuosa su opinión sobre el tema, las facilitadoras serán las encargadas de moderar y finalmente realizaran una reflexión basadas en lo que se expuso en la cual se orientara a la familia.	Pliego de papel bond. Plumones Preguntas generadoras Familia terapeutas	30 minutos	Disposición sinceridad tonalidad de voz gestos aceptación o rechazo del mensaje	

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
2. Técnica Bioenergética: "Te regalo mi energía positiva"	Propiciar el acercamiento físico y el contacto afectivo entre los miembros de la familia, por medio de la sugestión.	Se les pedirá a los miembros de la familia que se sienten juntos y se tomen de la mano unos con otros a manera de formar un círculo, se de las manos, como sienten la energía? Suave, fuerte, tímida, se les pedirá que se vean a los ojos entre ellos y recuerden algún momento desagradable que hallan vivido con alguno de los miembros, esto se hará en el lapso de 1 minuto aproximadamente, luego se les pedirá que piensen en los momentos agradables que han pasado con esa persona y los que podrían llegar a pasar, ahora se les pedirá que cierren los ojos y que por medio de las manos se pasen la energía positiva entre ellos, por aproximadamente 1 minuto, luego nuevamente se les pedirá que compartan que sensación experimentan, como sienten la temperatura al estar tomados de las manos, las facilitadoras dirán la explicación de lo que sucede y una reflexión final.	Sillas Familia facilitadoras	30 minutos	<p>Aceptación o rechazo</p> <p>Gestos</p> <p>Posición en la cual se sientan al realizar la técnica</p> <p>Aleaciones o aislamientos entre los miembros del grupo familiar</p> <p>Actitud antes, durante y después de la técnica.</p>	De acuerdo con lo que las facilitadoras observaron, se determinará el miembro de la familia al cual se le da menos tiempo y menos afecto (sujeto X), la tarea será que decirle a la persona que casi no da muestras afectivas que durante la semana deberá realizar la técnica "el día del amor" con esa persona la cual consiste en dar detalles de cariño: ayuda, platicar, besos, abrazos, caricias, atenciones, entre otros, la finalidad es hacer las cosas de forma diferente a como se hacen siempre, pero todo esto será en secreto, ya que la persona que recibe no deberá saber que esta siendo parte de la técnica, los resultados se evaluarán en la próxima sesión.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
3.“Técnica realidades (modalidad) “Vocabulario y aspectos Universales.”	Enriquecer el vocabulario básico de la familia incorporando palabras positivas impregnadas de mucho afecto, respeto y comprensión tomando en cuenta un aspecto universal como es el amor al prójimo, la honra a los padres, entre otros elementos que contribuyen a la armonía familiar y el equilibrio emocional .	Las terapeutas enfatizaran la importancia de utilizar palabras positivas acompañadas de actitudes positivas y la importancia de utilizar de manera permanente este lenguaje. De igual manera hacer de este comportamiento un estilo de vida contribuyendo con la mejoría de las personas con las cuales convive como también el bienestar propio. les brindaran indicaciones a los miembros de la familia para que durante esta sesión la familia realice una mañana impregnada de afecto la cual consistirá en dirigirse a los presentes con respeto y para finalizar se hará una evaluación personal de cuanto aprendieron durante el proceso.	Familia facilitadoras	30 minutos	-Se evaluara la tarea que se dejo en la sesión anterior Y los resultados de esta. -Participación -Actitud en la Sesión Vivencia de la actividad	
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
		Se les pedirá de forma individual que escriban tres conductas o hechos				

<p>4. técnica</p> <p>“Botando mi basura emocional”</p>	<p>Concientizar a las personas sobre la importancia de liberar los pensamientos, predisposiciones, emociones y las actitudes negativas que tengamos hacia nosotros mismos.</p>	<p>concretos por los que sienten que necesitan ser perdonados; seguidamente, anotaran tres pensamientos hostiles o negativos que tienes sobre si mismos más frecuentemente; luego, identifica tres cualidades positivas que creen poseer; y finalmente, describirán tres cosas positivas que pueden hacer para si mismos, que demuestren amor hacia ellos mismos.</p> <p>Por ejemplo: darte tiempo libre cuando lo necesites, practicar el relajamiento, dar un paseo y sentir la brisa, compartir algo especial, decir algo positivo de ti frente a otras personas... cualquier cosa que te haga sentir bien, para esto se les proporcionara a cada uno los cuadros en los cuales deberán anotar cada cosa que se les indico.</p> <p>Posteriormente se les darán las siguientes indicaciones: Ahora comienza a relajarte... Concéntrate, piensa en cuanto daño te hacen ciertas conductas que tu mismo(a) provocas o generas, ya no te quieres sentir así por lo tanto Imagina que tus cualidades positivas te elevan y te hacen ser una persona especial... Visualiza que las cosas que haces para ti mismo se hacen realidad en tu vida. Sé bueno contigo mismo, y bueno con las personas que vives visualízalas en este momento, abrázalas y siente la diferencia, esto es el auto-perdón, al final se hará una reflexión por parte de las terapeutas y la familia.</p>	<p>Copias de los cuadros de llenado.</p> <p>Lapiceros</p> <p>Familia terapeutas</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Actitud</p> <p>Participación</p> <p>Co0ncentracion</p>	
--	--	---	---	-------------------	---	--

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
5. Técnica	Sacar el resentimiento y rencores que se tenga con algún	Se hará una introducción sobre lo que es el rencor y como este afecta nuestro cuerpo, nuestra alma, generando dolencias, insatisfacción	papel plumones	45 minutos	Aceptación de la técnica Participación	Se les pedirá que promuevan el acercamiento

<p>“la vendita mágica”</p>	<p>miembro de la familia, y promover el perdón y la reconciliación.</p>	<p>y de como dificulta nuestra calidad de vida y la del núcleo familiar. Luego se confrontara a cada miembro con las siguientes preguntas escritas en un papelografo: ¿Que sensaciones experimentamos al sentir odio o resentimiento contra algún familiar? ¿Es valido el motivo de este resentimiento? ¿Qué ganamos manteniendo este resentimiento? ¿Cómo nos sentiríamos y como haríamos sentir a la otra persona si perdonamos? ¿Se encuentra aquí alguien quien necesita pedir disculpas o perdonar? se tratará de debatir y aclarar los puntos de confrontación que se den entre los miembros, se tratara de justificar si son validas las razones por las cuales se siente rencor o enojo, finalmente se les motivara a acercarse a la persona que se desea pedir perdón, trataran de conciliar sus diferencias y cuando se acepte las disculpas mutuamente se pondrán una curita en el lado de su corazón, con la cual se simbolizara el proceso de curación y se les explicara su significado haciendo la semejanza en el proceso de cuando tenemos una herida física.</p>	<p>curitas de colores hechas en papel familia terapeutas música de relajación de fondo</p>		<p>Sinceridad Tono emocional Contacto físico</p>	<p>por medio del dialogo y la conciliación ante cualquier conflicto o mal entendido que se de.</p>
----------------------------	---	---	--	--	--	--

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
-----------	---------------------	----------------------------	----------	--------	------------	-------

<p>6.Tecnica: “Nuestro espacio familiar”</p>	<p>Motivar a los miembros de la familia a que creen un espacio real y exclusivo para los miembros de la familia y que por medio de este espacio se logre promover la cercanía y el contacto físico-afectivo entre ellos</p>	<p>Se les explicara a los miembros de la familia que a nivel personal generalmente cada quien elige un lugar para si. Pero en este caso se realizara un consenso para elegir un lugar en donde todos los miembros puedan reunirse y será el espacio familiar para compartir aquellas situaciones positivas así como afectivas, en primer lugar se les pedirá que se saluden de beso y abrazo como si no se hubieran visto con anterioridad y desde hace mucho tiempo, tal y como solemos hacerlo con nuestras amistades Posteriormente se procederá a la toma de posesión de un lugar físico, (asiento) se procederá a mencionar las cualidades positivas que cada uno de los miembros posee y las fortalezas que como familia poseen además de los alcances obtenidos como grupo y que se propongan nuevas metas a nivel individual y grupal. Finalizando con un comentario con el cual se evalúe lo experimentado durante el ejercicio y los resultados obtenidos con el mismo.</p>	<p>Familia Terapeutas Lugar físico designado</p>	<p>30 minutos.</p>	<p>Participación Actitud Cercanía Tolerancia afectividad</p>	<p>Realizar reuniones 2 veces por semana en las cuales cada uno de los miembros comparta como fue su día y los logros obtenidos en el mismo en la siguiente reunión se compartirán un resumen a las terapeutas de lo ocurrido durante la semana; además de exponer los sentimientos experimentados durante las reuniones familiares semanales y al momento de compartir los logros personales. Esta tarea será revisada en la siguiente sesión.</p>
--	---	---	--	--------------------	--	---

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
<p>7. Técnica: “Yo te amo porque.....”</p>	<p>Realizar la expresión de sentimientos positivos de cada uno de los miembros de la familia hacia el paciente diabético y que este haga la devolución de los mismos con los participantes.</p>	<p>Se solicitara a los miembros de la familia que piensen en el porque sienten amor y agradecimiento hacia su madre o padre o esposa(o). Después se le pedirá que se acerque a la persona, que la mire a los ojos que la tome de las manos y que exprese sus pensar del porque le ama, después el miembro de la familia que haya realizado su expresión de sentimientos recibirá del paciente la expresión del porque le ama y agradece. Al finalizar la actividad serán las terapeutas quienes realicen una breve</p>	<p>Familia terapeutas</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Revisión de la tarea anterior. Participación Cercanía Expresión de sentimientos</p>	

		<p>intervención planteando de la importancia de que a diario se expresen y demuestren el agradecimiento y amor que cada uno tiene.</p> <p>Se cerrara con un abrazo entre los miembros de la familia.</p>			
--	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION	TAREA
8. Técnica: "somos una familia"	<p>Enfatizar los elementos por los cuales son una familia y remarcar los logros que como familia han tenido.</p>	<p>Le será solicitado a cada uno de los miembros de la familia que piensen por un momento en lo importante que es la familia que actualmente poseen.</p> <p>De igual manera que piensen en cuales han sido los logros que han obtenido a nivel individual y como la familia ha contribuido con esos logros de cada uno de sus miembros.</p> <p>Otro elemento importante es que mencionen cuales han sido los logros obtenidos a nivel familiar.</p> <p>Finalmente las terapeutas realizaran una breve participación en donde enfatizen la importancia de reconocer a diario los logros obtenidos y hacer énfasis en la unión familiar y todo lo que pueden hacer si como familia se lo proponen.</p>	Familia terapeutas	30 minutos	<p>Participación.</p> <p>Actitud</p> <p>Emotividad</p> <p>Cercanía</p> <p>Muestras afectivas</p> <p>Valoraciones personales.</p>	