

## **ESTRUCTURA FAMILIAR Y DIABETES**

Orietta Mendizábal y Bismarck Pinto

**Universidad Católica Boliviana**

Definir el concepto de salud no es una tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan. A lo largo de la historia encontramos multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. Es a partir de 1956, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1956) define salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (op.cit, pág. 136).

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas, que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

Hoy en día existen enfermedades crónicas que se definen como: "Aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente que es probable que persista durante largo tiempo" (Samuel, 1994, pág. 56).

Dentro de estas enfermedades crónicas se encuentra la Diabetes que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que ocurre por un defecto de la secreción o de la acción de la hormona insulina que es segregada por el páncreas. Esta hormona ayuda a que la mayoría de las células del organismo puedan utilizar el azúcar como combustible y transformarlo en energía (Gagliardino, 1997).

Existen dos tipos principales de diabetes, el tipo I, dependiente de insulina, que a veces se la denomina como diabetes juvenil, porque normalmente comienza en la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con

diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir (Pinto, 1997).

En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo si produce insulina, pero, o bien no produce suficiente, o no puede aprovechar lo que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad (op.cit).

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar la salud para personas con este desorden, es controlarlo, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales (Lotman, 1991). La importancia del factor familiar llamó la atención de diversos investigadores, los cuales, sostienen que una buena relación familiar favorece una mejor adaptación a la diabetes (Portilla, 1991).

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

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes. La enfermedad no sólo afecta a lo estrictamente endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social (Gagliardino, 1997).

En la actualidad no existen investigaciones sobre estructura familiar en la diabetes por lo tanto dicha investigación aportará al campo de la Psicología de la salud y la Medicina en general. Ya que los efectos psicológicos de este padecimiento han sido objeto de estudio desde hace muchos años.

En el siglo XX, la diabetes pasa a ser una enfermedad relativamente mortal a corto plazo a ser un trastorno crónico asociado a unas razonables esperanzas de vida, aunque según Craig todavía hoy, tales esperanzas son solo un 37% de lo normal (Johnson, 1993).

Por lo tanto, un buen control diabético aplaza, disminuye o previene las complicaciones de la diabetes, se está dando una creciente importancia a mejorar la adhesión del paciente a los programas médicos de carácter terapéutico (De La Fuente, 1998). En consecuencia, los miembros de la comunidad médica cada vez buscan más a los expertos en psicología que puedan ayudarles a ellos y a sus pacientes (Sánchez, 1999).

De esta manera, el estudio busca comprender el efecto de la diabetes en la estructura familiar nuclear y luego analizar la estructura familiar frente a la diabetes según la familia funcional y según la familia disfuncional: aglutinada, rígida, triangulación perversa, triangulación rígida y triangulación patológica.

### **Diabetes mellitus**

Posiblemente la primera descripción de la Diabetes Mellitus, se realiza en Egipto con el papiro de Ebers (1500 años AC). El griego Areteo de Capadocia (81-138 DC), utiliza la palabra Diabetes ('sifón') por primera vez, Willis (1621-1725) comprobó el sabor dulce de la orina de los diabéticos, diferenciándola de la diabetes insípida. Rollo (1740-1809) describe ampliamente la enfermedad y algunas de sus complicaciones, incluyendo la neuropatía. En Venezuela, Vargas escribe prolijamente la historia clínica de Ramos, estableciendo claramente el diagnóstico de Diabetes, el 5 de Mayo de 1829. Bernard en 1848, descubre la función glucogénica del hígado. Langerhans (1869), descubre los islotes pancreáticos que llevan su nombre (Shuman, 1996).

En 1874, Kussmaul describe la respiración profunda, acidótica en el coma diabético. Von Mering y Minkowski, inducen diabetes experimental en animales mediante pancreatectomías. En 1921, los canadienses Banting y Best, descubren la insulina y comienzan exitosamente su utilización clínica. Hagedorn produce la insulina de depósito, en 1935. Janbon y Loubatieres, descubren el poder hipoglicemiante de sulfamidas administradas por la vía oral, en 1942 (op.cit).

El aumento peligroso de la glucemia puede ocurrir en el transcurso de algunos días, por lo que es importante mantener un control estricto de la glucemia (Gagliardino, 1997).

**Incidencia**

La diabetes constituye uno de los mayores problemas de salud en América Latina y el Caribe, donde cerca de 20 millones de personas la padecen y unas 45.000 mueren cada año (Devies, 1998).

La OMS agregó que las proyecciones indican que si no se toman medidas urgentes de prevención, el número de diabéticos podría aumentar a 40 millones para el 2025 (op.cit). Según los expertos de la Organización, la tasa de incidencia más alta de diabetes en la región de América Latina y el Caribe corresponden a Jamaica, con 17,9%; Cuba se ubica en el segundo lugar con 14,8%. La tasa más baja, 1,6%, se registra en una comunidad indígena aymará de una zona rural de Chile, La Federación Boliviana de la Diabetes informa de que el 12,5% de la población está afectada y otro 12,5 corre serios riesgos. La diabetes afecta también a la población de origen hispano que vive en Estados Unidos, grupo en el que se registran altos niveles de obesidad, un factor de riesgo para la aparición temprana de la diabetes (Campero, 1997).

**Complicaciones.**

Las complicaciones en la persona con diabetes aparecen cuando se mantienen glucemias elevadas durante mucho tiempo. Estas complicaciones son lesiones de los vasos sanguíneos más pequeños (Gagliardino, 1997). Los pequeños vasos sanguíneos de los riñones también pueden afectarse ocasionando una disminución considerable de la función renal y con el tiempo, dejar incluso de funcionar por completo (op.cit).

El mantenimiento de glucemias elevadas durante mucho tiempo también puede lesionar el sistema nervioso. Los trastornos aparecen principalmente en los pies (op.cit).

**Pronóstico**

Hay sólidas pruebas de que la obesidad es hoy uno de los riesgos más importantes para la salud mundial. La epidemia de obesidad está bien documentada en los países desarrollados. Aunque hay menos información procedente de los países en vías de desarrollo, los datos que están apareciendo indican un patrón similar de creciente prevalencia de obesidad en un período de tiempo relativamente corto. En su Informe sobre la Salud Mundial de 2002, la

OMS calculó que la obesidad y la inactividad física son responsables al menos de dos tercios de los casos de diabetes tipo II (Barcelo, 2001).

El número de personas con diabetes en el mundo se está acercando rápidamente a los 200 millones y una gran mayoría tiene diabetes tipo II. Controlando la obesidad podemos contribuir de manera importante a prevenir la diabetes, un resultado que también beneficia a quienes tienen la afección, ya que permite que los sistemas sanitarios sean capaces de tratar mejor a un número menor de personas con diabetes. Hasta ahora, el enfoque de la sanidad pública para combatir la nutrición excesiva y la inactividad física se ha basado principalmente en destacar la necesidad de que los individuos cambien su comportamiento. Aunque cargado de buenas intenciones, este enfoque no ha sido suficiente para actuar contra el desafío al que nos enfrentamos con esta epidemia mundial (op.cit).

### **La enfermedad como conflicto**

Un hecho fundamental que debemos tomar en cuenta consiste en comprender que la enfermedad (cualquier enfermedad) no implica simplemente un organismo descompuesto, sino una persona enfrentada a una dificultad.

Dentro de los múltiples mecanismos de enfermedad que sufre una persona, todos tienen en común el hecho de constituir para ella un conflicto, como dice Maldonado: “Todo hombre enfermo es, por definición, un hombre conflictuado, una persona que sufre por esa causa y cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad” (Maldonado, 1986, pág.96)

Si bien, las alteraciones de la salud no son la única fuente de conflicto de un individuo, se constituyen en demandas particularmente exigentes sobre las capacidades de afrontamiento emocional, ya que generan niveles graves de amenaza y requieren de fuentes externas de ayuda (Lotman, 1991).

### **Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas; la disponibilidad de

---

pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo (Minuchin, 1974).

La familia es una institución social básica y fundamental que cumple funciones sociales insustituibles, que van desde la procreación y la socialización primaria de los hijos hasta las funciones económicas como unidad básica de consumo, el hogar (Barbado y otros, 2004).

Esta institución se presenta a través de diferentes manifestaciones y varían según su ámbito (familias extensas, nucleares y compuestas), según las formas de relación conyugal (mogámicas, poligámicas, etc.), según los criterios de filiación (patrilineal o matrilineal), y de acuerdo al sistema de autoridad (patriarcal y matriarcal) (Barbado y otros, 2004).

El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye los logros necesarios para todos sus miembros individuales. Este propósito va encaminado sobre todo a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, y a la adaptación al sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia. Así vemos que toda familia presenta un grado de cohesión que le permite mantenerse unida y generar un sentimiento de pertenencia grupal. Tiene, además, una capacidad de adaptación a sistemas sociales mas amplios que proveen a sus miembros de socialización y facilita la diferenciación individual (op.cit).

Por último la familia transmite no sólo una herencia genética, sino también una mezcla comunicacional y de creencias, la estructura familiar es un conjunto de pautas funcionales que organizan la manera en que se relacionan los miembros de la misma (op.cit). Intercambios comunicacionales repetitivos forman pautas, reglas sobre cuando, como y con quien relacionarse y estas reglas organizan equilibradamente el sistema (Barbado y otros, 2004).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, éstos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas (Minuchin, 1974).

La perspectiva sistémica de la familia, aporta una serie de conceptos relacionados con la

---

estructura familiar entre ellos, jerarquías, límites y subsistemas (Barbado y otros, 2004).

***Jerarquías.*** Es el resultado de la administración del poder entre los distintos miembros. Todo sistema requiere que exista una jerarquía, una distribución del poder (Barbado y otros, 2004).

Para valorar la jerarquía en una familia hay que observar quien ostenta el mando, quién ejerce control sobre quien, el nivel de competencia individual y de dependencia de cada uno de los miembros familiares (op.cit). Habitualmente en una familia se establece una jerarquía de poder entre los padres y los hijos; también entre los hermanos. Para la funcionalidad familiar es necesaria una jerarquía clara y unívoca, independientemente de que varíe su distribución en el transcurso del ciclo vital (op.cit).

***Límites.*** Los límites o fronteras tienen una gran importancia para el funcionamiento familiar. Vienen definidos por las reglas que rigen los subsistemas y aclaran quienes participan y de que manera (Barbado y otros, 2004).

Existen varios tipos de familias entre ellas las familias aglutinadas, las familias desligadas, las alianzas y la coalición (op.cit). La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros (Minuchin, 1974). Estos límites deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y de los otros, la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento (op.cit).

***Familia aglutinada.*** Este tipo de familia es la que encierra en sí misma, desconectada del exterior, con límites difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos (Barbado y otros, 2004). Los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía, la carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomos de los problemas (Minuchin, 1974).

***Familia desligada.*** Los miembros de subsistemas o familias desligadas pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de

sentimientos de lealtad y pertenencia (Minuchin, 1974). Es la familia de puertas cerradas entre sus miembros. Suele desarrollar límites rígidos y la comunicación se hace extremadamente difícil (Barbado y otros, 2004). Cada miembro va por lo suyo, con excesiva autonomía, de modo que sólo una catástrofe, o incluso, ni eso, puede hacer reaccionar a la familia como grupo (op.cit).

Todas las familias tienen algún aspecto aglutinado o rígido en sus esquemas o relaciones, algo que puede variar a lo largo del ciclo vital (op.cit).

*Alianza.* Es la proximidad afectiva entre dos miembros de la familia. Las alianzas son frecuentes, incluso necesarias, en la familia. Suelen ser cambiantes, forzadas por los acontecimientos del ciclo vital, es decir, funcionales (Barbado y otros, 2004).

Los problemas pueden aparecer cuando se vuelven rígidas y sirven de refuerzo y mantenimiento a secuencias sintomáticas (op.cit).

*Coalición.* Es un triángulo de dos contra uno, este tipo de estructura genera suficiente estrés familiar (op.cit).

### **Enfoque Sistémico**

El enfoque sistémico formula la dinámica familiar describiendo la interacción humana como un sistema de comunicación caracterizada por las propiedades de los sistemas generales (Selvini Palazzolli y otros, 1982)

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se detallará como la familia puede influir en la persona enferma de acuerdo al tipo de familia al que pertenezca.

Tabla 1. La familia ante la diabetes.

## Ante la Diabetes

## FUNCIONAL

- Apoyan al enfermo, brindándole apoyo en cuanto a su tratamiento, además que crecen como familia

## DISFUNCIONAL

- AGLUTINADA
  - La enfermedad de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros
  - La enfermedad afecta a uno de sus miembros, no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos, pues, la familia rígida o desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.
- RÍGIDA
  - En un momento de cambio necesario, no permite la flexibilidad

## FAMILIA

TRIANGULACIÓN  
PERVERSA

- Relación entre tres personas, en la cual dos de ellas con diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera

## TRIANGULACIÓN RÍGIDA

- Configuraciones relacionales paterno-

Se sabe que cada sistema viviente se caracteriza por dos funciones aparentemente contradictorias, la tendencia homeostática y la capacidad de transformación, mediante este interjuego el sistema mantiene un equilibrio que garantiza su evolución y creatividad (op.cit). Se considera a los miembros de una familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional de alguno sobre el conjunto, esto implica el abandono de la visión mecanicista causal debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás, actúa sobre el sistema pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo (op. cit.).

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Bertalanffy, V. L, 1976). El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo (op.cit).

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema (Cusinato, 1992).

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción

familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar (Cusinato, 1992).

### **Conclusiones.**

No es fácil para una persona enterarse de que tiene diabetes. La diabetes es un problema que no se cura, y que requiere cuidados todos los días. Las personas con diabetes deben hacer cambios importantes en sus vidas.

Para mantenerse sanos, deben aprender a supervisar y controlar sus niveles de azúcar en la sangre. Las personas que no controlan sus niveles de azúcar en la sangre pueden desarrollar problemas de salud graves, como ceguera, daño a los nervios e insuficiencia renal.

La diabetes va a influir en la estructura familiar ya que en el momento en que la persona y la familia saben que uno de sus miembros tiene la enfermedad, va a cambiar todo el sistema, como bien lo dice Cusinato (1992) la familia forma un sistema, existe la presencia de una influencia recíproca, directa, intensa y duradera de la conducta de los unos sobre los otros.

En otras palabras que lo que afecta a uno (en este caso la diabetes), de una manera u otra repercute sobre todos, por lo tanto, la diabetes cambiará el sistema actual modificándolo según la nueva forma de vida que lleve la diabetes a la persona que tenga la enfermedad.

Maldonado (1986) dice que toda persona enferma es una persona conflictuada, cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad, es en este momento donde la familia del individuo, debe colaborar emocionalmente brindándole protección y apoyo, adaptándose así a los cambios que existirán en el sistema por la presencia de una enfermedad en uno de sus miembros.

El inicio de esta enfermedad suele ser repentino, por lo que es frecuente que los miembros de la familia no tengan tiempo de elaborar la situación y se sientan confundidos o desconcertados. Ante el cambio del panorama familiar, a su vez se desorganizan ya que

para la familia, no es simple la aceptación de un miembro enfermo. A la familia les resulta difícil lograr un equilibrio: no atosigar con cuidados al paciente enfermo, pero tampoco hace “como si no pasara nada” negando el problema. Otra posible respuesta al diagnóstico de la enfermedad suele ser la culpa, ya que la familia se puede llegar a culpar por lo que uno de sus miembros padece la enfermedad.

A continuación se detallará el modelo teórico que explicará el efecto de la diabetes en la familia según:

- 1) Familia funcional
- 2) Familia disfuncional
  - Aglutinada
  - Rígida
  - 2.1 Triangulación perversa
  - 2.2 Triangulación rígida
  - 2.3 triangulación patológica

De acuerdo a lo explicado en la tabla 3 podemos concluir que:

- Una familia funcional según Pinto (2005) viven experiencias de cambios que les permite crecer, los subsistemas familiares son independientes entre sí, la familia se expresa libremente, no se rehuye el dolor, el diálogo familiar es frecuente, donde se tocan temas sin reservas, algunos de los miembros de la familia no temen pedir ayuda cuando la necesitan, la familia siempre está “ahí” cuando es necesario.
- Una familia disfuncional según Pinto (2005) son aquellas donde a existido alguien que ha otorgado la posibilidad de identidad, pudiendo ser rescatados de una triangulación, una familia disfuncional es todo lo contrario a una familia funcional, la familia disfuncional puede presenta las siguientes características :
  - Niega que exista un problema en la familia

- 
- Humilla y reprime a los seres significativos que quieren hablar del problema familiar
  - Mienten para ocultar que existe un problema emocional o de uso de sustancias
  - Provoca culpa y pena a los hijos
  - Miedo a la vida
  - Un sentido de incapacidad para resolver problemas
  - Desesperanza y frustración
  - Excesivamente dominante y no permite la libertad para el desarrollo del individuo
  - Ira excesiva
  - Violencia física y emocional

Las familias disfuncionales pueden ser:

- *Familia aglutinada*: Los miembros de una familia con estas características, según Minuchin (1974) presentan límites difusos, pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites produciendo un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.
- *Familia rígida*: según Minuchin (1974) los miembros de familias rígidas presentan límites rígidos pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Por lo tanto, la familia rígida tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

- 
- *Triangulación perversa*: Según Pinto (2005) la triangulación es perversa cuando las partes en conflicto se encuentran en un dilema: una de ellas debe ganar y la otra perder, para favorecer la relación, pueden distanciarse, una solución es la inclusión de un tercero, de manera que el perdedor pueda compensar su frustración estableciendo un lazo abierto o encubierto con éste.
  - *Triangulación rígida*: Según Pinto (2005) la triangulación es rígida cuando los padres tratan de ganarse la simpatía y el respaldo del hijo a costa de la relación de éste con el otro cónyuge, por lo que el hijo desarrolla un conflicto de lealtades. El final es una relación rígida y exclusiva entre el padre y el hijo, quedando el otro progenitor alienado de la nueva díada establecida.
  - *Triangulación patológica*: según Pinto (2005) la triangulación es perversa es cuando el hijo confunde, perturbándose ante la incongruencia de las lealtades y percibiendo una seudomutualidad, ésta surge del mito familiar según el cual es peligroso apartarse de las expectativas fijadas. El temor a la ruptura y el miedo a la cercanía generan el conflicto permanente de la disonancia en este tipo de triangulación.

### *Modelo terapéutico*

De todo lo anteriormente planteado, se puede concluir lo siguiente:

- *Familias funcionales*: En este tipo de familia, la diabetes no influirá en el sistema, ya que están “dispuestas” a colaborar al paciente diagnosticado con diabetes, en cuanto a las familias disfuncionales, la enfermedad afectará de acuerdo a cómo este estructurada la familia:
- *Familias aglutinadas y rígidas*: Este tipo de familias se verán afectadas de inmediato, ninguna de las dos familias podrá afrontar la enfermedad incluso llegando a impedir un buen tratamiento diabetológico. El terapeuta debe operar como un delineador de límites, que clarifique los límites difusos y abra los límites excesivamente rígidos.

---

Si el paciente proviene de una familia rígida, puede llegar a sentirse frustrado y enojado, y en su rebeldía puede adoptar formas destructivas contra su persona como aplazar su tratamiento, comer lo que no debe, etc. Si proviene de una familia aglutinada, a pesar que estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros, el stress que afecta a uno de sus miembros (en este caso el “enfermo”) no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos, por lo tanto la familia aglutinada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo, por ende no podrá colaborar al enfermo como debería hacerlo.

- *Triangulaciones*: estos tres tipos de triangulaciones pueden afectar al paciente identificado con la enfermedad, estas alianzas adoptan normalmente la forma de una trasgresión de las fronteras generacionales.

Las características del triángulo perverso según Minuchin (1974) son:

1. Dos niveles generacionales.
2. Existe una coalición de dos, que se encuentran en distintos niveles, contra el otro.
3. La coalición se mantiene oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado al nivel metacomunicativo.

Cuando este tipo de triángulo se da de forma repetitiva el sistema se volverá en triángulo patológico. La triangulación rígida se refiere a las configuraciones relacionales padres-hijos en las cuales el hijo es usado rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales, en este caso uno de los hijos podría “servir” como “desviador” de la enfermedad. Minuchin (1974) describió las diversas modalidades de estructuras trianguladas patológicas en su concepto de "tríada rígida", por lo tanto:

1. *Triangulación*: Describe una situación en que los padres, en conflicto abierto o encubierto, intentan ganar, contra el otro, el cariño o apoyo del hijo. Connota un intenso conflicto de lealtades.

2. *Coalición progenitor-hijo*: Aunque la familia pide terapia para un niño problema, es una expresión más abierta del conflicto parental. Uno de los padres se pone del lado del niño contra el otro. Es difícil saber si es el niño o el cónyuge excluido el que tiene más problemas.

3. *Triada desviadora-atacadora*: Los padres toman al hijo como "chivo expiatorio". La conducta del niño es anómala y los padres se unen para controlarlo. Ambos padres, están en desacuerdo sobre cómo tratarlo, por lo que su manera es contradictoria. Esta categoría incluye la mayor parte de desórdenes de comportamientos en los niños.

4. *Triada desviadora-asistidora*: Los padres enmascaran sus diferencias tomando como foco un hijo definido como "enfermo" Los padres muestran preocupación y sobreprotección. Esto los une mucho, y es un rasgo común en familias en las que la tensión se expresa en trastornos psicosomáticos.

El objetivo de la terapia es apartar a la familia y ayudar a los padres a enfrentarse más directamente a sus problemas en este caso la diabetes. Finalmente, es importante señalar que la familia en la diabetes es un factor determinante para el buen control de la enfermedad ya que ésta posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros, considerados aisladamente ("el todo es más que la suma de las partes"). Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

### **Recomendaciones**

Es recomendable ayudar al paciente a entender muy bien su enfermedad, explicándole detalladamente el proceso que debe llevar para controlar la diabetes en cuanto a la alimentación, el peso, controlando la glucosa periódicamente, etc. Por otra parte es muy

---

importante el apoyo continuo que brinde la familia, el ayudar al paciente a desarrollar una sensación de autocontrol sobre la enfermedad, la familia del diabético juega un papel fundamental para conseguir la victoria contra la diabetes. Es importante no aislar al diabético sino darle apoyo emocional y motivarlo a hablar del tema, de sus temores y sus interrogantes. La familia debe orientarse a la búsqueda de información relativa a la enfermedad y su tratamiento apropiado.

La familia puede solicitar asesoría médica para la prevención de las complicaciones y también de la forma de prevenir la diabetes en otros miembros. Debe convertirse en un “organismo informado” por lo tanto es necesario que las personas entiendan que cuando aparece un diabético, la familia entera debe cambiar y mejorar su estilo de vida.

No es adecuado que, mientras al paciente se le manda a ejercitarse y modificar su dieta, el resto de la familia siga frente a él, cayendo en el sedentarismo y excesos dietéticos.

La familia debe convertirse en un grupo promotor de las actividades físicas y, si es posible, deportivas. Deben aprender acerca de comer sanamente en su totalidad y no solo “poner a dieta al diabético”.

Deben vigilarse el cumplimiento del uso de los medicamentos y de la insulina, pero sin convertirse en un “odioso guardián”, sino más bien, enfatizando las conveniencias de realizar un tratamiento que preserve la salud del diabético y que exprese directamente el deseo familiar de conservarlo en buenas condiciones para el disfrute del tiempo en común con la familia.

Muchas familias descuidan estos aspectos durante años, y a veces décadas, para después terminar sacrificando muchos de sus recursos y esfuerzos lidiando con el diabético discapacitado o complicado, y entonces, extenuados, llegan a la conclusión de que hubiera sido más fácil convertirse en una familia de apoyo al diabético desde el inicio.

A partir de lo anteriormente señalado es importante:

- Estudiar la estructura familiar nuclear al que pertenece la persona que padece la enfermedad, llegando a descifrar en que medio se desenvuelve y como trabajar con

---

la misma, aplicando una variedad de terapias con enfoque sistémico para de esta manera resolver o prevenir las mismas.

- Con la ayuda de la terapia sistémica se podrá intervenir en la familia, dividiendo el proceso terapéutico en fases, la primera fase será a nivel de pareja, revelando los conflictos encubiertos para después “llevar” a la pareja a negociar impidiendo todo tipo de triangulación hacia los hijos, evitando así mayores conflictos. En la siguiente fase, se puede iniciar una terapia de tipo familiar, con el fin de equilibrar el sistema familiar, trabajando así dentro de la familia como un sistema, indagando cual es el tipo al que pertenece la familia (funcional, disfuncional). En la última fase se realizará terapia individual con la persona que padezca la enfermedad, trabajando de éste modo todo lo que pueda estar afectando al aplazamiento del control diabetológico.

Por lo tanto la prevención se realizará mediante la evitación de los siguientes puntos en la estructura familiar:

- La familia debe ser funcional ya que existirá colaboración con el paciente identificado con diabetes, promoviendo así un tratamiento que preserve la salud del enfermo y que exprese directamente el deseo familiar de conservarlo en buenas condiciones para la satisfacción del tiempo en común con la familia.
- Evitar triangulaciones por parte de los padres, ya que esta conducta genera sentimientos de vacío y culpa, por lo tanto esto conlleva a una mala adaptación a la enfermedad, generando así un pronóstico negativo.
- Los hermanos también juegan un papel muy importante en la familia ya que dependiendo del tipo de triangulación (si es que la hay) la relación se verá afectada en gran medida.

---

## Referencias

Barbado A, y otros (2004) *Habilidades en salud mental*. Revista de la SEMG. Febrero de 2004 n° 84.

Barcelo A, y otros (2001) *Diabetes in Bolivia*. Organización panamericana de la salud, Rev. panam salud pública. EEUU. Editorial Public Heath.

Bertalanffy, V. L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE.

Beck A, (1990) *Con el amor no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de la pareja*. Bs. Ed. Paidós.

Campero R, 1997 *Diabetes, la cenicienta*. Artículo publicado en opinión en 16 de abril de 1997.

Cusinato, Mario (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.

Debus M, (1988) *Manual para excelencia en investigación mediante grupos focales*, Office of health and office of education. Pensylvania.

De la fuente R, (1998) *Psicología médica*, editorial fondo de cultura económica, 2ª edición.

Devies K, (1998) *federación helps kids to live with diabetes*, artículo publicado en Bolivian times en 4 de febrero de 1998.

Döring M.T, (1995) *La Pareja o hasta que la muerte nos separe*, Editorial Fontamara, México.

Ellis A, Gierger R, (1981) *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: DDB

Gagliardino P, y otros (1997) *Como tratar mi diabetes dedicado a personas con diabetes insulino dependientes*. La Plata: Editorial Boehring Mannheim

García L, (2001) *El vínculo emocional*. Valencia: Promolibro.

Jhonson B, S. (1993) *Psicopatología infantil*. Buenos Aires: Editorial Martinez Roca.

- Lieberman R, y cols. (1998) *Manual de terapia de pareja*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lotman, (1991) *Las fronteras del dolor*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldonado E, (1986) *Sinopsis de psicología médica*. Editorial lilial. 1ª edición.
- Matthew J, (1999) *Manual Washington de terapéutica médica*. Nueva York: Masson.
- Minuchin S, (1974) *Familias y terapia familiar*. México D.F.: Gedisa.
- Pinto B, (2005) “*Porque no sé amarte de otra manera*”. La Paz : Soipa srl.
- Pinto R, y Medeiros C, (1997) *Manual de diabetes en Bolivia*. La Paz :Imprenta Express.
- Portilla L, Román J (1991) *El paciente diabético*. Aspectos psicológicos de su manejo, revista latinoamericana de psicología Vol. 23. nº 2.
- Samuel, (1994) *Conociendo la realidad de la enfermedad crónica*. Buenos Aires: editorial corona s.a.
- Sánchez P, (1999) *Medicina Interna*. México D.F. Editorial Masson. 8ª edición.
- Shuman R, (1996) *Vivir con una enfermedad crónica*. Buenos Aires: Paidós.
- Werner y Smith, (1992) *Facilitación de un proceso crónico*. México: editorial Graw & Davis.