

POSGRADO

TESIS

ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

TERAPIA DE PAREJA COMO MECANISMO PARA FORTALECER LA SALUD MENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

JUAN CARLOS MEJIA CABRERA
CÓDIGO ORCID: 0009-0003-0384-2940

DIRECTOR:

DRA. DIANA PÉREZ PIMIENTA
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-1936-634X

CODIRECTOR:

DR. MITL MAQUEDA SILVA
CÓDIGO ORCID: 0009-0006-1425-4310

Tepic, Nayarit, México Abril, 2025

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumno: Juan Carlos Mejía Cabrera Matrícula: C211013
Programa académico: Doctorado en Salud Mental
Título de la tesis: Terapia de Pareja como Mecanismo para Fortalecer la Salud Mental en Pacientes con Enfermedad Cardiometabólica
Nombre del Director de Tesis: Dra. Diana Pérez Pimienta
Nombre del Codirector de Tesis: Dr. Mitl Maqueda Silva
Fecha de aprobación: 04 de abril del 2025

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada "Terapia de Pareja como Mecanismo para Fortalecer la Salud Mental en Pacientes con Enfermedad Cardiometabólica", presentada por el alumno(a) Juan Carlos Mejía Cabrera, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL.**

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

DRA. DIANA PÉREZ PIMIENTA

CODIRECTOR DE TESIS

DR. MITL MAQUEDA SILVA

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL

GOBIERNO DEL EDO. DE NAYARIT
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
"INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE"
PARTICULAR
TEPIC, NAYARIT.

SELLO

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **JUAN CARLOS MEJÍA CABRERA**, en mi calidad de autor legitimo del trabajo titulado **"TERAPIA DE PAREJA COMO MECANISMO PARA FORTALECER LA SALUD MENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA"**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.**

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA".**

ATENTAMENTE

JUAN CARLOS MEJÍA CABRERA

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

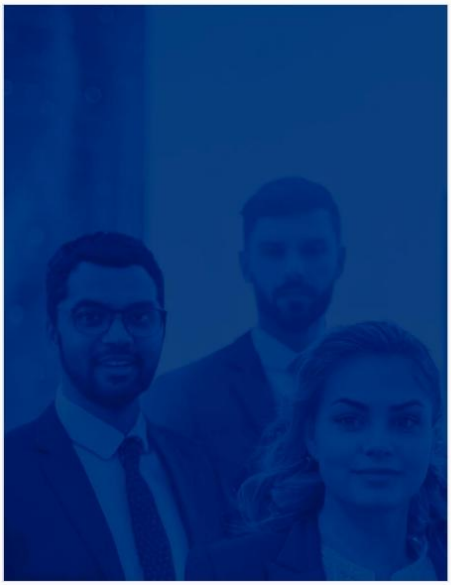
turnitin

Recibo digital

Este recibo confirma quesu trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Juan Carlos Mejía Cabrera
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	TERAPIA DE PAREJA COMO MECANISMO PARA FORTALECER LA...
Nombre del archivo:	JCMC_Doctorado_2.docx
Tamaño del archivo:	2.75M
Total páginas:	187
Total de palabras:	38,918
Total de caracteres:	220,920
Fecha de entrega:	18-mar.-2025 12:21p. m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2618380259



Derechos de autor 2025 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Dedicatorias

A mi familia y amigos, por estar y formar parte de mi experiencia de vida.

A mi hermana Luz María, por sus enseñanzas de vida que son un reflejo de la labor constante. siempre estarás presente.

A Elsa y Soledad, por sus narrativas de vida y su apoyo incondicional.

A Cinthia, por sus momentos de ayuda y comprensión.

A mis pacientes, porque me permiten prepararme y superarme constantemente.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por el regalo de la vida y por todas las bendiciones que ha derramado sobre mí.

Estoy profundamente agradecido con mis padres, quienes, con su entrega, han demostrado que el matrimonio puede ser pleno y significativo con el paso del tiempo.

A ti, madre reflejo de esfuerzo y lucha constante nada sustituye tu amor.

A mis compañeros de grupo del doctorado por su acompañamiento en esta parte de mi vida.

A mis maestros por compartir su sabiduría, calidez y comprensión.

A mis amigos, por sus amables críticas y numerosas sugerencias que me permitieron redireccionar y corregir.

INDICE

INTRODUCCIÓN 12

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1. Antecedentes 17

2. Contexto 20

3. Definición del problema de investigación 21

Objetivos 21

Justificación 22

4. Beneficios esperados 23

5. Limitaciones y delimitaciones: 24

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 27

Tema 1 Las enfermedades cardiometabólicas y sus contextos 27

Tema 2 Pareja y sus mecanismos relacionales con la enfermedad. 46

Tema 3 Calidad de vida, un enfoque sistémico salud / enfermedad 56

Tema 4 Salud Mental un abordaje biopsicosocial. 67

Tema 5 Estrategias narrativas para redescribir la vida 74

CAPITULO III MÉTODO 88

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN 88

METODOLOGIA UTILIZADA 89

DISEÑO METODOLOGICO 92

PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA 96

Criterios de Inclusión 97

Criterios de exclusión 97

Criterios de eliminación 98

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EMPLEADOS 99

Familiograma. 99

APGAR FAMILIAR 100

El Cuestionario de Apoyo Social (DUKE-UNC) 100

Consentimiento informado 101

PRODEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 102

DESARROLLO DE LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN 103

ASPECTOS BIOETICOS 106

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 107

4.1 Análisis de resultados 107

4.2 Discusión 134

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES 137

5.1 Hallazgos 137

5.2 Recomendaciones 154
5.3 Investigaciones futuras..... 157
5.4 Limitaciones 158
5.5 Validez de la investigación 159
5.6 Conclusiones general y reflexiones personales 163
BIBLIOGRAFÍA 169
APENDICES 175

RESUMEN

El abordar el entorno relacional construido en pacientes con enfermedad cardiometabólica y la manera como la terapia de pareja puede contribuir en el comportamiento de la expresión fenotípica y ambiental modulándolas y de esta manera brindar oportunidades para la intervención y descubrir la influencia que podrían tener sus parejas para mejorar su condición de salud y de vida. La presente investigación se realizó con 10 parejas con un integrante que presenta diagnóstico de enfermedad crónica con componente cardiometabólica, a través de diálogos narrativos las parejas van encontrando su aportación en el padecimiento y los motivos para generar o encontrar nuevos significados e historias de vida más nutricias que contribuyan a manejar todas las contingencias de vida. Teniendo en cuenta la importancia de las relaciones en la construcción de proyectos de vida y la necesidad de negociar tanto con uno mismo como con los demás incluyendo la pareja y la comunidad se emplearon herramientas como el Familiograma, el Apgar Familiar y el cuestionario de apoyo social (DUKE-UNC), considerando que el ser humano desarrolla su identidad a través de sus vínculos. Reconocer la importancia de estas relaciones muchas o pocas fue lo que nos permitió la creación de nuevos significados, conocimiento y destrezas de vida que cada ser ocupa para reeditar la vida y concatenarse con los deseos, esperanzas, compromisos y nuevos caminos para sus relaciones y proceso de salud – enfermedad.

ABSTRACT

Addressing the relational environment built around patients with cardiometabolic disease and how couples therapy can contribute to modulating the expression of phenotypic and environmental factors provides opportunities for intervention. It also allows for the discovery of the influence that partners may have in improving their health and quality of life.

This research was conducted with 10 couples, in which one partner had been diagnosed with a chronic disease with a cardiometabolic component. Through narrative dialogues, the couples identified their role in the condition and explored the reasons for generating or finding new meanings and more enriching life stories that help them manage life's contingencies.

Considering the importance of relationships in shaping life projects and the need to negotiate both with oneself and with others including one's partner and the community tools such as the Family Genogram, the Family Apgar, and the Duke-UNC Social Support Questionnaire were used. This approach acknowledges that human beings develop their identity through their bonds, as those we interact with teach, help, and support us, shaping our life membership.

Recognizing the importance of these relationships, whether many or few, allowed for the creation of new meanings, knowledge, and life skills. These are essential for rewriting one's life and aligning with desires, hopes, commitments, and new pathways in both relationships and the health-disease process.

INTRODUCCIÓN

El introducirse al estudio de las enfermedades crónico-degenerativas con un componente cardiometabólica es adentrarse a valorar los contextos que vive el individuo, la pareja, como unidad y no ver el proceso de salud enfermedad como un ente puramente biológico.

Este trabajo pretende abordar las enfermedades cardiometabólica bajo un contexto integral que permita clarificar a las parejas y consultantes bajo una posición auto-reflexiva, deconstructiva – reflexiva del conocimiento del proceso de salud enfermedad. Inevitablemente para aprender cada uno aporta y enriquece lo conocido o lo desconocido bajo el proceso de experiencia pues los significados que tengo sobre el proceso de salud – enfermedad también es creado bajo la interacción social, los seres humanos encuentran significado en sus vidas y relaciones al relatar sus experiencias e interactuar con los demás, construyendo así los diálogos que dan forma a sus interacciones y, en consecuencia, a su existencia.

Las personas construyen el significado de sus vidas y relaciones a través de la narración de sus experiencias y la interacción con los demás. A medida que comparten sus vivencias, generan diálogos que no solo moldean sus vínculos personales, sino que también influyen en su percepción del mundo y en la manera en que se desenvuelven en él. Estos intercambios constantes permiten que cada individuo forme su identidad, fortalezca sus lazos con los demás y dé dirección a su existencia, integrando así sus experiencias en un relato coherente y significativo.

La manera en que respondemos a una enfermedad cardiometabólica está influenciada por factores específicos de nuestra experiencia personal. Los seres

humanos generamos significado al reflexionar sobre nuestras vivencias, creando relatos que nos ayudan a darle coherencia y estructura a nuestra vida, facilitando la comprensión de nuestra situación y el proceso de adaptación ante los desafíos que enfrentamos.

Esta obra de investigación inicia analizando los conceptos básicos de que es una enfermedad crónica con componente cardiometabólica apegados a conceptos de la OMS; con énfasis en los factores de riesgo y visualizando los contextos que favorecen o minimizan la aparición de la enfermedad, se hace una revisión sobre las principales estadísticas y aproximaciones futuras de estos procesos patológicos.

En lo correspondiente al capítulo dos, haremos un recorrido enfocándonos en la pareja, las relaciones, sus procesos y mecanismos al descubrir y transitar el proceso de la enfermedad indagando que cambios y expectativas sufre la relación.

El proceso de relación de pareja integra sentimientos, valores y metas, así como una convivencia en común, se realizará un esfuerzo para ayudar a las personas a construir una cultura de relación de pareja saludable a pesar de la enfermedad y las transiciones de la vida misma.

El mundo de la pareja afronta riesgos, pero también seguridades, no se educa para responder de una manera armoniosa a la enfermedad por lo tanto este esfuerzo está dirigido a generar parejas funcionales que deseen renovar y transformar su relación.

Durante la convivencia se pone a prueba la tolerancia, la flexibilidad y la capacidad de escucha, saber que hacer antes de que se presenten los problemas resulta fundamental para prevenir las crisis emocionales propias del crecimiento de la pareja abordaremos como la terapia de pareja puede permitir el generar relaciones

más nutricias, la pareja entonces necesita encontrar la expresión adecuada de un lenguaje que posibilite la construcción de significados comunes, podría decirse que ambos requieren significados que puedan ser compartidos.

Realizaremos un bosquejo sobre los conceptos de calidad de vida, los cuales constituyen un área de interés creciente en la actualidad, a pesar de que sus orígenes se remontan a 1975. Cabe destacar que la calidad de vida es un término complejo y multidisciplinario, lo que dificulta su definición precisa. En este contexto, abordaremos la calidad de vida desde una perspectiva cultural, siguiendo las definiciones propuestas por la OMS. Nos centraremos en el aspecto de la salud mental, subrayando la importancia de los factores psicológicos que impactan directamente e indirectamente en las rutinas diarias de los seres humanos a lo largo de su vida.

Durante el proceso de perdida de la salud mental se van generando estragos en las diferentes esferas del ser humano por lo tanto la enfermedad crónico-degenerativa pone en relieve la importancia de los mecanismos preventivos y la manera como la pareja puede llegar a fortalecerse en el transitar de estas crisis.

Como punto preponderante concluiremos con la generación de estrategias narrativas que permitan generar vidas multi-historiadas llevando a la persona a relacionarse y reconocerse bajo diferentes visiones, planteándonos conversaciones de reautoria y creación de líneas alternas de identidad enfocando a las parejas con enfermedad crónico degenerativa poniendo sobre relieve que no ahí un diagnóstico de vida que englobe la totalidad de la experiencia, cuando las parejas se permiten contrastar su historia descubren diferentes formas de relacionarse, conocimientos y habilidades subyugadas, que pueden ser utilizados como motores de cambio,

propósitos o principios de vida.

Todo individuo es un ser relacional y esta peculiaridad debe ser tomada para contribuir al desarrollo de una historia alternativa derivado de lo anterior utilizaremos la terapia narrativa como un mecanismo terapéutico que nos acompañe en el proceso de generar nuevos significados en la enfermedad.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES

La presente inquietud surge de las observaciones hechas durante el desarrollo de talleres con grupos de ayuda mutua con padecimientos cronidegenerativas impartidos inicialmente en el Centro de Salud La Pimienta Chinampa de Gorostiza, Ver. Donde la atención era centrada en alcanzar mentas de control de las diferentes enfermedades Cardiometabólica que acudían al Centro de Salud dejando a un lado el entorno construido y el contexto que favorecían la expresión de riegos cardiometabólica.

Desde ese momento nace el interés de conjuntar las diferentes variables que contribuyen a un deterioro de la salud mental de los pacientes con enfermedad crónica cardiometabólica.

En los últimos años, diversas investigaciones han identificado ciertos aspectos específicos que afectan a las parejas y familias que tienen un miembro con una enfermedad crónico-degenerativa. Entre los más relevantes se encuentran:

Osorio, Chávez (2017) Refieren que: Cuando una persona dentro del núcleo familiar es diagnosticada con una enfermedad crónica, la familia suele asumir el rol principal como su red de apoyo fundamental. Derivado de lo anterior se a podido reconocer como se trastocan los roles y tareas en estas familias. Como lo es en nuestra cultura mexicana los cuidados generalmente recaen en el sexo femenino de esta manera se incorporan mas roles a una sola persona por lo que es importante visualizar a estos individuos y explorar sus necesidades, sus repercusiones ante un familiar con enfermedad crónica. Investigaciones publicadas por la Revista Electrónica de

Psicología de Universidad de Iztacala en este 2021 hacen referencia a la importancia de generar procesos de salud/enfermedad donde se vincule la pareja y el contexto familiar.

Barragán, Pérez (2021) Deduce que preservar y fortalecer vínculos de calidad con quienes nos rodean es esencial para nuestro bienestar y desarrollo personal. Esto implica dedicar el tiempo necesario para cultivar relaciones significativas que nos brinden apoyo y compañía. Del mismo modo, también es importante crear nuevos lazos, confiando en que serán un pilar fundamental para enfrentar los desafíos de la vida.

El visualizar el mecanismo emocional que vive la pareja y la familia ante una situación de enfermedad, así como las restructuraciones que esto implica. Los estudios muestran que tanto la familia como la pareja experimentan sentimientos encontrados cuando un ser querido enfrenta una enfermedad. Esta ambivalencia puede llevar a que muchos familiares se distancien, dejando la responsabilidad del cuidado en la pareja, que generalmente recae en las mujeres. Como resultado, el desgaste físico y emocional puede generar un estado de agotamiento, debilitamiento emocional e incluso sentimientos de desesperanza.

Rentería, García (2020) refiere que: El vínculo conyugal, que constituye el principal respaldo para una persona con diabetes, surge cuando dos personas deciden compartir su vida con la intención de formar una familia. En esta relación, la complementariedad y la capacidad de adaptación mutua son fundamentales para el cumplimiento de sus responsabilidades. No obstante, la presencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros puede debilitar estos aspectos de manera considerable, lo que podría afectar el equilibrio y funcionamiento de la

pareja.

Por ello, evaluar el funcionamiento del vínculo conyugal es crucial para el bienestar de toda la familia, ya que muchos conflictos dentro del núcleo familiar pueden impactar negativamente la estabilidad y armonía de la relación de pareja. Las relaciones de pareja son por demás humana, y por lo tanto llena de imperfecciones. A pesar de ellas, sobre la relación de pareja subyace la preservación la preservación de la especie.

El identificarse con la pareja tanto en tiempos cotidianos como de crisis, conocer y comprender los elementos de intercambio que hay entre dos individuos saber construir las condiciones de relación y desarrollo a un en tiempos de enfermedad, hace que se distinga las parejas saludables que disfrutan del conocimiento y dominio de sus propios sentimientos, pensamientos y acciones, este es mi gran motor para este estudio construir una cultura de relaciones de pareja saludables que permitan afrontar cualquier adversidad no solamente la enfermedad.

Cuando la experiencia emocional es pobre en la pareja, el resultado también lo es, la intención es extender la cultura de las relaciones de pareja y apoyar a las personas aprendan a construir una interacción sana y construir una reciprocidad basada en valores, metas que vayan unidas a sentimientos, pensamientos y acciones.

Son pocas las parejas que logran una unión plena y desarrollan todo su potencial tanto en momentos de salud como de enfermedad. La mayoría experimenta una relación con un crecimiento limitado, en lugar de vivirla con intensidad y como una aventura continua.

2. CONTEXTO

El presente trabajo se rige bajo preceptos de investigación mixta, descriptivo ya que el estudio cuenta con una población, la cual pretendo describir en función a variables e hipótesis que se originen al correlacionar el estudio.

Los sujetos estarán conformados por un grupo de 10 parejas que acudan al Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar (CIHTEF) ubicado en Juana García # 2 Tuxpan de Rodríguez Cano Ver. Donde les brinda terapia de pareja y estrategias para mejorar sus condiciones de salud.

Estas personas serán convocadas de manera libre a participar y además de que presentan un diagnóstico de enfermedad crónica de origen cardiometabólica como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, enfermedad de Parkinson, artropatía degenerativa con consumo de medicamentos.

Las edades promedio de los participantes serán de 35 a 62 años, siendo hombres y mujeres asistiendo un total de 10 parejas.

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar (CIHTEF), el cual se encuentra ubicado en el puerto de Tuxpan de Rodríguez Cano Ver.

El Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar es una institución que oferta consejería y seguimiento de enfermedades crónicas, otorga terapia de pareja, y promoción de actividades físicas y deportivas para la generación de principios de vida saludables.

La elección de las parejas participantes será no probabilística y de forma intencionada, tomando en cuenta aquellas características que necesariamente deben estar presentes en los elementos que integran la población de estudio.

3. Definición del problema de investigación

¿De qué forma la Terapia de pareja es un factor importante en el fortalecimiento de la salud mental en pacientes con enfermedad crónica de origen cardiometabólica?

¿Cómo el recibir Terapia de pareja coadyuva a relaciones nutricias en pacientes con enfermedad crónica y refleja de un mejoramiento biopsicorelacional?

¿De qué manera la psicoterapia de pareja puede favorecer el aumento de la adherencia al tratamiento en personas con enfermedad crónico de origen cardiometabólica?

Objetivos

Objetivo general

- Contribuir, por medio de la terapia de pareja que las personas con enfermedad crónica de origen cardiometabólica fortalezcan su salud mental y adherencia al tratamiento vinculando emociones, relaciones y toma de conciencia.

Objetivos específicos

- Propiciar el autoconocimiento y confianza en la pareja. Favorecer en la pareja el darse cuenta de ellas mismas y su entorno.
- Capacitar a las participantes en el reconocimiento y expresión adecuada de las emociones propias y de los demás.
- Mejorar la comunicación intrapersonal a través del reconocimiento de sus propias sensaciones, emociones pensamientos y actitudes.
- Acompañar a la pareja en la resolución de asuntos inconclusos.

- Propiciar el descubrir del para qué y cómo desean vivir su vida.
- Impulsar la toma de decisiones y acciones pertinentes que le permitan a la pareja mejorar una adherencia al tratamiento y establecer contactos saludables.

Justificación

Ante el panorama epidemiológico actual, el impacto de las enfermedades crónicas en la morbilidad y mortalidad ha llevado a que estas se conviertan en una prioridad dentro de la agenda de salud pública en todos los niveles de gobierno.

Los mecanismos de prevención para estos padecimientos se han enfocado en hábitos mas nutricios y en el reconcomiendo y aumento de los factores de protección, por otro lado, se requieren de acciones para disminuir los factores de riesgo siendo un desafío ante los estilos de vida actuales. Esta prevención requiere de acciones multidisciplinarias, sostenidas y de alto impacto para evitar las muertes por enfermedad crónico degenerativas de origen cardiometabólica.

Contribuir en la disminución de costos, tiempo y secuelas en el tratamiento de enfermedades cronidegenerativas de origen cardiometabólica.

Fomentar el fortalecimiento de la relación de pareja como adyuvante en la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y experimentar el reconocimiento nutricio de sus emociones.

La estrategia de intervención busca promover la conciencia y la asunción de responsabilidad en cada interacción dentro del momento presente. Al mismo tiempo, pretende facilitar el reconocimiento, fortalecimiento y adquisición de habilidades para la gestión y resolución de conflictos, tales como: expresión

adecuada de sus emociones, favorecer pensamientos positivos sobre su persona, pareja y sus capacidades, identificando áreas de tensión y ejercitación de actividades para manejo de estrés y conflictos.

Al 2050 según la OMS Se proyecta un incremento de aproximadamente un 50% en la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2 y los eventos cerebrovasculares isquémicos. Es necesario enfatizar que estas pobres condiciones de salud generan un aumento de las discapacidades que conlleva el aumento de complicaciones, tanto para rehabilitación como para una atención continua. La prevención de estos padecimientos es un reclamo social y una prioridad en la agenda de salud de nuestro gobierno, requiriéndose estrategias orientadas al control de la obesidad, la cual es un factor desencadenante de muchos padecimientos. Otro punto muy importante es reconocer que evitar la mortalidad por enfermedades no trasmisibles debe de contemplar acciones bien dirigidas y con un enfoque integral.

4. BENEFICIOS ESPERADOS

La propuesta de intervención tiene como objetivo fomentar la conciencia y la responsabilidad en cada interacción en el momento presente. Asimismo, busca promover el reconocimiento, fortalecimiento y desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos, entre ellas: expresión adecuada de sus emociones, favorecer pensamientos positivos sobre su persona, pareja y sus capacidades, identificando áreas de tensión y ejercitación de actividades para manejo de estrés y conflictos.

Por lo tanto, se contribuye a la creación de alternativas adecuadas y nutricias acerca de las relaciones durante los diferentes ciclos de salud – enfermedad para transitarlos felizmente en la realidad individual y de pareja, con esto disminuir costos

ante una alta adherencia al tratamiento de enfermedades cardiometabólicas.

5. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES:

Criterios de Inclusión

- Ser una pareja con algún cónyuge con diagnóstico de enfermedad cronicodegenerativa de origen cardiometabólica.
- Llevar un tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico para control de su padecimiento.
- Deseo de mejorar su relación de pareja, metas y estrategias para una mejor adherencia terapéutica para el control de su padecimiento cronicodegenerativa.

Criterios de exclusión

- No padecer enfermedad cronicodegenerativa
- Padecer una enfermedad cronicodegenerativa, pero no estar llevando un control médico
- Ser menor de 35 años y mayor de 62

Criterios de eliminación

- Faltar a más de dos sesiones consecutivas
- Transgredir las reglas de conducta
- No apegarse a la confidencialidad

Instrumentos de recolección de información y procedimiento

Familiograma – Su aplicación en este estudio permite obtener una representación gráfica de la estructura familiar, las relaciones interpersonales y los roles dentro del núcleo familiar. Además, proporciona una visión del ciclo evolutivo en el que se encuentra la familia en un momento específico, abarcando hasta tres

generaciones.

Al representar a los miembros de la familia, se sugiere comenzar registrando el nombre del jefe de familia. A continuación, se deben incluir los integrantes de la familia nuclear y, finalmente, aquellos que forman parte de la familia ampliada.

Como parte de los antecedentes de este estudio, se registrarán los siguientes aspectos relevantes que fundamentan su justificación:

- Contexto psicosociales (Fase actual del ciclo familiar)
- Tipología familiar
- Ámbito social, ingresó familiar y su distribución
- Ámbito psicológico-socialización.

Otra herramienta a considerar es el Apgar Familiar, cuyo nombre se debe a su creadora, Virginia Apgar. Originalmente utilizado en el ámbito de la medicina pediátrica, ha sido adaptado al contexto psicosocial debido a su capacidad para evaluar la funcionalidad y la solidaridad familiar percibidas por el paciente con enfermedad crónica. Sus componentes se describen a continuación:

- Adaptación. – Describe la capacidad de usar los recursos en pro del bien común y la ayuda mutua
- Participación. -Se estudia el compañerismo, distribución de tareas y responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas del grupo.
- Generatividad o crecimiento. -Revela la maduración y el crecimiento de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.
- Afecto. -Evaluación de las relaciones de cuidado, cariño y amor que existen entre los diferentes miembros de la familia.

- Resolución. - Habilidad para gestionar y solucionar los problemas familiares, asegurando la dedicación de tiempo equitativo a cada uno de sus miembros.

El propósito de este instrumento es determinar el nivel de percepción individual sobre el funcionamiento de su familia en un momento específico.

El estudio consta de siete preguntas diseñadas para evaluar la funcionalidad y solidaridad familiar. La puntuación de cada ítem varía en un rango de 0 a 4, dependiendo de la percepción del individuo. De estas preguntas, cinco están enfocadas en la dinámica familiar y dos en el apoyo recibido por los amigos.

Para su evaluación, se suma la puntuación total obtenida en las respuestas. La línea de corte de este estudio es de 18 puntos; cualquier resultado igual o inferior a 17 sugiere la posibilidad de disfunción familiar.

Otra herramienta complementaria es el Cuestionario de Apoyo Social (DUKE-UNC), cuyo objetivo es medir la percepción del apoyo social recibido por el individuo. Este instrumento está compuesto por 11 preguntas calificables, de las cuales ocho se centran en situaciones de apoyo social y tres en aspectos afectivos.

Las respuestas se valoran en una escala del 1 al 5, con las siguientes opciones: "mucho menos de lo que deseo", "menos de lo que deseo", "ni mucho ni poco", "casi como deseo" y "tanto como deseo".

El puntaje total varía entre 11 y 55, estableciendo una línea de corte en 32 puntos. Una puntuación de 31 o menor indica una percepción reducida de apoyo social.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

TEMA 1 LAS ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS Y SUS CONTEXTOS

Desde los albores de la civilización, la muerte y la enfermedad han sido temas de estudio constante, impulsando una búsqueda incansable para descifrar los mecanismos que desencadenan estos eventos y desarrollar estrategias de prevención efectivas. A lo largo de la historia, el protagonismo como causa principal de mortalidad ha fluctuado entre diversas patologías. Durante la Edad Media, las enfermedades infecciosas, como la devastadora peste bubónica, sembraron el terror y la muerte, mientras que las guerras, con su estela de violencia y destrucción, han sido una constante a lo largo de los siglos. En la actualidad, las enfermedades cardiometabólicas han emergido como la principal amenaza para la salud humana, superando incluso a las enfermedades infecciosas y los conflictos bélicos.

Las enfermedades crónicas de origen cardiometabólico, que incluyen afecciones como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, se han convertido en la principal causa de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial. Estas enfermedades no solo acortan la vida de las personas, sino que también deterioran su calidad de vida, generando un impacto significativo en los sistemas de salud y la economía global. Según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, las enfermedades no transmisibles, dentro de las cuales se engloban las enfermedades crónicas de origen cardiometabólico, son responsables de la alarmante cifra de 41 millones de muertes anuales, lo que representa el 71% de todas las muertes registradas en el planeta. Además, un dato especialmente preocupante es que 15 millones de personas entre 30 y 69 años

fallecen cada año a causa de estas enfermedades, siendo más del 85% de estas muertes prematuras en países de ingresos bajos y medios, lo que evidencia la existencia de desigualdades en el acceso a la atención médica y la prevención de estas enfermedades.

La magnitud del problema de las enfermedades cardiometabólicas exige una acción global coordinada y urgente. Es necesario implementar estrategias de prevención y control que abarquen desde la promoción de estilos de vida saludables, como una alimentación equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico, hasta la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas enfermedades. Además, es fundamental abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la falta de acceso a agua potable y saneamiento, y la desigualdad de género, que contribuyen a la aparición y el agravamiento de estas enfermedades. Solo a través de un enfoque integral y multisectorial podremos hacer frente a este desafío y proteger la salud de las generaciones presentes y futuras.

El panorama global de la salud se ve profundamente afectado por las enfermedades no transmisibles, con las afecciones cardiovasculares a la cabeza, cobrando la vida de aproximadamente 17,9 millones de personas anualmente. A esta cifra le siguen de cerca el cáncer, con 9,0 millones de defunciones, las enfermedades respiratorias crónicas, responsables de 3,9 millones, y la diabetes, que contribuye con 1,6 millones de muertes. Es crucial destacar que estos cuatro grupos de enfermedades representan más del 80% de las muertes prematuras derivadas de enfermedades no transmisibles. La aparición de estas enfermedades crónicas se ve significativamente influenciada por factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la falta de actividad física, el consumo excesivo de alcohol y

una dieta poco saludable. La adopción de hábitos de vida saludables se presenta, por lo tanto, como una estrategia fundamental en la prevención de estas afecciones. La respuesta a las enfermedades no transmisibles de origen cardiometabólico requiere un enfoque integral que abarque la detección temprana, el cribado y el tratamiento oportuno, así como los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las enfermedades cardiometabólicas se caracterizan por su capacidad de desencadenar una cascada de complicaciones, que incluyen la pérdida de visión, daño a los nervios (neuropatía), enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, infartos y fracturas óseas. Estas enfermedades, también conocidas como enfermedades crónicas, se desarrollan a lo largo del tiempo como resultado de la interacción compleja entre factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a las enfermedades crónicas no transmisibles con componente cardiometabólico como la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. El término "enfermedades no transmisibles" engloba un conjunto de afecciones que no son causadas principalmente por infecciones agudas, sino que generan consecuencias para la salud a largo plazo, requiriendo en muchos casos tratamiento y cuidados continuos. Este grupo de enfermedades incluye el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas. La prevención de muchas de estas afecciones es posible mediante la reducción de factores de riesgo comunes, como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo y la alimentación inadecuada. Además, otras condiciones importantes, como las lesiones y los trastornos de salud mental, también se consideran enfermedades no transmisibles.

La prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas ha provocado una transformación radical en la práctica médica. Su naturaleza multifactorial, que trasciende las causas genéticas o microbianas, subraya la importancia de los factores psicosociales en su origen. En el manejo de estas afecciones, se concede una importancia primordial a las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés, las emociones negativas y el acceso a recursos socioculturales, aspectos que adquieren mayor relevancia que en otras patologías. El envejecimiento progresivo de la población mundial conlleva un aumento en la incidencia de procesos degenerativos, lo que implica que las enfermedades crónicas cardiometabólicas, de naturaleza prolongada y a menudo debilitante, se convertirán en compañeras habituales en la etapa final de la vida. Por lo tanto, es imperativo anticipar y planificar estrategias para afrontar y convivir con estas condiciones. Las enfermedades crónicas exigen la implementación de enfoques y procesos innovadores para su control, que abarquen no solo al paciente, sino también a su familia y a la comunidad, lo que a su vez requiere una adaptación de los esquemas de salud existentes. En la actualidad, es común observar familias con miembros afectados por enfermedades crónicas, así como parejas en las que uno de los cónyuges padece una de estas afecciones. En consecuencia, la atención sanitaria ha evolucionado desde un modelo individualizado hacia un enfoque integral, centrado en la persona y con una perspectiva social. El objetivo primordial es prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas, lo que fundamenta la creación de tratamientos integrales y creativos, así como la reestructuración de las políticas de planificación en salud. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia y prevalencia se encuentran las enfermedades

cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades respiratorias y pulmonares crónicas, los trastornos osteomioarticulares y las enfermedades renales (Hirschhorn y colaboradores, 2012; Kojima, 2012, Daar y colaboradores, 2007; Hanson y Gluckman, 2011; Abegunde y colaboradores, 2007).

En nuestro país se a generado un incremento exponencial de su prevalencia, una elevada morbilidad y mortalidad esto en referente al sobrepeso, la obesidad y la diabetes, llegando incluso en el 2016 a considerarse como emergencia epidemiológica.

La situación epidemiológica de México, en relación a estas enfermedades, es preocupante, y requiere de acciones contundentes. Es importante destacar que el aumento de estas patologías no solo impacta en la salud individual, sino que también genera una carga significativa en el sistema de salud, con el incremento de los costos asociados a la atención médica y la necesidad de destinar mayores recursos a la prevención y el tratamiento. Los datos presentados por la OCDE, reflejan la urgencia de implementar estrategias efectivas para combatir el sobrepeso y la obesidad, así como para prevenir y controlar las enfermedades crónicas asociadas. Estas estrategias deben incluir la promoción de estilos de vida saludables, el acceso a una alimentación equilibrada, el fomento de la actividad física y la detección temprana de factores de riesgo.

Es importante aclarar que los factores socioeconómicos pueden concatenarse con las enfermedades crónicas entre ellas la obesidad las cuales indican el paso a riesgos mayores entre los diversos grupos sociales.

Tomando en cuenta el acceso y la disponibilidad de alimentos se han encontrado países con ingresos altos, pero con altos grados de obesidad. Lo cual explica la transición nutricional que experimenta un país, de acuerdo con sus ingresos manifestándose en su dieta cotidiana y esto aunado a

1) bajo costo de alimentos procesados

2) mayor disponibilidad de la comida rápida

3) exigencia de la disminución de los tiempos de espera en la preparación de los alimentos

4) bombardeo de la publicidad y la oferta atractiva de alimentos industrializados

5) sedentarismo en aumento y disminución del ejercicio.

Según los datos recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019, en México, un alarmante 75.2% de la población adulta, específicamente aquellos mayores de 20 años, presenta un índice de masa corporal elevado. Esta cifra pone de manifiesto la magnitud del problema de sobrepeso y obesidad en el país, y subraya la necesidad de implementar estrategias urgentes para abordar esta problemática. Esta información refleja una situación crítica en la salud pública mexicana. El alto porcentaje de adultos con un índice de masa corporal elevado, representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. La ENSANUT 2018-2019, proporciona información valiosa para comprender la magnitud del problema y orientar las acciones de prevención y control. Es crucial implementar estrategias integrales que abarquen la promoción de

estilos de vida saludables, la educación nutricional, el fomento de la actividad física y el acceso a servicios de salud de calidad. Además, es necesario abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a alimentos saludables, que contribuyen a la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. La alta prevalencia de un índice de masa corporal elevado en la población adulta mexicana, representa un desafío importante para el sistema de salud y la sociedad en general. Es necesario un esfuerzo conjunto de todos los sectores para revertir esta tendencia y mejorar la salud de la población.

La relevancia de la obesidad como factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, dislipidemias) son identificadas como un factor predecesor, considerando la obesidad del 1 al 3 % total de los gastos de atención sanitaria, dando como resultado el incrementó veloz para las futuras generaciones debido a los padecimientos relacionadas con la obesidad.

El impacto económico de las enfermedades crónicas en México es alarmante. Se estima que la atención sanitaria de estas afecciones genera un gasto anual de 3 mil 500 millones de dólares. Además, el costo total asociado al sobrepeso y la obesidad ha experimentado un incremento sustancial, pasando de 35,429 millones de pesos a 67,345 millones de pesos en un período inferior a una década. Se prevé que esta tendencia al alza continúe en los próximos años, superando las cifras actuales. La prevalencia de diabetes, una enfermedad crónica de gran impacto, también ha mostrado un aumento progresivo en México. Según datos de la ENSANUT 2018-19, el 10.3% de la población ha sido diagnosticada con esta afección. Esta cifra representa un incremento con respecto a encuestas anteriores: 9.2% en la ENSANUT 2012, 7.2% en la ENSANUT 2006, 5.8% en la ENSA 2000 y

4.0% en la ENEC 1993. Estos datos reflejan la creciente carga económica que representan las enfermedades crónicas para el sistema de salud mexicano. El aumento en los costos de atención y la prevalencia de enfermedades como la diabetes, subrayan la necesidad de implementar estrategias efectivas de prevención y control. Es fundamental invertir en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, que fomenten estilos de vida saludables y reduzcan los factores de riesgo. Además, es necesario fortalecer los servicios de atención primaria, para garantizar el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportuno. La implementación de políticas públicas que aborden los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y la desigualdad, también es crucial para reducir la incidencia de enfermedades crónicas.

Para este estudio como parte del doctorado en salud mental, nos parece de muy concreta y especifica la definición que otorga Kelly (2018) a las enfermedades crónicas con componente cardiometabólica: Refiere cuales son las características de las Enfermedades No Transmisibles entre las que se destacan, lenta progresión, larga duración y elevada mortalidad. Es crucial comprender que las enfermedades cardiometabólicas constituyen un subconjunto significativo dentro del amplio espectro de las enfermedades no transmisibles. Este grupo de afecciones abarca una serie de patologías interrelacionadas, entre las que destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad, las dislipidemias, los infartos de miocardio y los eventos isquémicos vasculares. La interconexión entre estas enfermedades es un factor clave en su impacto sobre la salud pública. La presencia de una de estas afecciones, como la obesidad, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar otras, como la diabetes o la hipertensión. Esta relación sinérgica

contribuye a la alta prevalencia y gravedad de las enfermedades cardiometabólicas. Al ser parte de las ENT, las enfermedades cardiometabólicas comparten características comunes, como su naturaleza crónica, su desarrollo a largo plazo y su asociación con factores de riesgo modificables, como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y el tabaquismo. La identificación y el manejo integral de las enfermedades cardiometabólicas requieren un enfoque que trascienda la atención individualizada. Es fundamental abordar los determinantes sociales de la salud, promover estilos de vida saludables y fortalecer los sistemas de salud para prevenir y controlar estas afecciones. Al enfatizar la conexión entre las enfermedades cardiometabólicas y las ENT, se subraya la necesidad de implementar estrategias de prevención y control que abarquen un amplio espectro de factores de riesgo y determinantes sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como aquellas afecciones que comparten una o varias de las siguientes características distintivas: su naturaleza perdurable, la capacidad de generar discapacidad, la presencia de alteraciones anatomopatológicas irreversibles y la necesidad de capacitación especializada del paciente para su rehabilitación o la exigencia de un período prolongado de supervisión, observación o atención médica. Esta definición integral subraya la complejidad y el impacto a largo plazo de las enfermedades crónicas. Su carácter permanente implica que estas afecciones persisten a lo largo del tiempo, requiriendo un manejo continuo y adaptado a las necesidades del paciente. La capacidad de generar discapacidad es otra característica fundamental de las enfermedades crónicas. Estas afecciones pueden limitar la capacidad funcional del individuo, afectando su calidad de vida y su

participación en actividades cotidianas. La presencia de alteraciones anatomopatológicas irreversibles indica que las enfermedades crónicas pueden causar daños estructurales en el organismo, que no pueden ser revertidos por completo. La necesidad de capacitación especializada del paciente para su rehabilitación o la exigencia de un período prolongado de supervisión, observación o atención médica, resalta la importancia del autocuidado y el seguimiento médico continuo en el manejo de estas afecciones. La definición de la OMS, proporciona un marco de referencia para comprender la naturaleza y el alcance de las enfermedades crónicas, y orienta la implementación de estrategias de prevención, control y atención integral.

La transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas, plantea la necesidad de replantear las estrategias de atención sanitaria. Es fundamental fortalecer los sistemas de salud, promover estilos de vida saludables y abordar los determinantes sociales de la salud, para hacer frente a este creciente problema. La prevención y el control de las enfermedades crónicas, requieren un enfoque integral que abarque la promoción de la salud, la detección temprana, el tratamiento oportuno y los cuidados paliativos. Además, es necesario fomentar la investigación y la innovación, para desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento. El aumento de las enfermedades crónicas, representa una carga significativa para los sistemas de salud y la economía global. Es crucial invertir en la prevención y el control de estas afecciones, para mejorar la salud y el bienestar de la población.

La influencia de factores políticos y económicos se manifiesta en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables, la promoción de estilos de vida activos y la implementación de políticas públicas que favorezcan la prevención

de las ECNT. Los factores socioculturales, como las normas sociales, los valores y las creencias, también desempeñan un papel fundamental en la adopción de comportamientos que influyen en el riesgo de desarrollar ECNT. La exposición a publicidad de alimentos poco saludables, el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol son ejemplos de cómo los factores socioculturales pueden contribuir a la aparición de estas enfermedades. Los factores ambientales, como la contaminación del aire y la falta de espacios verdes, también pueden aumentar el riesgo de ECNT. La exposición a contaminantes ambientales se ha asociado con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, mientras que la falta de espacios para la actividad física puede contribuir al sedentarismo. La complejidad de este problema exige un enfoque integral y multisectorial, que abarque la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento oportuno y la rehabilitación. Es fundamental abordar los determinantes sociales de la salud y crear entornos que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables.

Duran en el (2011) Refirió como pronostico que estos números se explican por los múltiples factores que no necesariamente excluyentes entre sí: aunado a las deficiencias del sistema sanitario, en cuanto a resolución y capacidad no llevando acciones de promoción y prevención novedosas y efectivas, con respecto a los tratamientos otorgados no son basados en la medicina basada en la evidencia.

Factores de Riesgo Ampliados:

- **Trastornos Alimentarios:**
    - Incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, que alteran la ingesta de nutrientes y el metabolismo.

- Las dietas desequilibradas, ricas en grasas saturadas, azúcares y alimentos procesados, contribuyen al sobrepeso, la obesidad y la resistencia a la insulina.

- **Obesidad Centrípeta:**
  - La acumulación de grasa abdominal, medida por la circunferencia de la cintura, es un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.
  - La grasa visceral libera hormonas y sustancias inflamatorias que afectan negativamente el metabolismo.
- **Consumo de Sustancias:**
  - El tabaquismo daña los vasos sanguíneos y aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes.
  - El consumo excesivo de alcohol daña el hígado, aumenta los triglicéridos y contribuye a la obesidad.
  - El consumo de otras sustancias nocivas, tambien tienen un efecto negativo en la salud metabolica.
- **Cambios en el Estilo de Vida Moderno:**
  - El sedentarismo, la falta de actividad física y el exceso de tiempo frente a pantallas contribuyen a la obesidad, la resistencia a la insulina y la pérdida de masa muscular.
  - El estrés crónico, la falta de sueño y los horarios irregulares afectan negativamente el metabolismo y la regulación hormonal.
- **Factores de Riesgo Genético:**

- **Complejidad genómica:** Las variaciones genéticas individuales pueden aumentar la susceptibilidad a enfermedades metabólicas.
- **Diversidad proteínica y metabólica:** Las diferencias en la forma en que el cuerpo procesa los nutrientes pueden influir en el riesgo.
- **Regulación celular y molecular:** Las alteraciones en la comunicación celular y la regulación de genes pueden afectar el metabolismo.

Todos estos factores pueden generar ciclos de vida poco favorables, donde la predisposición genética interactúa con factores ambientales y de estilo de vida, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas.

Otro factor importante a considerar es las enfermedades crónicas con los cambios demográficos, la población actual a crecido pero también se ha incrementado la esperanza de vida como consecuencia un número mayor de personas adultas mayores, lo suficiente para desarrollar enfermedades crónicas, las transiciones demográficas están demostrando que el sistema sanitario y social volteé a verlas y esto permitirá cambios en la organización social, en los valores, en los comportamientos individuales y familiares así también se reorganicen cambios a nivel socioeconómico y se muevan los sistemas de educación y salud.

Existen diversos factores subyacentes que han incidido en esta problemática, entre ellos la pobreza, la desigualdad en la distribución de la riqueza entre los distintos grupos sociales, la seguridad alimentaria y las diferencias culturales, los cuales se han vinculado estrechamente con el elevado índice de enfermedades crónicas.

En el orden económico global cuando los países mejoran su economía, están mas abiertos a la internacionalización, a los acuerdos bilaterales los cuales permiten que emerjan una vida de consumo, comportamientos poco saludables, consumo de sustancias, trasgresiones alimentarias que contribuyen significativamente en el aumento de las tasas de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas de componente cardiometabólica son un reflejo de la pobreza y el poco desarrollo económico de un país que conlleva a un aumento de la carga de enfermedad y mortalidad, afectando a un gran numero de familias y comunidades.

Las enfermedades crónicas constituyen un desafío significativo para los sistemas de salud, especialmente en aquellos países que se encuentran en proceso de desarrollo. Imaginémonos enfrentar una epidemia de las enfermedades crónicas en la que debe ser una prioridad la intervención de las diferentes esferas jerárquicas y generar políticas de salud encaminadas a la disminución de estos padecimientos, es importante recordad que las enfermedades obstaculizan el crecimiento socioeconómico y la calidad de vida de vida que habitan en este por lo tanto las intervenciones para estas enfermedades deben ser a corto plazo e integrar un modelo de gestión en salud pública de manera urgente.

Para muchos, la posibilidad de sufrir un accidente cerebrovascular o un infarto mortal genera un profundo temor. Sin embargo, son pocos quienes reaccionan emocionalmente ante el riesgo que representan las enfermedades crónicas, un concepto amplio y flexible que suele ser más relevante para las organizaciones de salud. No obstante, estas afecciones han adquirido una dimensión preocupante a nivel social, lo que hace imprescindible una respuesta colectiva.

Las enfermedades crónicas de origen cardiometabólico tienen causas biológicas multifactoriales, al igual que los desafíos que enfrentan quienes conviven con ellas. Dado que afectan diversas dimensiones del ser humano, resulta fundamental que las personas desarrollen la capacidad de reconocer sus efectos, responder a ellos y gestionar de manera más efectiva el proceso de la enfermedad.

Un dato que presentan los pacientes con síntomas agudos son las preocupaciones, ansiedad o tristeza y esto relega a un segundo plano la prioridad de gestionar de manera óptima la enfermedad crónica. Edward Wagner ha denominado este fenómeno como “la tiranía de lo urgente”.

La atención de personas con enfermedades crónicas representa un desafío significativo para el sistema de salud, dado que implica responder a una amplia y compleja variedad de necesidades. Desde la perspectiva sanitaria, afecciones como la diabetes, la hipertensión arterial, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, se clasifican como enfermedades crónicas debido a su carácter persistente. Las personas que las padecen requieren un nivel continuo de atención médica con el propósito de prevenir su progresión, controlar los síntomas y fortalecer su capacidad de autogestión.

El Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas (MAC), también conocido como The Chronic Care Model o Modelo de Cuidados Crónicos, fue desarrollado en 1998 por Edward Wagner y su equipo en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, EE. UU. Este enfoque destaca la importancia de transformar el sistema de salud para optimizar los resultados en pacientes con enfermedades crónicas.

Es importante validar que todos los seres con patología crónica tienen una historia de vida diferente y necesidades diversas de ahí la correcta identificación de los pacientes que puede ir de los más sencillos a complejos resulta fundamental para para una tención hecha a la medida.

El modelo de atención a pacientes crónicos, este modelo establece seis componentes esenciales que interactúan entre sí y son fundamentales para garantizar una atención de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas:

1. **Organización del sistema de salud:** Implementación de estructuras y estrategias que prioricen el cuidado de enfermedades crónicas dentro del sistema sanitario.
2. **Rediseño de la prestación de servicios:** Adaptación de los servicios de salud para garantizar una atención accesible, eficiente y centrada en el paciente.
3. **Apoyo al automanejo:** Fomento de la educación y estrategias para que los pacientes adquieran habilidades que les permitan gestionar su enfermedad de manera autónoma.
4. **Apoyo a la toma de decisiones clínicas:** Implementación de guías basadas en evidencia y herramientas de apoyo para mejorar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud.
5. **Fortalecimiento de los sistemas de información clínica:** Desarrollo de registros electrónicos y herramientas tecnológicas que faciliten la gestión y el seguimiento de los pacientes crónicos.

6. **Vinculación con la comunidad:** Integración de los recursos comunitarios en la atención de la salud para brindar un enfoque más holístico y sostenible en el cuidado de estas enfermedades.

Una comprensión más profunda del curso de vida de las enfermedades crónicas y de la interacción entre múltiples afecciones facilitaría, al menos en teoría, el desarrollo de modelos de gestión más eficaces. Es importante recordar que un modelo de gestión no se trata de un conjunto rígido de directrices, sino de un enfoque estratégico y multidimensional destinado a orientar iniciativas diseñadas para abordar problemáticas complejas.

El concepto de modelos de gestión para pacientes con enfermedades crónicas aún se encuentra en sus primeras etapas de desarrollo. Algunos ejemplos notables incluyen el Modelo de Cuidado Crónico de Wagner, que fue el primer sistema ampliamente reconocido y sirvió como base para enfoques posteriores, aunque ha estado en uso apenas por 20 años. Otros modelos más recientes incluyen el Modelo de Cuidado Crónico Extendido, adoptado por el gobierno de Columbia Británica en Canadá, y el Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas de la OMS. Estas variantes del modelo original subrayan la importancia del compromiso comunitario, las actividades preventivas, la promoción de la salud, y la necesidad de optimizar los recursos y las políticas sanitarias.

La discusión sobre modelos de atención y gestión para pacientes con múltiples afecciones, conocidos como casos complejos debido a su alto consumo de recursos, sigue siendo un desafío para los sistemas de salud y para la alta dirección en la toma de decisiones.

La falta de protocolos clínicos que puedan ser llevados a la práctica, junto con la incapacidad de los estándares para enfermedades aisladas de funcionar en cuadros clínicos con varias condiciones a la vez, genera problemas.

La presencia de múltiples patologías en un mismo paciente hace aconsejable la utilización de la pirámide de Kaiser para la estratificación, lo que permite una mejor delimitación de los objetivos de las intervenciones en tres niveles, y constituye un modelo de atención holística y enfocada en la persona.

El incremento del saber sobre la evolución de las enfermedades crónicas a lo largo del tiempo, así como de sus interrelaciones en individuos con múltiples padecimientos, debería, en teoría, fomentar la elaboración de sistemas de gestión que resulten eficientes.

Lejos de ser un protocolo rígido, un modelo de gestión sanitaria constituye una estructura multifacética que facilita el desarrollo de iniciativas destinadas a resolver desafíos complejos. La aplicación de modelos diseñados para perfeccionar la administración de enfermedades crónicas concurrentes ayudará a disminuir el incremento sustancial de los gastos relacionados, y propiciará un cambio de prioridades, alejándose de la atención exclusiva de casos agudos.

Para alcanzar un sistema de gestión sanitaria de excelencia, es fundamental otorgar a los pacientes, a sus acompañantes y a la población un rol protagónico como impulsores de la transformación. Esto se complementa con la diversificación de las competencias de los profesionales de la salud, la mejora de los procesos asistenciales, la adopción de nuevas tecnologías y la ampliación del espectro de servicios fuera de los confines del sistema sanitario convencional.

Ya sea en naciones con economías robustas o en aquellas con recursos limitados, los sistemas de salud pueden experimentar una transformación significativa a través de los modelos de gestión, evolucionando de una estructura reactiva y dividida a una dinámica y unificada.

La promesa de los modelos de gestión para enfermedades crónicas es la de permitir el acceso a tratamientos que funcionen, removiendo las barreras de tipo cultural, institucional, profesional y sociopolíticas que lo impiden.

El Modelo de Cuidado Crónico (CCM) es un enfoque de atención ampliamente reconocido, desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores en el MacColl Institute for Healthcare Innovation en Seattle, Estados Unidos. Este modelo se ha convertido en una referencia importante para la gestión de enfermedades crónicas.

Es importante resaltar que su desarrollo no fue un evento aislado, sino el resultado de un proceso evolutivo y de aprendizaje continuo.

El CCM fue concebido y desarrollado por Ed Wagner y sus colegas en el MacColl Institute for Healthcare Innovation, ubicado en Seattle, Estados Unidos.
Su creación se nutrió de una extensa labor de investigación y de la evaluación de diversas iniciativas destinadas a mejorar la gestión de enfermedades crónicas en diferentes organizaciones de salud estadounidenses. Este modelo no surgió de la teoría pura, sino de la observación práctica y de la identificación de los elementos que realmente marcaban la diferencia en la atención a pacientes crónicos. Es importante tener en cuenta que el modelo ha sufrido modificaciones a través del tiempo, adaptándose a los nuevos descubrimientos médicos, el modelo de cuidado crónico se alinea al pensamiento sistémico bajo tres áreas.

a) Componente comunitario, políticas, recursos públicos y privados
b) Sistema de Salud, organizaciones proveedoras y seguros
c) Practica Sanitaria

El propósito último del CCM es crear un sistema de atención que ponga al paciente en primer lugar, que cuente con un equipo de profesionales altamente capacitados y que logre resultados de salud óptimos. Este modelo representa un cambio de paradigma en la atención de las enfermedades crónicas, pasando de un enfoque centrado en la enfermedad a un enfoque centrado en el paciente. El CCM promueve la transicion de un sistema reactivo, a uno proactivo.

Pero el propósito de nuestra investigación es reconocer la enfermedad crónica degenerativa de componente cardiometabólica, no solo bajo el aspecto biológico, si no analizar los diferentes contextos de relación que contribuyan a llevar un proceso más nutricio de salud enfermedad.

TEMA 2 PAREJA Y SUS MECANISMOS RELACIONALES CON LA ENFERMEDAD.

La relación de pareja, un tema omnipresente en la historia humana, ha sido objeto de reflexión y análisis en todas las sociedades y culturas. Su capacidad para evocar un amplio espectro de emociones, desde la euforia hasta la desesperación, la convierte en una experiencia humana profundamente significativa. Estas relaciones, reconocidas como una fuente primordial de satisfacción de necesidades, también generan tensiones y desafíos que moldean nuestras vidas. La intensidad emocional que caracteriza a las relaciones de pareja se debe a la profunda conexión y vulnerabilidad que implican. Al mismo tiempo que satisfacen necesidades fundamentales como el amor, el afecto y el apoyo, también pueden ser fuente de

conflictos y dificultades. La convivencia diaria, la comunicación y la resolución de problemas son aspectos cruciales que influyen en la calidad de la relación. La forma en que se conciben y se viven las relaciones de pareja varía según el contexto sociocultural, con normas y valores que definen las expectativas y los roles dentro de la pareja. A lo largo de la historia, estas relaciones han evolucionado, adaptándose a los cambios sociales y culturales. La comunicación abierta y honesta, el respeto mutuo y el apoyo emocional son pilares fundamentales para construir relaciones de pareja saludables y satisfactorias. En última instancia, las relaciones de pareja son una parte esencial de la experiencia humana, capaces de generar tanto alegría como desafío, y su complejidad las convierte en un tema de interés constante y una fuente inagotable de reflexión.

La obra de Rage (1996), "La Pareja", nos invita a reflexionar sobre la naturaleza intrínsecamente cambiante de las relaciones íntimas, las cuales se transforman constantemente bajo la influencia de factores culturales y temporales. Esta variabilidad se manifiesta no solo entre diferentes sociedades, sino también dentro de una misma cultura a lo largo del tiempo. En el contexto de la sociedad contemporánea, se observa una evolución significativa en la forma y el contenido de las relaciones hombre-mujer, lo cual ha generado desafíos y crisis en aspectos fundamentales como la elección de pareja, el estilo de vida y los valores compartidos. La incertidumbre sobre el futuro de la relación, las expectativas divergentes y los conflictos de valores pueden generar tensiones significativas. Ante esta dinámica, Rage enfatiza la importancia de cultivar la responsabilidad y la flexibilidad como pilares para construir relaciones saludables y duraderas. La capacidad de dialogar, adaptarse y negociar se convierte en una herramienta

esencial para afrontar los retos que plantea la evolución constante de las relaciones de pareja. En última instancia, la perspectiva de Rage nos recuerda que las relaciones íntimas son un reflejo de la sociedad en la que se desarrollan y que su éxito depende de la capacidad de adaptación y diálogo de sus miembros.

Aun en la vida moderna en determinados países y regiones el modelo hegemónico de la pareja pareciera que tiende a desaparecer, pero subyace a un en los cambios vertiginosos del modelo social. El amor romántico ha sido visto y revisado desde el inicio de la humanidad. La sociedad liquida empuja los cambios psicosociales de la pareja un ejemplo es que un alto porcentaje de jóvenes adultos no se casarían con una pareja, aunque tuviera las cualidades que busca sino están enamorados, lo que reafirma que el amor subyace a pesar de los cambios vertiginosos de nuestra cultura occidental. Las parejas ven con buenos ojos el estar enamorado de la persona con quien contraen matrimonio.

La armonía entre el progreso económico y el desarrollo social dentro de una pareja propicia un escenario en el que los individuos pueden trascender las consideraciones materiales, otorgando mayor relevancia a aspectos afectivos y emocionales. En este contexto, el amor adquiere una nueva dimensión, transformándose en el eje central de la elección de pareja y la formación de una familia. La estabilidad económica y social permite a los miembros de la pareja explorar nuevas formas de relacionarse, estableciendo esquemas y requisitos que priorizan la compatibilidad emocional, los valores compartidos y el crecimiento mutuo. Esta dinámica favorece la construcción de relaciones más sólidas y satisfactorias, donde el amor se convierte en el cimiento de un proyecto de vida en común.

El nivel general en países menos desarrollados con aspectos sociales desiguales predomina el amor pragmático mientras que en países mas desarrollados e individualistas aumenta la importancia del amor como requisito para formar parejas. Actualmente vivir en pareja ya no es cuestión que se impone por la familia, iglesia o estado sino una decisión personal, pero es importante reconocer que muchas parejas o personas se dejan llevar por el periodo de enamoramiento que los limita en su actuar y comportamiento, por otra parte, el formar pareja bajo modelos tradicionales o modernos es decisión de la pareja y es preciso estar abierto ante tanta diversidad que nos rodea.

El sentirse amado nutre nuestras vidas. Incluso el matrimonio podría considerarse como un factor de protección ante ciertas enfermedades un alto porcentaje de personas que cuentan con pareja esta mas contenta e incluso sana debido a que el amor nos ayuda a sentirnos valorados, entendidos y seguros.

Pero cada relación de pareja tiene sus rasgos distintivos, llevando esto a encontrarnos con parejas únicas. El amar en pareja requiere de creatividad y crecimiento personal lo que ayuda a construir una cultura de relaciones saludables. Es importante recalcar que las parejas desde un inicio de su vida en común afrontan dificultades, pero poco a poco empezaran a descubrir hábitos mas nutricios de convivencia, comunicación y contacto que pueden propiciar una vida en pareja mas sana y productiva

Todos tenemos la capacidad de amar incluso aun en la enfermedad, el amor se desarrolla y construye, todos tenemos la necesidad de amar y ser amados sentimientos que se expresan desde una edad temprana hasta la vejez. Construir sentimientos románticos es importante para mantener la intimidad, cada integrante

de la pareja aporta autoestima, habilidades, emociones que son clave para la duración de una relación.

En las relaciones de pareja cada vez se hace mas consciente las bases afectivas de una relación y disfrutar de una vida plena relacional, El estar en armonía con la pareja ha adquirido mayor relevancia en la vida de estas y de sus familias. El vivir en pareja también significa estar en busca de acuerdos y opiniones mutuas. Como lo afirma Doherty (2001) “el contrato matrimonial se enmarca cada vez más dentro del espacio de lo intencional en vez de ser algo que reposa en las manos del capricho romántico, de la suerte o del destino” (p. 3).

Cuando las parejas comprenden los motivos de vida se proporciona placer mutuo y se apoyan en las ideas y construyen una visión de su mundo relacional encaminadas hacia la felicidad, cuando las parejas logran constituirse de forma consciente y motivada establecen acuerdos y se perciben como un conjunto interdependiente, complementario, capaces de enfrentar juntos las dificultades de la vida diaria. cuando las parejas escuchan su potencial de armonizar va creciendo, dominando el arte de escucharse, viviendo la experiencia juntos y en consecuencia un desarrollo personal y de las condiciones de vida.

La cultura contemporánea impone a las parejas demandas y retos como lo es la economía, la salud, el cuidado mutuo, estas exigencias deben ser compartidas, concertadas y producto de un esfuerzo común. El futuro de una relación de pareja depende de como los participantes estructuren su ambiente, seguridad, su afectividad y unan sus esfuerzos de manera natural.

La relación de pareja es una de las más significativas, ya que en ella se encuentran expectativas, deseos y apoyos afectivos y sociales (Maureira, 2011).

Este tipo de vínculo estará influenciado por diversas características de los individuos que lo componen, tales como su estilo afectivo, su historial de aprendizaje, el tipo de apego, experiencias previas y el entorno en el que surge y se desarrolla dicha relación (Martínez-Álvarez et al., 2014)."

Una enfermedad crónica-degenerativa representa una amenaza inevitable para las funciones del individuo, la pareja y la familia. Ante esta situación, deben reorganizarse, replantear sus expectativas y ajustar sus metas y objetivos, tomando decisiones cruciales y, en ocasiones, difíciles. En este proceso, surge como estrategia de afrontamiento la esperanza de encontrar una opción frente a la enfermedad y el temor a lo que pueda suceder, lo que genera expectativas que pueden ser superiores a la realidad, hasta que se ajustan o no a las condiciones reales, tanto institucionales como económicas y sociales.

Responder a una enfermedad grave es una situación complicada que se da en forma binaria (persona que la padece y cónyuge) tal situación genera desequilibrio, restructuración de planes a futuro y generando incertidumbre, inseguridad y temor tanto en la persona que la sufre como en su entorno, especialmente en su pareja. En la mayoría de los casos, se requiere de un ajuste que en ocasiones pone a prueba las relaciones de pareja. Cuando la problemática queda definida y se logra compartir con claridad se convierte en una situación que es mas fácil de llevar.

El cónyuge que sufre el padecimiento en ocasiones pasa a adoptar una interacción de sobre protección y esto produce en la relación una sensación de desgaste, pendiente excesivo e incluso pedir un trato infantil, pero el propósito aun en la enfermedad es el bienestar de ambos y esta es la meta común. El sacrificio

personal no siempre rinde frutos para ambos pues el cuidado y el amor en el proceso de enfermedad es un acto de convicción y amor para sostener la relación plena a pensar de los problemas y del panorama poco prometedor, la enfermedad no debe ser un menoscabo de la relación y aun en situación de crisis se pueden lograr establecer metas que lleven al bienestar mutuo. Este cambio en la dinámica relacional se manifiesta en una transformación de la interacción cotidiana, donde la espontaneidad cede paso a una comunicación meticulosa, marcada por la cautela y la preocupación por no herir al otro. El temor a generar conflictos puede llevar a evitar discusiones, suprimiendo la expresión de opiniones divergentes y necesidades individuales. La atención constante al bienestar emocional de la pareja puede derivar en una hipervigilancia, donde se prioriza el estado del otro sobre el propio. En casos extremos, esta dinámica puede desembocar en un patrón de cuidado excesivo, similar al que se dispensa a un niño, donde se asume una responsabilidad desmedida por el bienestar y las decisiones del otro.

Por lo que es necesario estudiar el impacto emocional que se genera ante esta situación de crisis, Finkel y Arroyo (2021) definen el concepto de impacto emocional de la enfermedad crónica como: “El conjunto de emociones o pensamientos negativos que se pueden tener cuando se convive con una enfermedad crónica y que pueden afectar a su salud mental”.

Lendon (2008) refiere que el momento del diagnóstico se erige como un hito de profundo impacto en la vivencia de la enfermedad, según se desprende de los relatos de quienes la padecen. Este evento no se limita a la mera notificación de una condición médica, sino que desencadena una transformación sustancial en la percepción y organización de la vida cotidiana. Se inicia así una nueva etapa,

caracterizada por la necesidad de reconfigurar las dinámicas en diversos ámbitos existenciales. Este proceso de reestructuración se fundamenta en la construcción de nuevos significados, donde conceptos como "cronicidad" y "cuidados de la salud" adquieren una relevancia central. La asimilación de estos nuevos significados permite a los individuos adaptarse a su nueva realidad, redefiniendo sus prioridades y estableciendo un nuevo orden en sus vidas.

Durante las primeras etapas que siguen a la recepción de un diagnóstico, es común experimentar una sensación de desconcierto y dificultades para procesar la información proporcionada por los servicios de asistencia. La implementación práctica de la "disciplina" y el "rigor" necesarios para el control efectivo de la enfermedad puede resultar particularmente desafiante. Esta situación suele desencadenar una carga emocional significativa, manifestándose en fluctuaciones entre ansiedad, depresión e irritabilidad. Además, pueden surgir sentimientos de culpa y autorreproche ante el incumplimiento de las indicaciones médicas, lo que a su vez repercute negativamente en las relaciones interpersonales.

La idea de trabajar con la pareja como unidad de tratamiento es relativamente nueva: es posible que solo tenga 40 años, escribía Virginia Satir en un volumen misceláneo (Andolfi 1999); y explicaba que la relación formada por dos individuos dentro de la pareja es cosa diferente que la simple suma de dos individualidades que conservarían sus rasgos personales dentro de la estructura de la que forman parte.

La respuesta de una pareja ante situaciones de estrés se encuentra intrínsecamente ligada a la interpretación que ambos miembros realicen de los eventos que los rodean, así como a la evaluación que hagan de sus propios

recursos y su capacidad para afrontar los desafíos del entorno. En otras palabras, la forma en que la pareja percibe y evalúa una situación determinada, influenciada por sus experiencias individuales, valores y creencias, determina en gran medida su reacción ante el estrés. La evaluación de los recursos disponibles, tanto individuales como conjuntos, desempeña un papel crucial en este proceso, permitiendo a la pareja determinar si cuentan con las herramientas necesarias para hacer frente a la situación. La percepción de la capacidad de afrontamiento, es decir, la confianza en su habilidad para superar los obstáculos, influye directamente en la respuesta al estrés. Una pareja que se siente capaz de afrontar la situación es más propensa a responder de manera adaptativa, mientras que una que se siente abrumada puede experimentar mayores niveles de estrés y dificultades. En este contexto, la comunicación abierta, el apoyo mutuo y la capacidad de afrontamiento se erigen como factores clave para una respuesta adaptativa y la preservación de la armonía en la relación.

Según Lazarus (2000), la percepción juega un papel crucial en cómo los individuos enfrentan situaciones: algunos ven desafíos, otros amenazas. Esta percepción moldea la respuesta al estrés, determinando si la situación fortalece o debilita la relación de pareja. Una percepción de reto convierte el estrés en oportunidad, mientras que una percepción de amenaza lo traduce en debilidad y daño.

La percepción individual ante un agente estresor determina su impacto: si se ve como un desafío, se convierte en una oportunidad para el crecimiento personal; si se percibe como amenaza, genera consecuencias negativas y daños

Durante la integración de la información a nivel corporal de la enfermedad, la conciencia califica a la experiencia y la hace simbólica, conformándose así las huellas afectivas asociadas a las reacciones, la manera como le doy significado, sentido y dirección a la enfermedad permitirá el florecimiento de huellas simbólicas negativas o positivas para su propio destino. La exposición al estrés puede manifestarse a través de una amplia gama de síntomas, que abarcan tanto el ámbito emocional como el físico. Entre las manifestaciones más comunes se encuentran la hostilidad, la irritabilidad, el temor y la tensión muscular, que reflejan la respuesta del sistema nervioso ante la percepción de amenaza. Asimismo, el estrés puede desencadenar problemas gastrointestinales, insomnio, vértigo, taquicardia y sudoración excesiva, evidenciando la interconexión entre la mente y el cuerpo. Estas manifestaciones, según Jiménez y Cubillos (2010), subrayan la naturaleza multifacética del estrés y su capacidad para impactar diversos sistemas del organismo, considerándose gatillos para El estrés crónico puede desencadenar o exacerbar una amplia gama de enfermedades, tanto físicas como mentales. Según Bairero (2017), la ansiedad, la depresión, la artritis reumatoide, la migraña, la calvicie, el asma, la trombosis, la colitis y la diabetes son solo algunas de las afecciones que pueden estar relacionadas con el estrés. Esta conexión subraya la importancia de abordar el estrés de manera integral, considerando tanto sus manifestaciones emocionales como sus implicaciones para la salud física.

La influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de enfermedades es un hecho respaldado por numerosos estudios. Estos estudios también establecen una conexión clara entre la adaptación social de un individuo, su respuesta a los tratamientos médicos y la evolución de su enfermedad. En otras palabras, la forma

en que una persona se relaciona con su entorno social y cómo maneja sus emociones puede tener un impacto significativo en su salud y en la efectividad de los tratamientos que recibe.

Entre mas adaptado socialmente este un individuo tendrá una mejor respuesta y adherencia a tratamientos sanitarios aquí se pone en relieve como los factores psicosociales nutricios previenen la aparición de trastornos mentales y decrecen las situaciones estresores dando a la persona los elementos que le ayuden a enfrentar la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos (Alvarado et al., 2011; Barroihet, For-jaz y Garrido, 2005).

TEMA 3 CALIDAD DE VIDA, UN ENFOQUE SISTÉMICO SALUD / ENFERMEDAD

En la sociedad actual, existe una creciente conciencia sobre la importancia de cultivar una relación de pareja de alta calidad, ya que el bienestar conyugal se ha convertido en un factor determinante en todas las esferas de la vida. Para comprender este concepto, es esencial recurrir a la definición de "calidad" proporcionada por el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, que la define como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor". En este sentido, la calidad se manifiesta en las características de bienes o servicios que permiten clasificarlos como aceptables o inaceptables, buenos o malos, deseables o indeseables.

En el contexto de la salud, las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas con componentes cardiometabólicos a menudo experimentan una disminución significativa en su calidad de vida. Esto se traduce en una percepción negativa de su salud y, sobre todo, en la forma en que enfrentan el día a día con su

enfermedad. La presencia de una enfermedad crónica puede generar limitaciones físicas, emocionales y sociales, afectando la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, mantener relaciones interpersonales satisfactorias y disfrutar de una vida plena. Por lo tanto, el cuidado de la calidad de vida se convierte en un aspecto fundamental en el manejo de estas enfermedades, requiriendo un enfoque integral que considere tanto los aspectos médicos como los psicosociales.

La calidad de vida se entrelaza con una red de factores que modulan el bienestar individual. La salud física, cimiento del vigor cotidiano, se une al estado psicológico, donde la serenidad mental y emocional florece o se marchita. El nivel de independencia, que otorga autonomía y autoeficacia, se suma a las relaciones sociales, fuente de apoyo y conexión humana. Finalmente, la relación con el entorno, que abarca desde la seguridad hasta el acceso a recursos, completa este mosaico complejo. El equilibrio entre estos elementos, cual sinfonía de bienestar, define la experiencia subjetiva de la calidad de vida.

Jasso y Pozos (2017) definen la calidad de vida a través de cuatro dimensiones interrelacionadas: el estado físico, que abarca el manejo del dolor y la dependencia de tratamientos; el estado psicológico, que considera el equilibrio emocional, la espiritualidad y la autoestima; las relaciones sociales, que incluyen la interacción personal, la actividad sexual y el apoyo social; y el medio ambiente, que evalúa la seguridad, el entorno físico y los recursos económicos.

La calidad de vida se entiende como una experiencia personal de bienestar y satisfacción, influenciada por factores como vivencias y propósitos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la percepción individual de la posición en la vida, dentro del contexto cultural y de valores, en relación a metas, expectativas

y preocupaciones como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

La noción de bienestar vital es sumamente extensa y compleja, debido a la influencia de la salud corporal del individuo, su estado anímico, su grado de autonomía, sus vínculos sociales, así como su conexión con los elementos fundamentales de su entorno.

Las condiciones de vida en la vejez se miden a través del reconocimiento de relaciones sociales significativas y representa la continuidad de un proceso de vida o puede experimentarse como una etapa de deterioro donde hay disminución de la función y aislamiento social en la medida en que se reconocen como el resultado de la interacción entre diversos aspectos de la vida humana

Es importante recordar que el estudio de la calidad de vida ha sido un tema de interés científico por más de seis décadas. Ya en 1959, Huxley destacaba que el propósito fundamental de la humanidad debía ser la búsqueda de una mejor calidad de vida para todas las personas.

La calidad de vida se puede definir como la intersección de los ámbitos biológico, social y psicológico, en relación con la funcionalidad y la utilidad percibida. Este concepto abarca la percepción subjetiva de elementos clave para el individuo, como el bienestar físico y emocional, la satisfacción personal, el desarrollo espiritual y otros factores que pueden no coincidir con mediciones objetivas (Panzini et al., 2017).

Se ha demostrado que la relación de pareja puede tener un impacto positivo tanto a nivel físico como psicológico, especialmente cuando existe cercanía emocional. El bienestar generado por el vínculo, junto con el contacto afectivo, fortalece la expresión de comprensión y satisfacción con el apoyo recibido. Esto fomenta una mayor motivación para adoptar hábitos saludables, lo que, en consecuencia, mejora la calidad de vida.

Recordemos que el bienestar integral lo podemos definir como una sensación de plenitud resultante del desarrollo de las capacidades individuales.

Teniendo aspectos subjetivos y objetivo. Por ejemplo, en el plano subjetivo, implica experimentar bienestar físico, psicológico y social; mientras que, en términos objetivos, se refiere al bienestar material y a las relaciones armoniosas.

El evaluar los aspectos psicológicos en la calidad de vida es un factor preponderante que nos permite dilucidar este concepto ya que la salud incluye las diferentes esferas del ser humano, la condición de vida debe incluir un estado de bienestar físico psicológico y social.

La satisfacción vital, esta íntimamente concatenado con la salud e incluye el buen funcionamiento del cuerpo humano grado de síntomas físicos, grado de síntomas mentales y áreas sociales. Los efectos psicológicos de las enfermedades crónicas generalmente suelen aparecer a lo largo del proceso de enfermedad y tratamiento de esta manera podemos considerar que los tratamientos farmacológicos pueden afectar la calidad de vida y no verlos simplemente como tratamientos inofensivos en las enfermedades crónicas, el estudiar la calidad de vida no solo debe centrarse en las enfermedades crónicas sino cualquier enfermedad va a producir un decremento de nuestro potencial de vida.

Se ha observado que el estudio del bienestar se está enfocando en las enfermedades crónicas.

En esta misma directriz, hay un creciente interés por investigar la calidad de vida en enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, incluso aquellas que requieren atención en unidades de cuidados paliativos.

En lo que respecta a la calidad de vida y la salud, se debe entender como un concepto multidimensional que, según Teva y Paz (2014), debe abarcar los siguientes aspectos:

1) Área física (actividades físicas y de roles)

2) Áreas relacionadas con la enfermedad y su tratamiento

3) Aspectos psicológicos, que conforman el estado emocional

4) Factores sociales

Ardila (2003) genera una definición de calidad de vida mas integrada y la define de la siguiente manera: la calidad de vida se puede concebir como un estado de bienestar general que emerge de la plena expresión de las capacidades individuales. En otras palabras, es la experiencia subjetiva de satisfacción que se deriva del desarrollo y la realización de los talentos y habilidades personales.

La salud se posiciona como un pilar fundamental de la calidad de vida, ejerciendo una influencia tanto directa como indirecta sobre el bienestar individual. Directamente, el estado de salud determina la capacidad para realizar las actividades cotidianas, siendo un requisito indispensable para el desenvolvimiento humano. Indirectamente, la salud impacta en otros dominios de la calidad de vida, como las interacciones sociales, el disfrute del tiempo libre y la autonomía personal (Moreno y Ximénez, 1996).

Uno de los aspectos a considerar es que es innegable que la cronicidad impone restricciones constantes en las dimensiones física, mental y simbólica de la existencia individual. Sin embargo, la naturaleza humana, intrínsecamente social y resiliente, permite la expresión y proyección personal incluso en circunstancias adversas. Esta capacidad trasciende las dificultades, facilitando la permanencia en el tejido social. La persona con enfermedad crónica posee la habilidad de reconstruir su identidad social y personal, adaptándose a su nueva realidad.

Las limitaciones que pueda dejar la enfermedad pueden ser reestructuradas o limitadas con cuidados sistematizados, aunque la incapacidad en ocasiones produce también inestabilidad económica la familia y las redes de apoyo pueden entrar como un sustento.

La pareja y la familia es la principal fuente de apoyo en ocasiones las enfermedades crónicas merman la vivencia sexual como una consecuencia directa del proceso de enfermedad es la pareja.

Hay importante explorar todo el mapa corporal y las diferentes áreas de exploración que puedan potenciar la salud sexual y la calidad de vida.

En la actualidad, las enfermedades crónicas trascienden los límites de las instituciones sanitarias, infiltrándose en la vida cotidiana de los individuos y sus redes de apoyo. Una vez establecidas, estas afecciones pueden generar cambios profundos tanto a nivel físico como psicológico, transformando áreas significativas de la existencia. Esto exige que las ciencias de la salud superen la visión centrada exclusivamente en los síntomas físicos, dirigiendo su atención hacia el impacto de la enfermedad en los diversos aspectos de la vida del paciente. Se promueve así un enfoque de comprensión y tratamiento cada vez más integral y holístico.

Toda enfermedad genera significados en el devenir de la vida y estos significados acreditan o desacreditan nuestro bienestar integral, aunado a las creencias y experiencias de otras personas el enfermo se hace una representación de su vida futura.

El buscar significados involucra generar teorías acerca de las causas, evolución, y pronostico de la enfermedad que si se sostienen con una connotación negativa o positiva dan perspectivas acerca del modo de relacional del paciente crónico.

Los juicios son depositados en los pacientes que viven con enfermedad de larga duración y permiten crear estereotipos y una visión desacreditada sobre ellos y el paciente se cuelga etiquetas como "diabético/a", "cardiópata", "canceroso/a", "nefrótico/a", "enfermo/a".

Las categorizaciones que acompañan a los pacientes crónicos, originadas tanto desde el exterior como asumidas internamente, se consolidan en la psique del individuo, quien las adopta y representa. Estas categorizaciones, a su vez, originan procesos de estigmatización que conllevan a una marcada tendencia hacia el autoaislamiento y la autoexclusión.

Todo esto puede evolucionar o ampliarse y el sujeto se siente altamente señalado y ve diferencias relacionadas, que van desde su imagen corporal y sus tareas sociales.

Una de las características de las enfermedades crónicas, es su impacto en las personas y justamente la cronicidad les hace pensar que inician un camino largo.

La cronicidad impone al ser humano prepararse en espacios físicos, psíquicos y simbólicos que permitan afrontar o trascender aun en medio de la condición de enfermedad.

Las relaciones mas importantes en las enfermedades crónicas son con la familia y la parea ya que son el eslabón de apoyo para salir abante en los procesos de enfermedad y son a ellos que inicialmente que expresan el padecimiento de sus necesidades, en términos generales, las interacciones laborales, familiares y con la pareja constituyen los escenarios fundamentales donde se manifiestan los procesos de salud y enfermedad.

En consecuencia, allegados como amigos, colegas laborales, familiares y la pareja se convierten en los principales observadores y participantes activos de dichos procesos de salud y enfermedad.

El tener una enfermedad crónico-degenerativa da como resultado cambios que va desde lo laboral, nutricional, familiar.

Las restricciones impuestas por las enfermedades crónicas son uno de los factores que más estrés generan, ya que obligan a reestructurar la vida diaria del paciente, quien debe adaptarse a nuevos espacios, normas y demandas. En algunos casos, el enfermo busca mayor autonomía en lugar de ser percibido o tratado únicamente como enfermo.

Con frecuencia, los individuos aquejados de enfermedades de larga duración se ven forzados a suspender sus labores profesionales durante extensos periodos, llegando incluso a la cesación definitiva de las mismas. Esta circunstancia desemboca en una precariedad financiera que incide directamente en el acceso y la continuidad de los cuidados sanitarios necesarios.

A pesar de que los pacientes crónicos cuenten con seguridad social existen gastos sistémicos y catastróficos que no están contemplados por las instituciones sanitarias y estos costos son sostenidos también por familiares que interrumpen sus actividades por otorgar cuidados al paciente, generando una gran perdida de la economía familiar.

Las condiciones de vida es un término que actualmente se utiliza en diferentes sectores entre los cuales están, la salud, la educación, la economía, política y en un gran número de servicios en general, el investigar sobre la calidad de vida permite la toma de decisiones mas encausadas a la generación de políticas en salud.

Por ende, la calidad de vida hace referencia a las exigencias de los individuos y sus niveles de complacencia, estudiar la calidad de vida permite evaluar programas, formular políticas nacionales dirigidas a la población con estos padecimientos.

En la ultima década los trabajos e investigaciones sobre la calidad de vida han aumentado paulatinamente en las diferentes áreas del conocimiento humano. Esto a posibilitado prolongar los cuidados y hacer énfasis en el bienestar en diferentes sectores y actualmente las condiciones de vida ha puesto en relieve la importancia de la prevención y cuidado del cuerpo humano.

Hablar del indicador de vida como medida cuantitativa nos ayuda a evaluar los diferentes aspectos de la calidad en salud y a su vez un seguimiento de dicha medida en la línea del tiempo y poder hacer un comparativo en tiempos, regiones y países.

Los indicadores de la calidad de vida pueden ser de tres grandes grupos:

1.-Unidimensionales: se refiere a la observación de un indicador o variable única

2.- Multidimensionales: Este aspecto mide el grado de satisfacción de diversos factores.

3.-Factor de distribución del ingreso: Se relaciona con los aspectos vinculados a la distribución del ingreso

El enfoque sistémico de la calidad de vida se basa en la premisa de que la actividad de cualquier componente de una organización influye en las demás. En un sistema, no existen elementos independientes; todas las partes operan de manera coordinada hacia un mismo propósito y cumplen un objetivo común. Para que el sistema funcione de manera efectiva, es esencial que cada una de sus partes opere correctamente.

Entonces cuando vemos un sistema económico social sabremos que hay múltiples factores que interactúan e inciden en la calidad de vida observándolo desde la metodología sistémica lo podemos reorientar en cuatro:

1.-Subsistema biológico: Organizaciones de parentesco y organizaciones de salud.

2.- Subsistema económico: Relaciones de producción, intercambio y consumo.

3.- Subsistema cultural-educativo: Mantenido por las relaciones de información.

4.- Subsistema político: Relaciones de poder y participación de este.

La teoría sistémica aborda la calidad de vida como un todo, derivado de lo anterior la realidad social es compleja, dicha complejidad debe ser estudiada de manera unificada, ahora bien, la calidad de vida se relaciona con las estructuras sociales, económica, biológica y administrativa.

Es fundamental reconocer que un sistema puede estar compuesto por subconjuntos interconectados, cuya estrecha relación imposibilita el estudio aislado de cualquiera de ellos. En otras palabras, la comprensión integral de un sistema requiere considerar la interacción y dependencia mutua de sus componentes.

Siendo concreto la calidad de vida se estudia siempre en interrelación sabiendo que los sistemas sociales son abiertos, flexibles, con entradas y salidas, con procesos homeostáticos que permiten la transformación estructural de forma evolutiva, una característica principal de un sistema social es el cambio constante y esto lo podemos demostrar a través de los registros y hechos socioeconómicos de un país.

El enfoque sistémico tiene influencia en las diferentes teorías del desarrollo social y económico, generándose sociedades abiertas que permitan la entrada y salida de conocimiento, lo cual difunde progreso y demanda en el crecimiento.

El enfoque sistémico puede ir concatenado al pensamiento constructivista el cual considera que los individuos no son interpretes de una situación objetiva, sino que participan en la construcción de esa realidad.

Derivado de lo anterior, la calidad de vida estudia los individuos, pero también estos mismos individuos crean una propia realidad, es decir los propios individuos crean la calidad de vida.

Desde la perspectiva del bienestar vital, los individuos no solo son sujetos de estudio, sino también artífices de su propia realidad, contribuyendo activamente a la edificación del bienestar colectivo. En otras palabras, las personas no son meros receptores pasivos de las circunstancias, sino agentes dinámicos que dan forma a su entorno y, por ende, a su propia calidad de vida y a la de la sociedad en su conjunto.

TEMA 4 SALUD MENTAL UN ABORDAJE BIOPSICOSOCIAL.

A mediados del siglo XX, en el campo de la salud, surge una nueva perspectiva que aspira a ser comprendida de manera integral: el Modelo Biopsicosocial, propuesto por el psiquiatra George Engel (1977, 1980, 1992, 1997). Engel desafió la idea de considerar al ser humano como una simple máquina, lo que inicialmente provocó una fuerte oposición por parte de la medicina tradicional, que entendía al individuo, la fortaleza y el padecimiento desde una visión puramente fisiológica y orgánica.

Engel (1960) señala que “el cuerpo es percibido como una máquina, y la enfermedad, como el resultado de un mal funcionamiento en alguna de sus partes”. Esta forma de entender el cuerpo subyace en el Modelo Biomédico, el cual concentra su prioridad en la enfermedad, más que en el ser en su totalidad. En respuesta a esta visión, y en el esfuerzo por adoptar una comprensión más amplia del ser humano y la salud-enfermedad, la OMS declara la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias” (OMS, 2006). Esta definición es la base de las políticas públicas implementadas en diversos niveles de los sistemas de salud a nivel global.

Según la OMS, la definición de la salud va más allá de la simple ausencia de enfermedades. Esta organización promueve una visión multidimensional, que abarca no solo el aspecto físico, sino también el bienestar mental y el componente social inherente al ser humano.

La adopción de una perspectiva global en la definición de salud se considera un hito, conocido como el “Paradigma Integral de la Salud” (Bello et al., 2011). Por esta razón, en el área de la salud, el enfoque biopsicosocial se asocia con una visión integral o holística, ya que es precisamente esta integralidad la que constituye la base fundamental de anatomia humana.

En el ámbito de las Ciencias Medicas, el esfuerzo por entender al ser desde una visión integral, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ha llevado al desarrollo de multiples disciplinas y enfocadas en cada una de estas vertientes. Como resultado, cada profesional de la salud se centra, en la práctica, en su propia área de especialización, abordando solo una parte del ser humano que se intenta entender de manera integral.

En 1977, George Engel introdujo su ampliamente reconocido Modelo Biopsicosocial, formulado como una respuesta crítica al Modelo Biomédico tradicional. Engel argumenta que [...] toda la terapeutica enfrenta una dificultad, y que esta dificultad se origina en una falla fundamental compartida también por la psiquiatría: la persistencia en un paradigma de enfermedad que resulta obsoleto para las demandas científicas y las responsabilidades sociales inherentes tanto a la medicina como a la psiquiatría. En otras palabras, la adhesión a un modelo de enfermedad que ya no se ajusta a las necesidades actuales de la medicina y la psiquiatría. (Engel, 1977b).

En este sentido, Engel señala que “[...] el modelo dominante de enfermedad hoy en día es el biomédico, con la biología molecular como su disciplina científica fundamental. Este modelo asume que la enfermedad debe ser entendida completamente a partir de desviaciones respecto a la norma de variables biológicas [somáticas] medibles” (Engel, 1977). El análisis principal se dirige hacia la visión disminuida que surge de los principios del método científico, que intenta abordar el presente de manera ponderada y, en el ámbito de la salud, mediante un enfoque bioestadístico.

A partir de esta concepción medible, emergen los factores de normalidad y anormalidad: lo que se considera "dentro de la norma" se corresponde con los indicadores bioestadísticos más comunes. De este modo, la salud se entiende como aquello que se encuentra dentro de dichos parámetros normativos, mientras que la enfermedad se define por la desviación de estos estándares (Boorse, 2014).

En esta línea, Engel (1980) sostiene que, como resultado del enfoque del método científico, el objetivo final de la medicina se ha orientado principalmente hacia la comprensión y el tratamiento de la enfermedad, relegando a un segundo plano al paciente y su atención integral.

Esto conduciría a la separación en la relación paciente-medico, resultando en una degradación en la relación entre ambos (Engel, 1976). En este contexto, se descuidaría la experiencia subjetiva del enfermar, como la vivencia personal de estar enfermo y el proceso mediante el cual una persona reconoce su enfermedad o asume el rol de paciente (Engel, 1976, 1997). En respuesta a esto, Engel sugiere un enfoque alternativo para el planteamiento clínico que los profesionales sanitarios deberían adoptar.

La Teoría General de Sistemas, según Engel, se describe como “[...] el mejor enfoque para observar el sentido común de que la naturaleza es un continuo jerárquicamente organizado, donde los grandes sistemas complejos están subordinados a unidades más pequeñas y menos complejas” (Engel, 1981).

En el marco de su intención de lograr un entendimiento y cuidado en salud “más humana” (Engel, 1997), Engel propone una redefinición de los conceptos de salud y enfermedad. Según el autor, la salud “[...] consiste en la capacidad de un organismo para mantener un equilibrio que le permita estar razonablemente libre de dolor indebido, malestar, discapacidad o limitación de la acción, incluyendo también la capacidad social [...]”. En esta visión, la salud se considera como una “capacidad del organismo” que integra el aspecto social, ampliando así la comprensión del organismo más allá de una simple estructura biológica.

Sin embargo, Engel no solo incluye el aspecto social, sino que también el self como un elemento fundamental en el individuo. En este sentido, Engel señala que “[...] los trastornos como problemas existenciales, reacciones sociales desajustadas, desórdenes de carácter, síndromes dependientes, depresiones existenciales [...]” (Engel, 1977) pueden manifestarse en personas cuyos procesos neurofisiológicos están intactos, y por lo tanto, no serían explicables únicamente desde una concepción de enfermedad estrictamente biológica.

En este contexto, Engel enfatiza la relevancia de tomar en cuenta la vivencia del proceso de enfermedad. Por ello, sitúa al paciente y la interacción entre este y el médico como el eje principal de su modelo.

En relación con la inclusión de los aspectos psicológicos y sociales en una interpretación integral de la salud, Engel aclara que no se trata de desarrollar una

perspectiva en oposición al modelo biosanitario, sino que este último resulta insuficiente para abordar todos los problemas en el ámbito de la salud. El autor sostiene que es posible integrar lo psicosocial “[...] sin sacrificar los enormes avances logrados en los resultados biomédicos [...]” (Engel, 1977).

En esta línea, Engel sugiere un modelo que facilita una comprensión exhaustiva de la persona que enfrenta una enfermedad. Este enfoque biopsicosocial establecería los criterios definitivos para abordar la dolencia física, permitiendo una evaluación más completa del paciente.

Desde esta perspectiva, Engel plantea una estructura jerárquica que sustenta el Modelo Biopsicosocial, abarcando desde los sistemas más básicos hasta los más complejos. Cada nivel dentro de esta jerarquía representa una organización dinámica en la que los distintos estratos del sistema interactúan entre sí, ya sea de manera directa o indirecta.

La estructura sistémica del Modelo Biopsicosocial se divide en tres áreas principales: biológica, psicológica y social.

En el ámbito biológico, la jerarquía se organiza de la siguiente manera, de menor a mayor complejidad: partículas subatómicas, átomos, moléculas, organelos, células, tejidos, órganos, sistemas de órganos y, finalmente, el sistema nervioso. El Modelo Biomédico se ha centrado exclusivamente en esta dimensión, enfocándose en la patología como la única posibilidad de entender la enfermedad.

La segunda área es la psicológica, que Engel define como el sistema “persona” (Engel, 1981). Este sistema comprende la experiencia y el comportamiento humano, constituyendo el único componente psicológico en el modelo.

Finalmente, el área social incluye sistemas como: “dos personas”, familia, comunidad, cultura y subcultura, sociedad-nación y biósfera. Engel destaca que, tras considerar al individuo, la siguiente dimensión es la interacción directa con otro individuo, lo que representa la relación entre dos personas según el autor.

Dentro del Modelo Biopsicosocial, este sistema cobra especial importancia al incorporar la relación *médico-paciente*. En este marco, se analiza de manera teórica el tipo de vínculo que debería establecerse entre ambos, poniendo énfasis en la interacción del profesional de la salud hacia el paciente.

Bajo esta perspectiva, es posible examinar la condición del paciente en cada nivel de la estructura jerárquica con el objetivo de lograr una comprensión holística de su estado. No obstante, Engel subraya que esta tarea no es exclusiva del personal médico, sino que requiere la intervención de un equipo de especialistas que colaboren de manera conjunta. Estos profesionales deben asumir funciones complementarias y coordinar sus acciones para abordar integralmente los aspectos que van desde lo molecular hasta lo psicosocial (Engel, 1977), lo que en la actualidad se conoce como trabajo interdisciplinario.

Las afeciones psiquiatricas son altamente prevalentes a nivel global, especialmente en países de ingresos medios y bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar integral que abarca los ámbitos físico, social y mental, y no solo como la ausencia de enfermedades. En este sentido, la salud debe ser abordada desde una perspectiva holística que considere su complejidad, en lugar de limitarse exclusivamente al enfoque biomédico.

La salud está determinada por las condiciones biopsicosociales en las que se desenvuelven las personas. Por ello, en 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la cual define estos factores como los entornos en los que los individuos nacen, crecen, residen, trabajan y envejecen, incluyendo el acceso y calidad de los servicios de salud. Estas condiciones influyen directamente en el bienestar de la población y explican gran parte de las desigualdades en salud, ya que pueden incrementar o disminuir el riesgo de desarrollar diversas enfermedades.

Diversos especialistas enfatizan la necesidad de adoptar un enfoque biopsicosocial para abordar los desafíos de la salud mental en la población. Saraceno (2018) señala que, en la cultura occidental, han prevalecido estilos de vida que incrementan el riesgo de padecer tanto enfermedades mentales como físicas. Factores como la pobreza, la privación, los patrones de consumo, el estrés y hábitos poco saludables contribuyen al aumento de enfermedades de origen social y crónico. Dado su complejidad, estas afecciones requieren una perspectiva integral en lugar de una atención centrada exclusivamente en el modelo biomédico.

Las afecciones prolongadas requieren intervenciones continuas y prolongadas, lo que hace que el modelo farmacológico clásico sea insuficiente para abordar su compleja etiología y evolución. Dentro de estas enfermedades crónicas, los trastornos mentales y las enfermedades no transmisibles han mostrado un incremento significativo en las últimas décadas.

Saraceno propone un cambio de paradigma en la salud mental, alejándose del modelo biomédico tradicional y abogando por un enfoque integral que priorice la

prevención, la promoción y la atención comunitaria, con el empoderamiento del paciente y la mejora de la atención primaria como pilares fundamentales.

Saraceno (2018) indica que, a nivel global, aún estamos lejos de superar el enfoque biomédico y centrado en el hospital. Sin embargo, la investigación y algunas experiencias locales, especialmente en países de ingresos altos, ofrecen pruebas iniciales sobre la eficacia de un enfoque integral y la necesidad de abordar estos problemas de salud pública de manera holística. Saraceno sugiere que el personal de salud primaria debería recibir formación mínima tanto en aspectos prácticos como teóricos de la salud mental. Además, aboga por la participación de la comunidad mediante actividades de promoción y hábitos que fomenten la salud mental comunitaria y la educación en este campo, promoviendo así el empoderamiento y el conocimiento. También propone una integración entre los sistemas de salud primaria y secundaria para intervenir de manera coordinada en casos más complejos, desde una perspectiva integral y socio-comunitaria.

Existe una creciente conciencia sobre cómo las condiciones sociales influyen en el bienestar mental, y de la necesidad de abordar estos problemas mediante políticas públicas integrales que incorporen el modelo biopsicosocial. Esta perspectiva se está manifestando gradualmente en algunas naciones latinoamericanas. En la actualidad, nos encontramos en una etapa de transformación, lidiando con los desafíos prácticos y técnicos para implementar de manera efectiva este paradigma teórico, con la complejidad que esto conlleva en la ejecución.

TEMA 5 ESTRATEGIAS NARRATIVAS PARA REDESCRIBIR LA VIDA

La existencia humana se teje a través de un mosaico de vivencias y vínculos, conformando una narrativa personal de constante diálogo con el entorno y las personas. Dentro de este entramado, la relación de pareja destaca por su complejidad, evolucionando al ritmo de las transformaciones sociales. La idea misma de "pareja" es un concepto maleable, cuya definición se ha modulado a lo largo de la historia, influenciada por las instituciones y el contexto de cada época. Así, la relación de pareja no se limita simplemente a dos personas interactuando con el propósito de procreación, sino que ha sido moldeada por las diferentes eras y las instituciones que han afectado su funcionamiento.

Es crucial reconocer que las uniones sentimentales enfrentan dificultades que pueden poner en peligro su estabilidad, impulsándolas a buscar apoyo mediante la terapia de pareja. Esta modalidad terapéutica se concibe como el abordaje que se lleva a cabo con la pareja que presenta un malestar o conflicto. Desde la perspectiva de la teoría de sistemas, la pareja se entiende como un conjunto interrelacionado, y por lo tanto, susceptible de intervención.

Agudelo y Palacio (2015) indican que, indica la perspectiva de la terapia sistémica, los problemas en una pareja no se entienden como resultado exclusivo de las acciones individuales de cada uno, sino que se aborda la relación en su totalidad. Cada miembro de la pareja contribuye a una dinámica en la que sus acciones u omisiones generan emociones o respuestas negativas mutuas. Estas respuestas no siempre se enfrentan directamente, sino que pueden encubrirse,

postergarse o intensificarse, lo que configura problemas que deterioran la relación y el vínculo entre los miembros.

A lo largo de la historia, las parejas han enfrentado diversas dificultades, como infidelidad, enfermedades, conflictos familiares, distanciamiento, problemas sexuales y desacuerdos en la crianza. Estas situaciones pueden afectar la relación y perturbar la dinámica familiar. En estos casos, el terapeuta de pareja debe enfocar su intervención en las dinámicas de interacción dentro del sistema relacional.

La terapia narrativa, concebida en la década de 1970 por David Epston y Michael White, se fundamenta en la premisa de que cada individuo es el autor y experto de su propia vivencia. Este enfoque terapéutico busca empoderar a las personas, fomentando una comprensión más profunda de sí mismas y fortaleciendo su autoestima, al reconocerlas como las principales narradoras de sus historias personales.

Epston y White usaban las experiencias personales de las personas para demostrar que lss dificultades no residían en ellas mismas; en otras palabras, que ellas no eran el problema. La forma en que las personas perciben su historia de vida está influenciada por el significado que atribuyen a sus experiencias. Así, desde la perspectiva de la terapia narrativa, la identidad del cliente está configurada por las historias que se cuentan sobre su vida.

La terapia narrativa invita a las personas a ser los autores de sus propias vidas, permitiéndoles reinterpretar sus experiencias desde una óptica más positiva y liberadora. Se trata de un proceso de resignificación, donde se descubren nuevas fortalezas y recursos internos, transformando la narrativa personal en una historia de empoderamiento y crecimiento. Con frecuencia, el significado que damos a

nuestras experiencias puede tener un impacto negativo en nuestra autoimagen y en nuestras capacidades.

Payno (2002) señala que la terapia narrativa sostiene que cada persona posee habilidades, creencias y valores que pueden ayudar a mitigar la influencia de sus problemas.

Todos construimos relatos a partir de nuestras vivencias, y la terapia narrativa aprovecha esas narraciones para fortalecer nuestra percepción de nosotros mismos. Cada persona posee una narración única sobre su vida, una perspectiva particular sobre su identidad, habilidades, anhelos y desafíos. Somos los conocedores de nuestra propia historia, y como afirma la terapia narrativa, "somos los narradores de nuestra propia existencia"

La terapia narrativa se basa en el respeto absoluto hacia todos los clientes, considerándolos personas con las capacidades necesarias para superar sus desafíos. En este enfoque, nunca se ve al cliente como problemático o deficiente; en lugar de eso, se les ayuda a comprender que los problemas son externos a ellos. Los problemas en la vida del consultante pueden ser originados por factores ajenos a su propia identidad, y en ningún momento se culpa al cliente por sus dificultades. La terapia enfatiza que no tiene sentido culpar a otros o a uno mismo por los problemas que se enfrentan.

La relación entre el cliente y el terapeuta en la terapia narrativa se fundamenta en la igualdad. En la terapia narrativa, el terapeuta abandona el rol de experto, situándose como un acompañante que, con asombro y curiosidad, explora las narraciones del cliente, reconociéndolo como el verdadero conocedor de su propia existencia. El terapeuta actúa como un guía, facilitando el descubrimiento de

recursos internos y posibilidades ocultas en la historia personal del cliente. A través de un diálogo cuidadoso y el uso de estrategias específicas, se identifican y unifican experiencias en torno a temas clave, abordando los problemas que el cliente desea resolver. El objetivo primordial es transformar la narrativa que el cliente tiene sobre sí mismo, redescubriendo, modificando o creando una nueva historia que fomente el crecimiento personal y el bienestar. En esencia, el terapeuta narrativo ayuda al cliente a reconocer que su historia está llena de potencialidades, sueños, valores, habilidades y metas, invitándolo a reescribir su relato de vida desde una perspectiva empoderadora y liberadora.

Según González y Cantabrana (2016), la enfermedad puede ser una experiencia traumática y llena de deduas que desafía nuestras tácticas de afrontamiento. Cuando la afecció es grave y conlleva sufrimiento, la narración puede ofrecer un apoyo invaluable. La elaboración de relatos requiere de momentos de recogimiento, reflexión profunda y análisis antes de la escritura, lo que permite al individuo enfermo examinar con objetividad su nueva realidad. La liberación emocional generada por la introspección, la transferencia de temores y pensamientos negativos al papel, así como la sensación de desahogo, alivio y consuelo proporcionada por la narración, contribuyen al efecto terapéutico del proceso. En resumen, la exploración narrativa, al invitar a la reflexión y la externalización de emociones, facilita la sanación y el bienestar del individuo.

Las afecciones graves representan una vivencia profundamente impactante que desafía tanto nuestra resistencia física como psíquica, así como nuestras estrategias de supervivencia, más allá de las intervenciones profesionales que la medicina ofrece. Los problemas de salud pueden conmocionar la estabilidad de

nuestra vida, afectando nuestro mundo íntimo, nuestro entorno público, nuestras relaciones interpersonales y nuestro sentido de identidad. Enfrentar una enfermedad grave puede llevar al paciente a un futuro incierto, alterando profundamente el proyecto personal y las rutas previamente establecidas.

La forma en que cada persona enfrenta una enfermedad es única y está influenciada por sus experiencias individuales, su entorno social y sus creencias culturales. Sin embargo, la noticia de un diagnóstico grave suele generar un impacto emocional significativo en la mayoría de las personas. Henning Mankell (2015) describe el "caos emocional" que experimentó tras su diagnóstico de cáncer: "De repente, fue como si la vida se estrechara. Aquella mañana, al recibir el diagnóstico de cáncer, sentí que la vida se encogía. Las ideas escaseaban, y en mi mente se extendía un paisaje desértico. Me resultaba difícil pensar en el futuro. Era un territorio incierto, minado. (…) Sufrir cáncer es una catástrofe en la vida. Solo con el tiempo sabremos si hemos logrado enfrentarla y ofrecer resistencia."

Raquel Taranilla (2015) también describe el "cataclismo" que evoca el diagnóstico y la devastación de la terapia, destacando cómo el paciente busca otorgarle un sentido tolerable a la enfermedad, que puede percibir como un mal imprevisto o un "castigo" del cual no se siente moralmente responsable.

Ante tales circunstancias, el enfermo puede optar por esperar pasivamente el desenlace o activar procesos de afrontamiento que le permitan adaptarse a la nueva situación, preservando su integridad. Esto incluye adoptar comportamientos positivos, recuperarse y reintegrarse a una vida significativa y productiva. Estos procesos requieren, además de la intervención médica, un entendimiento profundo

del padecimiento, reflexión, toma de decisiones, y mecanismos para eliminar tensiones y fomentar la catarsis.

La enfermedad, por su naturaleza, marca el cierre de una etapa en el camino hacia objetivos personales y altera significativamente la trayectoria previamente planificada. Esto provoca una perplejidad en los enfermos, quienes enfrentan constantes interrogantes difíciles de responder, tales como: ¿por qué me ha ocurrido esto?, ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?

La medicina, aunque proporciona explicaciones causales centradas en fundamentos biológicos, a menudo no logra abordar la totalidad de la experiencia del enfermo. Aunque estas explicaciones científicas pueden ofrecer un alivio racional, no capturan la profundidad de la disrupción que la enfermedad ocasiona en las expectativas y en la vida del paciente, ya que el enfermo no es la enfermedad misma.

La enfermedad representa una oportunidad para la reflexión sobre la ruptura en la rutina diaria. La escritura personal, que los pacientes deben considerar, sirve no solo como una herramienta de introspección, sino también como un medio para la liberación emocional y el consuelo.

No debemos inquietarnos por expresiones como “hay mucha soledad en quienes encuentran confidencias en el papel”. En realidad, Ante la adversidad, el recogimiento personal, la pausa reflexiva y el silencio interior ofrecen un espacio para considerar y optar por una vida vivida con intensidad. Esta perspectiva es respaldada por el cirujano Thomas Starzl, quien, tras perfeccionar el trasplante hepático, aconsejaba a sus pacientes, que se enfrentaban a la incertidumbre sobre

cómo vivir en la nueva etapa postoperatoria, a que adoptaran un enfoque pleno y enriquecedor en su vida.

Según Nacho Gallego (2010), escribir es “un intento de reflexionar en voz alta sobre el impacto de una experiencia intensa en cada uno de los involucrados”, permitiendo una comprensión más profunda de la nueva realidad que nos impone el padecimiento y las intervenciones terapéuticas.

Adorna (2013) sostiene que la escritura “nos obliga a detenernos, organizar nuestras ideas, ordenarlas y fijarlas, facilitándonos la conquista y gestión de nuestro mundo interior, que, de otro modo, podría permanecer en zonas oscuras de difícil acceso”.

Millas (2012) señala que es fundamental ordenar la realidad para intentar comprenderla, y cultivar un espíritu filosófico. La escritura, para ser efectiva, requiere “la práctica del pensamiento y la reflexión sin complejos sobre temas significativos. Solo los malos profesores fomentan la filosofía y el pensamiento profundo”. A veces, este proceso reflexivo puede desembocar en una lluvia de ideas y emociones que, al organizarse en forma de relato, tiene el potencial de curar.

Escribir, por ende, ofrece la posibilidad de examinar de manera directa y detallada tanto el cuerpo como el alma del ser humano amenazado.

En este contexto, Pamuk (2017), en su obra *La maleta de mi padre*, sostiene que “la literatura representa la experiencia más valiosa que el ser humano ha creado para comprenderse a sí mismo.” Para él, “escribir es el acto de traducir esa introspección en palabras, permitiendo un examen minucioso y persistente del mundo interior, ese universo oculto que la enfermedad revela y pone de manifiesto.”

La exploración personal a través de la escritura, al permitirnos volcar nuestras emociones más profundas, nos brinda una experiencia de catarsis que se conecta con las necesidades y desafíos del presente. Leer nuestras inquietudes, desventuras y sufrimientos, tanto ante circunstancias rutinarias como inesperadas, produce un efecto curativo al facilitar la reflexión. Este ejercicio ofrece alivio al transferir las pulsiones y proporciona una forma de gratitud por la comprensión y, a su vez, permite enfrentar la furia provocada por lo inevitable e inmutable.

Iri Hustvedt (2010), en su obra *La mujer temblorosa, o la historia de mis nervios*, afirma que “la curiosidad intelectual sobre cualquier enfermedad que padezcamos surge, sin duda, del deseo de dominarla. Aunque no lograse curarme, quizás al menos podría empezar a entenderme a mí misma”. La curiosidad intelectual puede ser el motor que nos impulse a construir la narración de nuestra vida y nuestra respuesta ante las dificultades. La escritura resultante puede servir no solo como un medio para explorar nuestra evolución personal, sino también como una herramienta valiosa en el camino hacia la mejora de nuestra salud.

Silvia Abascal (2013) comparte una perspectiva similar al reflexionar sobre su método de recuperación de una hemorragia cerebral, al afirmar: “Escribir es una toma de conciencia absolutamente necesaria. Es mucho más que importante tenerla presente para valorar la dimensión de esfuerzo y aprendizaje a la que se enfrentan a diario aquellas personas que conviven con las secuelas de una grave enfermedad (...). Teclear el proceso de mi enfermedad y recuperación me ha regalado diariamente un espejo de valoración. Cada revisión de texto me ha enfrentado al ‘dónde estaba ayer’ y al ‘dónde estoy hoy’”.

El recogimiento solitario ofrece un lugar esencial para conectar con las memorias y preparar el espíritu para lo que el futuro depare. En el contexto del padecimiento, este período reflexivo puede revelar recuerdos consoladores que hemos acumulado a lo largo de nuestra vida. Estos recuerdos, que enmarcan la vida y la muerte como experiencias entrelazadas, permiten al enfermo enfrentar la adversidad con una perspectiva renovada. En este proceso, la reflexión se convierte en una herramienta para aceptar la nueva realidad y articularla, como lo hacen los poetas, en lugar de simplemente explicarla.

No obstante, la estructura de la asistencia hospitalaria, centrada en parámetros biológicos y en la eficiencia de los procesos, a menudo obstaculiza la búsqueda de soledad por parte de los pacientes. La limitación de recursos dificulta la introspección y el alivio emocional en los pacientes. Asimismo, la sobrecarga de los servicios médicos, producto de la desproporción entre la necesidad y la oferta, intensifica la incertidumbre y la ansiedad durante las esperas para diagnósticos o tratamientos.

Una organización hospitalaria más centrada en el paciente, con un enfoque más social y menos dependiente de la tecnificación excesiva, podría facilitar una atención más humana y efectiva. Este cambio permitiría a los pacientes un espacio adecuado para la reflexión y el consuelo, ayudando a mitigar el impacto emocional de la enfermedad y mejorando su experiencia general durante el proceso de recuperación.

A menudo, la persona que narra su historia ha experimentado un sufrimiento profundo, ya sea emocional, físico, ético o moral, y busca comprender y dar sentido a esa vivencia en su totalidad. Mientras que algunos pueden expresar sus

experiencias con brevedad, otros necesitan relatos extensos. La mayoría opta por describir estados emocionales intensos, utilizando el lenguaje que les proporciona su formación y contexto. En ocasiones, el proceso es más analítico, buscando ordenar pensamientos y encontrar claridad a través de términos y conceptos. En todos los casos, la introspección es clave para la reflexión necesaria para comprender la situación del individuo que sufre.

Para llevar a cabo esta introspección y escritura, el paciente busca la soledad y la distancia necesarias, similares a las que cualquier escritor demanda. La conquista de un espacio personal y tranquilizador es crucial para sanar las heridas y alejarse del bullicio hospitalario y de las visitas perturbadoras. La escritura, al ser una actividad individual, permite al paciente, en su soledad, reflexionar y adaptarse a su nueva situación. Solo en ese silencio interior se puede conectar con las emociones genuinas. Tal como lo expresa Thomas Bernhard, el trabajo intelectual requiere de aislamiento y soledad.

Nacho Gallego (2010), cuya carrera creativa fue interrumpida por la enfermedad a los 36 años, también aborda la necesidad de aislamiento. Explica que “a menudo, el enfermo se aísla para limitar el impacto de la enfermedad. Hablar y escribir se convierten en una ‘posibilidad de distanciarse temporalmente de mi cuerpo deteriorado para expresar mis sentimientos, frustraciones y, en definitiva, cómo estaba viviendo esa situación’. (...) Sin embargo, para lograrlo, ha sido necesario un extenso proceso de búsqueda. Gran parte de esta búsqueda se ha realizado en solitario, impulsada por la tendencia común a intentar resolver los propios problemas en privado”.

No solo es fundamental estar solo, sino también establecer una distancia entre el yo y la enfermedad para facilitar la autoobservación. En este contexto, Carmen Martín Gaite (2007) afirma que “la escritura requiere distancia”. Azorín (2006) complementa esta idea al señalar que “para escribir sobre los sentimientos durante la enfermedad y evitar sucumbir a ellos, es necesario distanciarse de uno mismo y observarse desde una perspectiva externa o lejana”. Por su parte, Jovell (2010) menciona que este libro a sido descrito desde la “cuarta persona del singular”, es decir, “desde una posición que permite al autor, sin perder el propio ‘yo’ como referente, ubicarse en la perspectiva de un teórico ‘él’. En otras palabras, el enfermo debe observarse desde ‘fuera’ para analizarse y comprenderse como si el fenómeno observado fuera externo a sí mismo”.

Oliver Sacks (2015) también aborda en sus memorias la importancia de observar desde una perspectiva externa. Describe cómo contemplar su vida “desde una gran altura, casi como un paisaje”, le permitió adquirir una comprensión más profunda de la conexión entre sus diferentes aspectos. Al mirar desde fuera, es posible distanciarse, descomponer la enfermedad en sus componentes individuales y analizarla con la intensidad y crudeza necesarias. Sacks afirma que “la escritura abre y cauteriza al mismo tiempo las heridas”, permitiendo su recomposición e integración en una nueva totalidad.

Desde esta perspectiva de distanciamiento, Alexandra Broyard (2013) describe cómo su esposo abordó su enfermedad. Él aplicó su talento para crear una narrativa que le permitiera “superar” su cáncer, construyendo un relato que atenuara la sombra de la muerte. Broyard sugirió que, al “olvidar” o “ignorar” su enfermedad y tratarla como una historia externa, logró transformarla en ficción. Así, vivió su

experiencia como si fuera la trama de un relato sobre los momentos finales de un enfermo de cáncer, es lo que le permitió mantener una semblanza de vida activa y significativa hasta su muerte.

Soledad Puértolas (2011) proporciona una visión sobre el proceso de escritura como mecanismo de curación. Ella afirma que, al hablar o escribir, nos alejamos de la realidad y creamos otra realidad en la que experimentamos una separación entre el yo y sus experiencias. Este acto de separación puede transformar la soledad en una condición ligera y deseable, permitiendo al escritor encontrar significado, emoción y hasta risa en el proceso. Puértolas sostiene que, en la escritura, el dolor se experimenta sin la desesperación de la vida real, y la incertidumbre narrativa resulta más segura que las certezas de la existencia cotidiana.

La externalización es una técnica central en la terapia narrativa que busca desvincular a la persona del problema, permitiéndole observarlo desde una perspectiva más objetiva y manejable. En lugar de identificar a la persona con el problema ("soy un ansioso", "soy un depresivo"), la externalización invita a tratar el problema como una entidad separada ("la ansiedad me visita", "la depresión me acompaña").

Este proceso de distanciamiento se logra a través del lenguaje, utilizando frases que separan al problema de la identidad de la persona. Por ejemplo, en lugar de decir "soy un fracasado", se podría decir "el fracaso me ha estado visitando últimamente". Este cambio sutil en el lenguaje tiene un impacto significativo, ya que permite a la persona reconocer que el problema no la define, sino que es algo externo que puede ser abordado y superado.

La externalización también puede implicar la personificación del problema, dándole un nombre, una forma o incluso una voz. Esto permite a la persona interactuar con el problema de una manera más concreta, como si fuera un personaje separado. Al personificar el problema, la persona puede explorar sus estrategias, sus intenciones y su impacto en su vida.

Una vez que el problema ha sido externalizado, la terapia narrativa se enfoca en explorar su historia, su origen y su influencia en la vida de la persona. Se busca identificar los momentos en que el problema ha tenido éxito en dominar la vida de la persona, así como los momentos en que la persona ha logrado resistirse o desafiar al problema.

La externalización no solo reduce el impacto del problema, sino que también empodera a la persona al reconocer su capacidad para resistirse y superarlo. Al separar el problema de la identidad de la persona, la terapia narrativa abre un espacio para la esperanza y la posibilidad de cambio.

Escribir funciona como un bálsamo, ayudando a la persona enferma a alejarse de la angustia. Se le anima a contar su vida desde la niñez, reviviendo recuerdos olvidados, o a usar la escritura libre para dejar que las ideas fluyan sin restricciones. Dentro de la psicoterapia, se considera que toda terapia es una narración, donde tanto el terapeuta como el paciente construyen y reconstruyen historias.

CAPITULO III MÉTODO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación sigue los protocolos metodológicos de la Terapia Familiar y de pareja sistémica como instrumento para estudiar las parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica como mecanismo para fortalecer la salud mental de ambos cónyuges

A lo largo de mi vida profesional he tenido oportunidad de llevar procesos de terapia familiar y de pareja en distintas personas siguiendo un enfoque sistémico, pero en la actualidad mi interés se centra en aspectos concretos, como son:

El proceso de salud enfermedad y sus mecanismos relacionales en la pareja, permitirnos como punto inicial explorar y descubrir que sucede con la pareja cuando algún miembro presenta una enfermedad cardiometabólica.

Como segunda línea de investigación dar paso a la descripción de cómo se generan las relaciones y sus puntos álgidos y llegar al momento explicativo del porqué y el darse cuenta de esas conductas.

Como tercera línea de investigación aplicación de herramientas básicas y principios del abordaje de parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica, con análisis de similitudes y diferencias que contribuyan a la detección de la funcionalidad, solidaridad y percepción del apoyo.

Como punto final la construcción de estrategias narrativas que permitan redescribir la vida de las parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica y de esta manera contribuir a generar relaciones más nutricias que favorezcan la adherencia al tratamiento y de manera concatenada a la mejora de la salud mental.

Esta investigación explora la terapia de pareja como un método para analizar y resolver los problemas que enfrentan las parejas, buscando mejorar su relación y promover un bienestar mutuo.

Todos anhelamos la felicidad, pero no existe un único camino para alcanzarla. Se necesita una profunda reflexión y cultivar el optimismo ante los desafíos. Debemos examinarnos a nosotros mismos, descubriendo qué necesitamos o qué debemos dejar atrás para lograr la madurez, el dominio propio y, si enfrentamos una enfermedad cardiometabólica, seguir el tratamiento de manera efectiva.

Cada vez más parejas, ya sea por problemas de salud o por conflictos cotidianos, buscan la ayuda de la terapia. Y afortunadamente, cada vez más parejas encuentran soluciones y mejoran su relación gracias a esta herramienta.

METODOLOGIA UTILIZADA

Este estudio de carácter Mixto se clasifica en base a los siguientes criterios metodológicos observacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo.

Este estudio es carácter mixto por que recopila y analiza e integra tanto investigación cuantitativa como cualitativa, será cuantitativo aplica clinimetrías que nos permitan generar una puntuación que nos valore el estado de cohesión que guarda la familia y la pareja a través del (Apgar familiar, Cuestionario de apoyo social percibido).

Es cuantitativo al utilizar procedimientos de medición y la asignación de determinadas escalas que ayudan al proceso de indicación de clases, la describe, numérica, ordinal estableciendo grados como: leve, moderado y severo o en nuestro caso donde es posible obtener un puntaje.

Tiene una parte de metodología cualitativa por que se desarrollaran conceptos partiendo de los datos y no recogiendo datos, aunado a que vemos a las parejas o personas bajo una perspectiva holística considerándolos como un todo. Al investigar la terapia de pareja, somos conscientes de que nuestra presencia puede influir en la pareja estudiada. Por eso, actuamos como observadores cuidadosos, tratando de no interferir para que la pareja se comporte de forma natural.

Al utilizar el narrativo como modelo conductor en la terapia de pareja se construye y se reconstruye las narrativas de vida, creando nuevos significados.

La investigación se basa en un enfoque cualitativo, lo que significa que busca comprender a las parejas desde su propio punto de vista. El investigador deja de lado sus propias opiniones y prejuicios para poder entender mejor cómo las parejas ven su relación. Se valora cada perspectiva y se busca comprender los significados que las parejas dan a sus experiencias.

La investigación utiliza tanto métodos cualitativos como cuantitativos para comprender a las parejas. Se reconoce que la forma en que se observa a las parejas influye en los resultados, por lo que se adopta un enfoque holístico y humanista. Se considera que todos los aspectos de la vida de las parejas son importantes y dignos de estudio.

Uno de los pilares fundamentales de esta metodología es la observación, ya que desde los albores de la humanidad, ha sido la base del conocimiento. Incluso en el desarrollo individual, desde que un niño adquiere la capacidad visual, inicia su interacción y comprensión del mundo a través de la observación.

Es cierto que la observación es una actividad cotidiana que nos permite desarrollar el sentido común y adquirir conocimientos culturales. Sin embargo, la observación científica, como la que se emplea en esta investigación, se distingue por ser sistemática y propositiva. Esto significa que no se trata de una observación casual, sino de un proceso planificado y dirigido a un objetivo específico.

Cuando una pareja busca terapia, la observación se convierte en una herramienta fundamental, trascendiendo la mera recopilación de datos visuales. Implica la participación activa de todos los sentidos, capturando las impresiones del entorno a través de todas las facultades humanas. En otras palabras, la observación en terapia de pareja es un proceso holístico que abarca la percepción sensorial completa, permitiendo al terapeuta obtener una comprensión profunda y matizada de la dinámica de la pareja.

Incluso podemos hablar de la autoobservación con el propósito de que las parejas se estudien ellos mismos y a su entorno, la mirada constituye una metodología muy valiosa que proporciona información interesante.

Este estudio es prospectivo porque es un grupo de parejas que comparten una experiencia y facilitan la proyección de escenarios futuros de un sector o área específica mediante el uso de técnicas especializadas que permiten anticipar posibles situaciones. Es descriptivo porque una finalidad es describir la ocurrencia y las características más importantes de las situaciones y el estudio solo cuanta con un universo, la cual se pretende describir en unción de un grupo de variables, en ellos se contrastan hipótesis centrales, quizás estás se originen al correlacionar las variables.

Se considera longitudinal porque se mide en más de una ocasión la o las variables, en este caso el trabajar con la narrativa a través de la autobiografía que tal vez en un inicio este saturada de problemas y que durante el proceso se generen historias alternativas.

Esta investigación adopta un diseño longitudinal, un estudio observacional que recopila datos tanto cualitativos como cuantitativos. Este enfoque implica la toma de medidas continuas o repetidas para seguir a las parejas a lo largo del tiempo, específicamente durante todo el proceso terapéutico.

DISEÑO METODOLOGICO

El diseño metodológico del estudio presentado de acuerdo con el propósito de la investigación es aplicado porque no meramente es solo la recolección y recopilación de información, sino que tiene como prioridad fundamental contribuir a la mejora de la relación de pareja y de la salud mental que permitan comprender cómo se estructuran la experiencia de vida, proponiendo la terapia narrativa y los principios de reautoria.

White y Epston (1990) sostienen que las personas otorgan significado a sus vidas y relaciones a través de la narración de sus experiencias. Al interactuar con otros en la representación de estos relatos, se produce una transformación en sus propias vidas y relaciones. En otras palabras, las narrativas que construimos influyen directamente en nuestra realidad y relaciones. Por lo tanto, considero que mi diseño metodológico es aplicado, ya que las parejas que participan en la terapia, especialmente aquellas con un miembro que padece una enfermedad

cardiometabólica, comparten y relatan sus experiencias. Esto revela que podemos moldear nuestras vidas a través de las historias que creamos. La analogía del relato nos permite comprender cómo se organiza la vida de una pareja y cómo la terapia puede ayudar a reescribir esas historias para un futuro más saludable y satisfactorio

Tenemos como objetivo contribuir a la resolución de los problemas planteados por las parejas durante el proceso de estudio que los lleven a la toma de conciencia y a la acción.

Esta investigación centra su trabajo en la persona y como investigador y terapeuta ejerce influencia en la manera de construir historias alternativas de sus vidas y reconozcan habilidades y recursos.

La investigación experimental implica que el investigador manipula ciertas variables para observar sus efectos. En este caso, se busca modificar la realidad para crear el fenómeno que se quiere estudiar y así obtener información directa.

Se contempla en este estudio la modificación de las historias de vida de las parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica y la creación de nuevos significados con la intención de modificar las relaciones poco nutricias.

Este estudio de investigación adopta un diseño metodológico explicativo, buscando establecer relaciones causales entre los fenómenos observados. A diferencia de los estudios descriptivos, que se limitan a describir un problema, este enfoque busca comprender las razones subyacentes. Para lograrlo, se emplean métodos analíticos y sintéticos, combinados con razonamiento deductivo e inductivo, con el fin de responder a los "porqués" del objeto de estudio. En otras palabras, se busca no solo describir lo que sucede, sino también explicar por qué sucede.

Intentamos describir y encontrar las causas del desequilibrio relacional de la pareja en situaciones de enfermedad y superar los efectos de la enfermedad y desarrollar la percepción de una propia capacidad.

CONFORME AL TIPO DE RAZONAMIENTO EMPLEADO

En lugar de referirnos al conocimiento empírico y racional, sería más adecuado utilizar los términos métodos empíricos y métodos racionales. Según este planteamiento, los métodos empíricos no solo se aplican para la recopilación de hechos y datos, sino también para el desarrollo de teorías, lo que los clasifica como métodos teóricos.

Los métodos empíricos se utilizan para recopilar y analizar información que sirve de fundamento en la validación de hipótesis, la resolución de interrogantes científicas, la sustentación de argumentos o el desarrollo de una línea temática. No obstante, por sí solos, resultan insuficientes para examinar a profundidad las conexiones esenciales dentro de los procesos pedagógicos.

En contraste, los métodos racionales permiten organizar y evaluar los resultados obtenidos mediante el enfoque empírico. A través de ellos, es posible reconocer patrones recurrentes y formular conclusiones que aporten soluciones al problema científico. Mientras que los métodos empíricos proporcionan indicios clave para la formulación de teorías, los racionales contribuyen a su verificación en el contexto real.

Derivado de lo anterior considero mi estudio empírico racional porque está impregnado de ambos, la parte empírica me apoya a explorar, descubrir y acumular

la secuencia de hechos y el método racional me permite a llevar aúna conclusión y a generar nuevos significados

Los problemas en las relaciones de pareja y la salud mental están intrínsecamente relacionados con nuestras creencias y valores, así como con la interpretación que damos a nuestras experiencias vividas.

Rara vez consideramos que nuestra percepción de las cosas podría tener otras interpretaciones. Estamos inmersos en un entorno lleno de supuestas verdades. El enfoque empírico-racional nos ofrece la posibilidad de llegar a una conclusión sobre nuestras problemáticas relacionales.

Según Pérez (2014), la investigación sigue una secuencia lógica compuesta por cuatro etapas diferenciadas: 1) delimitación precisa del problema, 2) establecimiento de una red de exploraciones, 3) ajuste o fortalecimiento del marco teórico, conceptual o metodológico, y 4) validación práctica. A lo largo de estas fases, el investigador emplea distintos métodos que facilitan el análisis de la complejidad inherente al objeto de estudio.

Durante el desarrollo de la investigación, se integran tanto métodos empíricos como racionales, aunque en ciertos momentos uno puede predominar sobre el otro. Esto responde a dos propósitos fundamentales: la recolección y procesamiento de la información en la fase de exploración, o la producción de nuevos conocimientos en la etapa de ajuste y consolidación del sistema teórico, conceptual o metodológico.

PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En el enfoque cualitativo, se evita el uso del término "muestra", ya que el objetivo no es generalizar los hallazgos de la investigación. En su lugar, los investigadores cualitativos emplean conceptos como informantes, participantes o investigados, los cuales suelen ser seleccionados en un número reducido. Este tipo de estudios busca profundizar en la comprensión del comportamiento de los participantes y las razones que lo motivan, desde su propia perspectiva.

Dado que en la investigación cualitativa se trabaja con muestras no representativas, el investigador selecciona a los participantes de manera intencional. La elección se basa en la relevancia de estos individuos para el estudio, asegurando que puedan aportar información significativa para una mejor comprensión del fenómeno analizado.

Los sujetos estarán conformados por un grupo de 10 parejas que acudan al Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar (CIHTEF) ubicado en Juana García # 2 Tuxpan de Rodríguez Cano Ver. Donde les brinda terapia de pareja y estrategias para mejorar sus condiciones de salud.

Estas personas serán convocadas de manera libre a participar y además de que presentan un diagnóstico de enfermedad crónica de origen cardiometabólica como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, enfermedad de Parkinson, artropatía degenerativa con consumo de medicamentos.

Las edades promedio de los participantes serán de 35 a 62 años, siendo hombres y mujeres asistiendo un total de 10 parejas.

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar (CIHTEF), el cual se encuentra ubicado en el puerto de Tuxpan de Rodríguez Cano Ver.

El Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar es una institución que oferta consejería y seguimiento de enfermedades crónicas, otorga terapia de pareja, y promoción de actividades físicas y deportivas para la generación de estilos de vida saludables.

La selección de los participantes será no probabilística y de forma intencionada, tomando en cuenta aquellas características que necesariamente deben estar presentes en los elementos que integran el universo de estudio.

Criterios de Inclusión

- Ser una pareja con algún cónyuge con diagnóstico de enfermedad cronicodegenerativa de origen cardiometabólica.
- Llevar un tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico para control de su padecimiento.
- Deseo de mejorar su relación de pareja, metas y estrategias para una mejor adherencia terapéutica para el control de su padecimiento crónico degenerativo.

Criterios de exclusión

- No padecer enfermedad crónico-degenerativa
- Padecer una enfermedad crónico-degenerativa pero no estar llevando un control médico
- Ser menor de 35 años y mayor de 62

Criterios de eliminación

- Faltar a más de dos sesiones consecutivas
- Transgredir las reglas de conducta
- No apegarse a la confidencialidad.

PARTICIPANTES:

A.- 10 Parejas que acuden a terapia de pareja

El rol del Consultante en terapia: honestidad, compromiso y disposición.

B.-. Un terapeuta de Pareja

Aunque existen diversas corrientes en la terapia de pareja, cada una con enfoques, fundamentos, técnicas y definiciones propias, todas coinciden en la relevancia de la comunicación y en la necesidad de desarrollar estrategias efectivas para la resolución de conflictos.

Los objetivos principales de la terapia de pareja incluyen abordar y gestionar la problemática que motiva la consulta, lo cual suele requerir un análisis más profundo. Además, se busca fomentar cambios que favorezcan la metacomunicación, respetando siempre los valores y creencias de ambos miembros. Asimismo, la terapia pretende facilitar nuevas interpretaciones de la dinámica relacional, evitar patrones de interacción rígidos y contribuir al mantenimiento de la identidad de la pareja como unidad.

Abordaje integral de la pareja con la finalidad de acompañamiento y la generación de metas y nuevos significados.

Realización de historia clínica, aplicación de las diferentes clinimetrías y escalas de evaluación.

La terapia de pareja debe ser reconocida como un ámbito con características propias que, aunque comparte ciertos principios con la terapia familiar, requiere un abordaje independiente. La pareja constituye un sistema en sí mismo, por lo que su tratamiento debe considerar sus particularidades, la diversidad de enfoques terapéuticos disponibles y la importancia de que el terapeuta respete la individualidad de sus integrantes, así como sus creencias, valores y trayectoria en común.

C.- Un apoyo administrativo:

Programación de consultas terapéuticas

Manejo de la agenda de citas

Apoyo en la transcripción de datos numéricos

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EMPLEADOS

FAMILIOGRAMA.

El familiograma tiene como objetivo representar gráficamente la estructura familiar, las dinámicas interpersonales, los roles desempeñados por cada integrante y la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia en un momento determinado. Esta herramienta abarca tres generaciones.

Para elaborar el cuadro de integrantes, es fundamental comenzar registrando el nombre de la figura principal del núcleo familiar, seguido por los demás miembros de la familia nuclear y, posteriormente, los de la familia extensa.

En relación con los antecedentes que justifican el estudio, es importante incluir los siguientes aspectos:

- Antecedentes psicosociales (Fase actual del ciclo familiar)
- Tipología familiar
- Ámbito social, ingresó familiar y su distribución
- Ámbito psicológico-socialización.

APGAR FAMILIAR

El APGAR Familiar es una herramienta basada en un acrónimo que evalúa la funcionalidad y solidaridad familiar desde la perspectiva del enfermo crónico. Los componentes evaluados son:

 Adaptación: El estudio se centra en la valoración de la aptitud familiar para la gestión de sus activos en utilidad compartida y la facilitación de socorro recíproco.

 Participación: La investigación se centra en la evaluación del trabajo en equipo y la división de obligaciones entre los miembros de la familia, así como en la manera en que se abordan conjuntamente los problemas.

 Generatividad o crecimiento: Se considera importante la evolución de los miembros familiares gracias al soporte compartido.

 Afecto: Se presta atención a las formas en que se expresan el afecto y el cuidado dentro del ámbito familiar.

 Resolución: Se evalúa la capacidad del grupo familiar para abordar dificultades, dedicando tiempo y atención a cada uno de sus miembros. El objetivo de este instrumento es determinar la percepción individual sobre el funcionamiento familiar en un momento dado. Este estudio consta de siete preguntas que exploran la funcionalidad y cohesión familiar. Cada pregunta se califica en una escala de 0 a 4, según la opinión del participante

Las preguntas se dividen en dos grupos: cinco preguntas sobre la familia y dos sobre el apoyo de amigos. La calificación total se obtiene sumando las puntuaciones de las respuestas. La línea de corte para identificar una posible disfunción familiar es 18; cualquier puntuación igual o inferior a 17 puntos sugiere una probable disfunción familiar.

EL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (DUKE-UNC)

El Cuestionario de Apoyo Social (DUKE-UNC) está preparado para evaluar el apoyo social percibido por el individuo. Este instrumento está compuesto por 11 preguntas con respuestas cuantificables.

De las 11 preguntas, ocho se enfocan en aspectos relacionados con el apoyo social, mientras que las tres restantes abordan situaciones afectivas. Las respuestas se califican en una escala de 1 a 5, con las siguientes opciones: "mucho menos de lo que deseo", "menos de lo que deseo", "ni mucho ni poco", "casi como deseo" y "tanto como deseo".

Se evalúa la capacidad del grupo familiar para abordar dificultades, dedicando tiempo y atención a cada uno de sus miembros. El objetivo de este instrumento es determinar la percepción individual sobre el funcionamiento familiar en un momento dado. Este estudio consta de siete preguntas que exploran la funcionalidad y cohesión familiar. Cada pregunta se califica en una escala de 0 a 4, según la opinión del participante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado constituye una manifestación del respeto a la autonomía del individuo en el ámbito de la atención terapéutica y la investigación en salud. Más que un simple documento, debe entenderse como un proceso dinámico y progresivo que se establece entre el profesional de la salud y el paciente, y que concluye con la formalización de un acuerdo por escrito.

Mediante el consentimiento informado, el profesional de la salud brinda al paciente con capacidad de decisión una explicación clara y detallada sobre la naturaleza de su condición, así como sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico recomendado.

Este proceso incluye detalles sobre los riesgos, beneficios y posibles alternativas del tratamiento. El documento escrito sirve como prueba de que se ha proporcionado y comprendido la información adecuada. En esencia, el consentimiento informado refleja la actitud responsable y ética del personal médico o investigador, elevando la calidad del servicio y garantizando el respeto a la dignidad y autonomía del paciente.

Debido a la diversidad de valores y objetivos personales, la decisión más adecuada no siempre es aquella que se enfoca exclusivamente en la salud, sino la que procura el mayor bienestar considerando las prioridades y principios individuales de cada persona. Por ello, el proceso de toma de decisiones no depende únicamente del médico, sino que involucra activamente al paciente en la selección de la opción más apropiada para su situación.

PRODEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Debido a que la presente investigación tendrá el formato de investigación mixta los elementos que serán usados para la recolección de datos cualitativos y cuantitativos serán los siguientes:

- Historia Clínica
- Familiogramas
- Apgar Familiar
- Cuestionario de Apoyo Social Percibido (DUKE-UNC)

DESARROLLO DE LAS ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento de la siguiente investigación se encuentra dividido en tres grandes fases:

Fase de entrada: Aquí se hace primero la parte de delimitación del tema a trabajar, posteriormente se realiza una búsqueda de información y organización del tema. Se elabora el documento escrito y los formatos de cuestionarios y entrevistas.

Fase de intervención: En esta fase se lleva a cabo todo el proceso experimental y ésta a su vez se subdivide en dos fases. Iniciando esta fase es necesario que se haga la negociación con las parejas elegidas para intervenir.

Fase inicial de intervención: Aquí se hace una presentación inicial con el grupo de parejas con la intensión de exponer los motivos del estudio, y se pretende realizar un trabajo de rapport con los Participantes.

No. pareja	Participante	Genero	Edad	Escolaridad	Tiempo con la pareja	Tiempo con el Dx.
1	Participante 1	Femenino	49	Post grado		
	Participante 2	Masculino	55	Post grado	16 años	10 años
2	Participante 3	Femenino	49	Licenciatura		
	Participante 4	Masculino	49	Preparatoria	15 años	11 años
3	Participante 5	Femenino	66	Licenciatura		
	Participante 6	Masculino	66	Preparatoria	20 años	8 años
4	Participante 7	Femenino	32	Licenciatura		
	Participante 8	Masculino	32	Licenciatura	4 años	10 años
5	Participante 9	Femenino	41	Licenciatura		
	Participante 10	Masculino	49	Licenciatura	10 años	7 años
6	Participante 11	Femenino	37	Preparatoria		
	Participante 12	Masculino	31	Licenciatura	10 años	10 años
7	Participante 13	Femenino	49	Secundaria		2 años
	Participante 14	Masculino	55	Licenciatura	31 años	2 años
8	Participante 15	Femenino	50	Técnico		
	Participante 16	Masculino	43	Licenciatura	20 años	10 años
9	Participante 17	Femenino	47	Preparatoria		
	Participante 18	Masculino	56	Preparatoria	29 años	8 años
10	Participante 19	Femenino	55	Preparatoria		
	Participante 20	Masculino	62	Preparatoria	36 años	9 años

Descripción de muestra

Fase media de intervención: Durante esta fase se estarán aplicando las diferentes clinimetrías y cuestionarios que constarán de dos sesiones por mes con su respectivo conforme al programa de sesiones terapéuticas, se aplicarán también entrevistas, cuestionarios, se harán espacios de terapia de pareja y se realizarán las observaciones pertinentes y el seguimiento de avance, donde las parejas podrán expresar libremente sus experiencias vivenciales sobre el proceso terapéutico.

Fase de salida: En la fase final, se realizará un estudio minucioso de la información recabada. Este proceso implicará una evaluación estadística, donde se calcularán promedios y desviaciones para las puntuaciones generales y por pregunta. También se analizará la frecuencia de las respuestas, especialmente aquellas que indiquen bajos niveles de apoyo familiar. Se efectuarán comparaciones entre diferentes grupos, si es pertinente, y se interpretarán los hallazgos a la luz de los objetivos del estudio. Finalmente, se elaborará un informe que resuma los métodos, resultados y conclusiones, incluyendo recomendaciones para futuras acciones.

ASPECTOS BIOETICOS

El profesional de la psicología se abstendrá de utilizar la posición de autoridad o preeminencia que su rol le confiere sobre sus pacientes o participantes en estudios, con el fin de obtener ganancias personales o favorecer a terceros.

De igual modo, el profesional de la psicología evitará involucrarse en situaciones donde su rol y función se perciban como imprecisos o susceptibles a interpretaciones erróneas.

Los profesionales serán conscientes de que las diferencias de poder y los conflictos de intereses, inherentes a una relación profesional, persisten incluso después de su conclusión formal, manteniendo así la responsabilidad ética. La privacidad es un principio ético fundamental, ya que cada individuo participante debe estar informado de que la información proporcionada es confidencial, preservando el secreto profesional. Simultáneamente, se entregará a cada uno un documento que deberán firmar para asegurar la protección de sus datos personales.

La pareja podrá abandonar el proceso de la investigación en caso de sentir amenazada su seguridad personal, familiar o de pareja.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

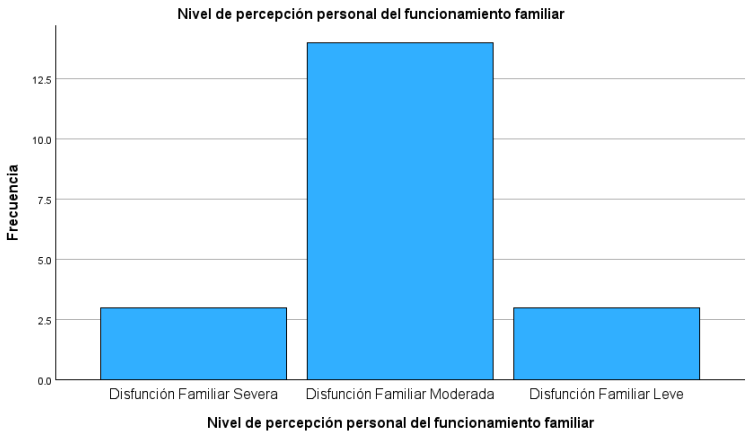
El análisis es el resultado de los instrumentos aplicados y experiencias construidas durante la Intervención terapéutica de pareja, la cual tiene elementos cuantitativos y cualitativos, dentro de los aspectos cuantitativos se consideraron los resultados de los instrumentos aplicados pre y post durante el proceso terapéutico que corresponden al Apgar Familiar y el cuestionario de apoyo social (DUKE-UNC). Inicialmente presentamos un análisis consistiendo en separar los elementos básicos del Apgar familiar y del Cuestionario de Apoyo Social con el propósito indagar como se presentas las parejas y los preconceptos relacionales que los definen y responder a las distintas cuestiones planteadas en el objetivo general y especifico de esta investigación.

El objetivo clínico del APGAR nos permitió determinar la percepción que tiene una persona sobre el funcionamiento de su relación de pareja y su entorno familiar en un momento dado, evaluando su capacidad de adaptación, cohesión y dinámica funcional.

1.-Grafica de resultados previos a las intervenciones del instrumento APGAR, siendo un total de 10 parejas.

Nivel de percepción personal del funcionamiento familiar

	N	%
Disfunción Familiar Severa	3	15.0%
Disfunción Familiar Moderada	14	70.0%
Disfunción Familiar Leve	3	15.0%

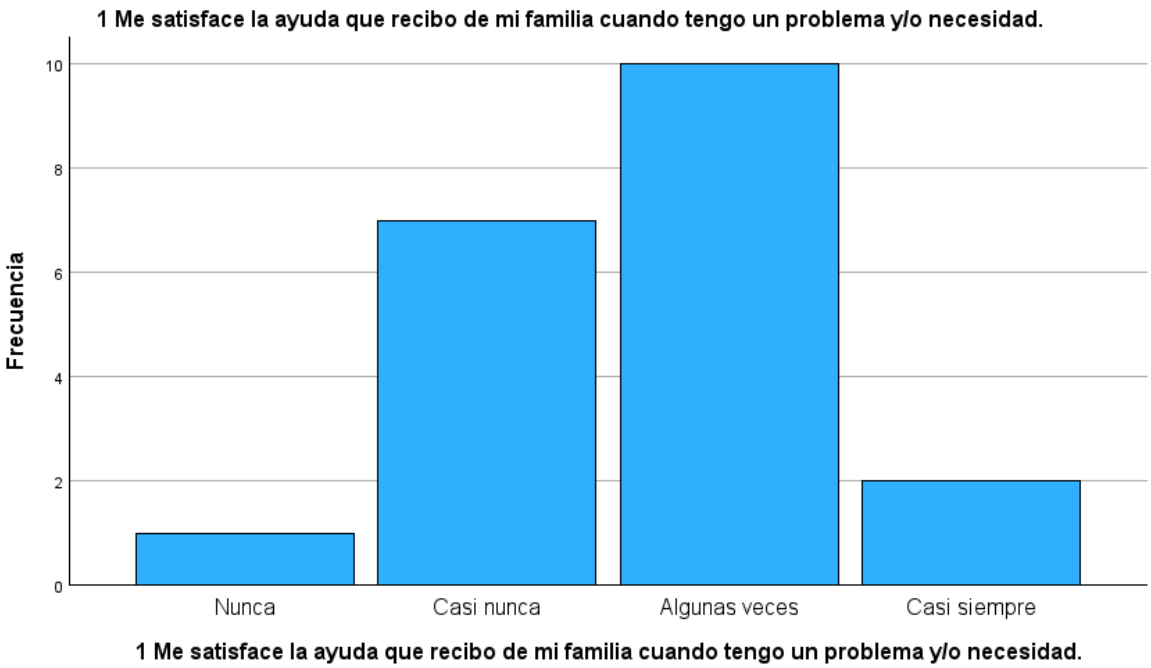


Haciendo un análisis por pregunta al inicio del proceso terapéutico de las parejas podemos observar que el 50% de las parejas no se encontraba satisfecha con el respaldo que le ofrece su compañero/a y familia, el cual fue un punto inicial para el proceso de terapia de pareja.

Valorando el aspecto de comunicación efectiva el proceso inicial reporta deficiencias al compartir las problemáticas tanto de salud como en los diferentes contextos.

1 me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad.

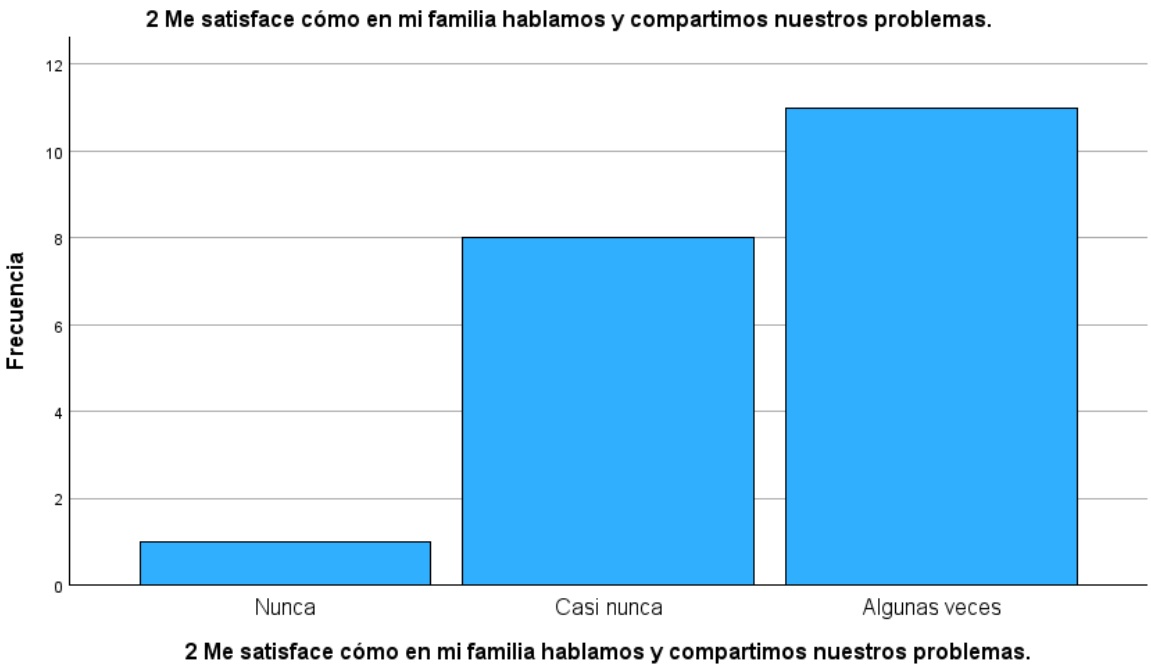
	N	%
Nunca	1	5.0%
Casi nunca	7	35.0%
Algunas veces	10	50.0%
Casi siempre	2	10.0%



Referente a los a los proyectos indivudales y relacionales ningun integrante al 100% se encontro satisfecho con el apoyo pecibido para emprender nuevas acitividades.

2 me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.

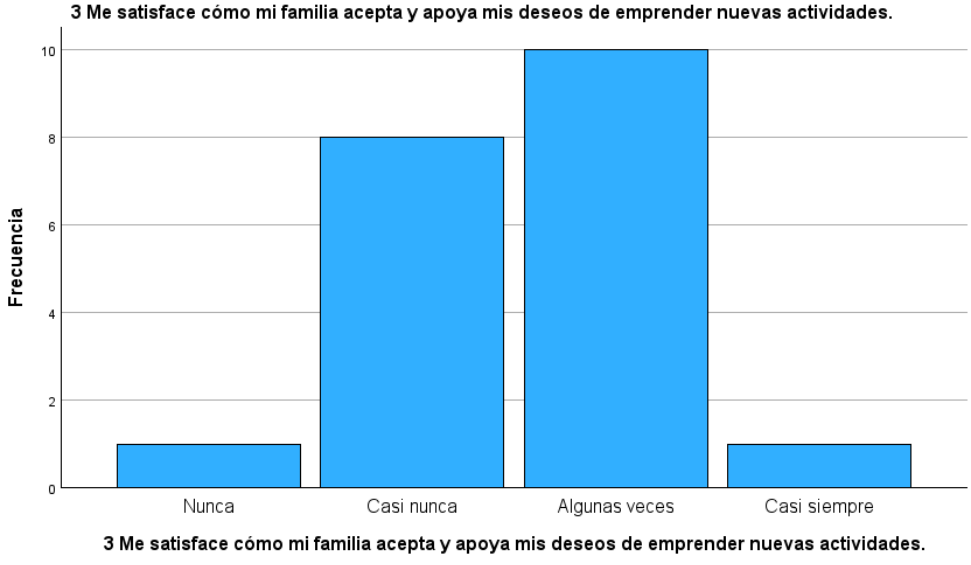
	N	%
Nunca	1	5.0%
Casi nunca	8	40.0%
Algunas veces	11	55.0%



Valorando los aspectos de emociones basicas del ser humano se detecto que solo 3 integrantes al inicio del proceso eran capaz de manifestar a su familia y pareja las emociones que ellos reportaban en el diario vivir.

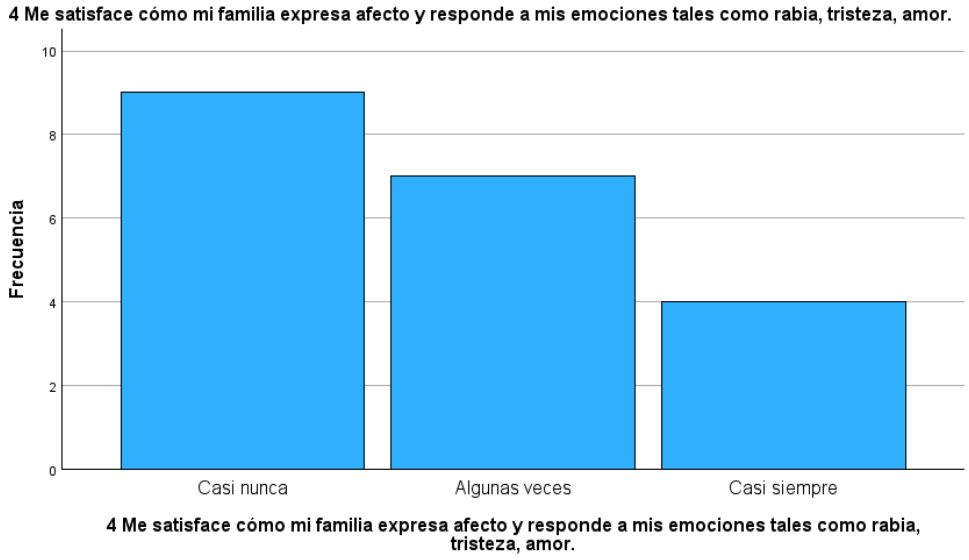
3 me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.

	N	%
Nunca	1	5.0%
Casi nunca	8	40.0%
Algunas veces	10	50.0%
Casi siempre	1	5.0%



4 me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.

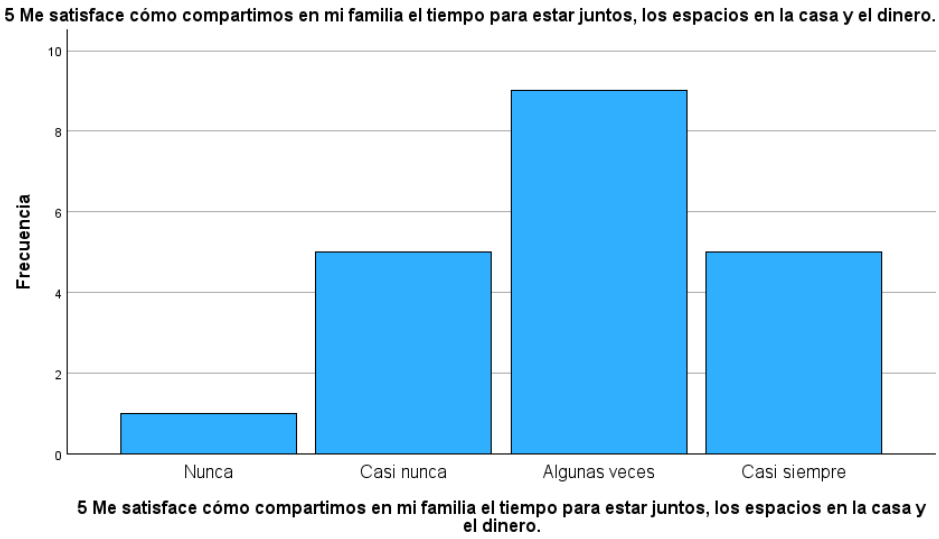
	N	%
Casi nunca	9	45.0%
Algunas veces	7	35.0%
Casi siempre	4	20.0%



La importancia de estar juntos y compartir tiempos y espacios dentro de la relación de pareja en un contexto inicial podemos destacar solo hubo respuestas satisfactorias en 14 integrantes.

5 me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.

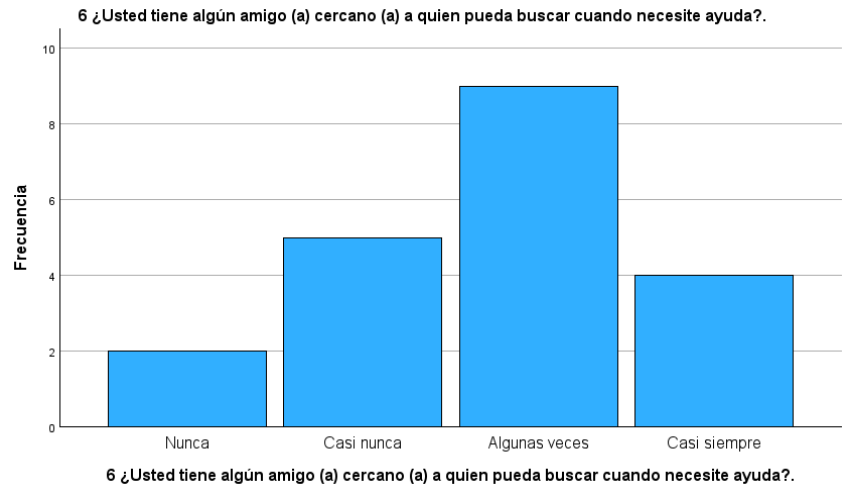
	N	%
Nunca	1	5.0%
Casi nunca	5	25.0%
Algunas veces	9	45.0%
Casi siempre	5	25.0%



En lo referente en el apoyo de un tercero o amigos 9 integrantes refieren batallar para conseguir un amigo en caso de enfermedad o requerir ayuda.

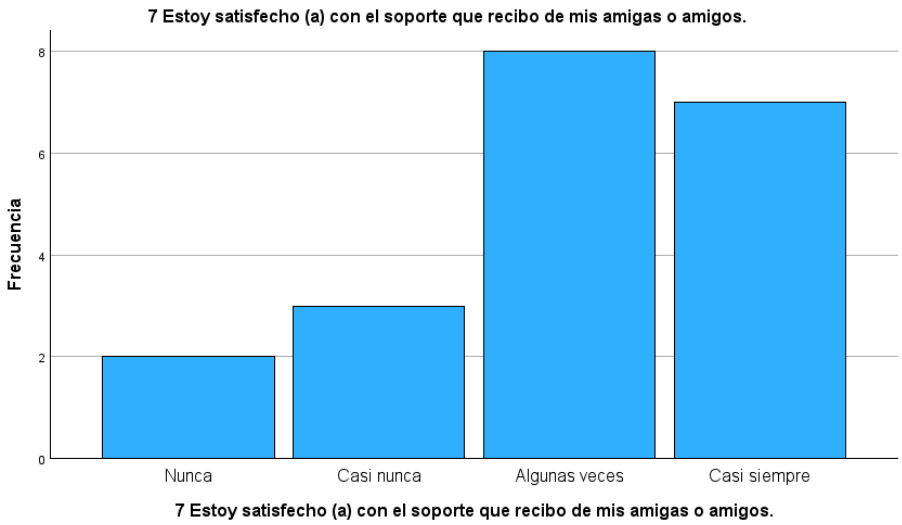
6 ¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?

	N	%
Nunca	2	10.0%
Casi nunca	5	25.0%
Algunas veces	9	45.0%
Casi siempre	4	20.0%



7 estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos.

	N	%
Nunca	2	10.0%
Casi nunca	3	15.0%
Algunas veces	8	40.0%
Casi siempre	7	35.0%

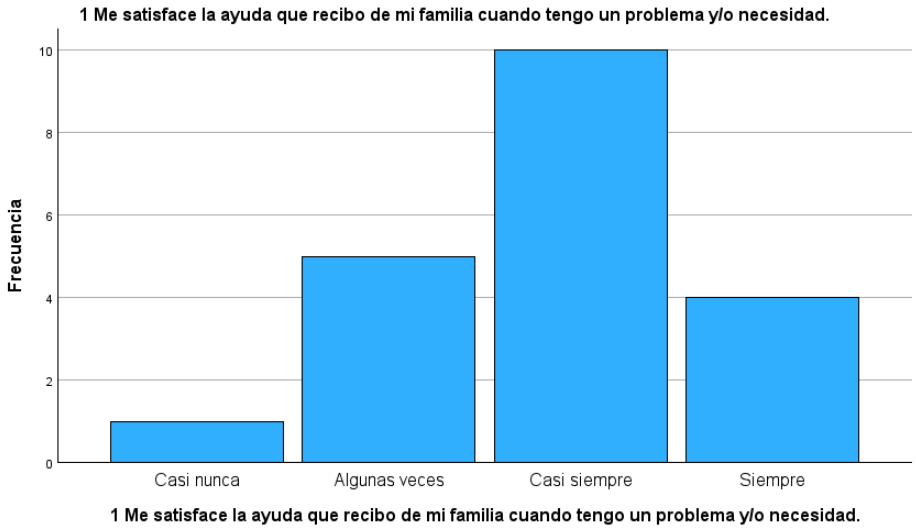


En el periodo de noviembre a diciembre después de concluir con la última sesión del proceso terapéutico se aplico nuevamente la herramienta del APGAR encontrándose una posición más nutricia en la relación con la creación de nuevos significados del proceso de salud enfermedad.

En lo correspondiente a la pregunta número 1, se generaron 19 aseveraciones más positivas.

1 me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad.

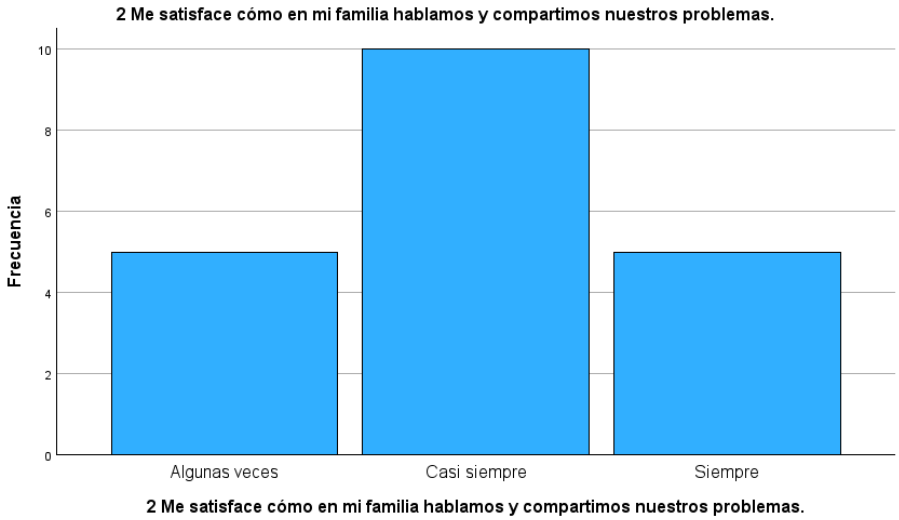
	N	%
Casi nunca	1	5.0%
Algunas veces	5	25.0%
Casi siempre	10	50.0%
Siempre	4	20.0%



En la aseveración 2 podemos observar como la satisfacción y las experiencias se comparten atreves de un dialogo más abierto y respondiendo de forma mas armoniosa.

2 me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.

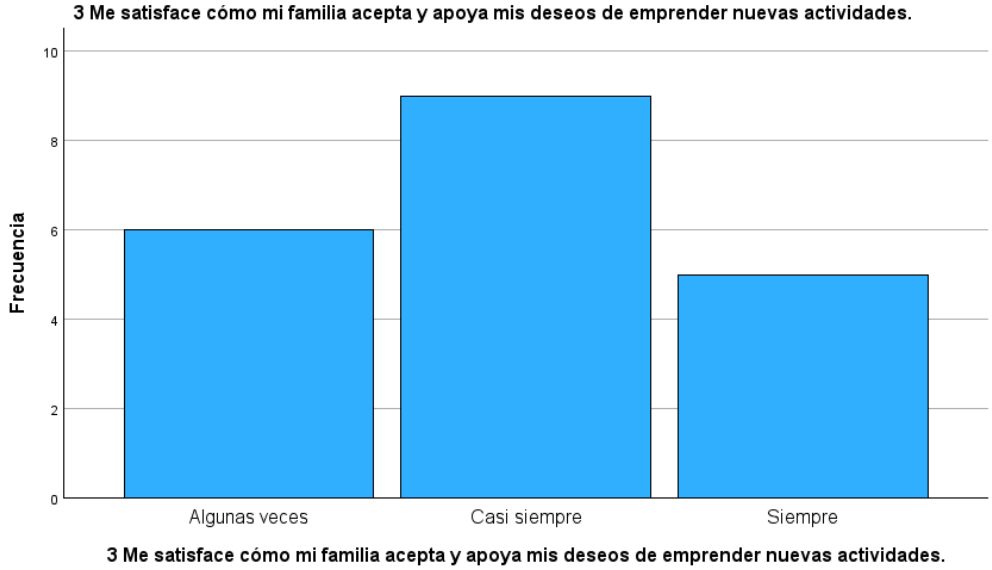
	N	%
Algunas veces	5	25.0%
Casi siempre	10	50.0%
Siempre	5	25.0%



En referente a los anhelos, valores y metas podemos observar cómo se construye una cultura de relación saludable a pesar de la enfermedad, habiendo resultados favorables en las 20 parejas

3 me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.

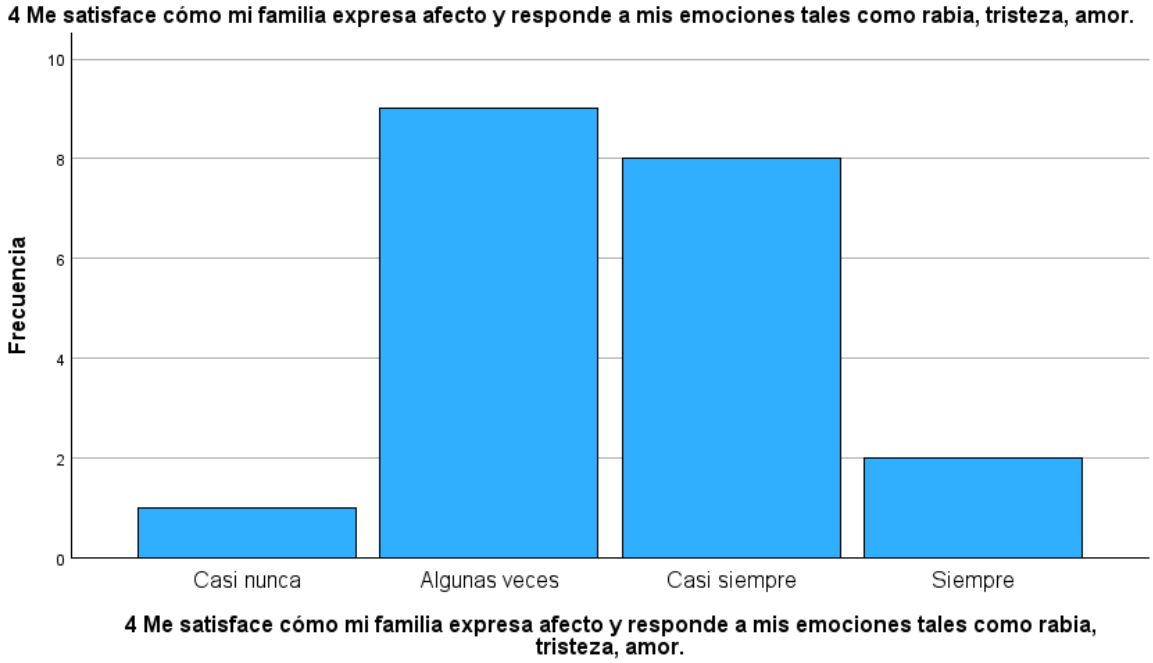
	N	%
Algunas veces	6	30.0%
Casi siempre	9	45.0%
Siempre	5	25.0%



En la pregunta numero 4 podemos observar cómo se mejora la comunicación y el reconocimiento y la expresión adecuada de emociones propias y de los demás. 19 integrantes responden satisfactoriamente

4 me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.

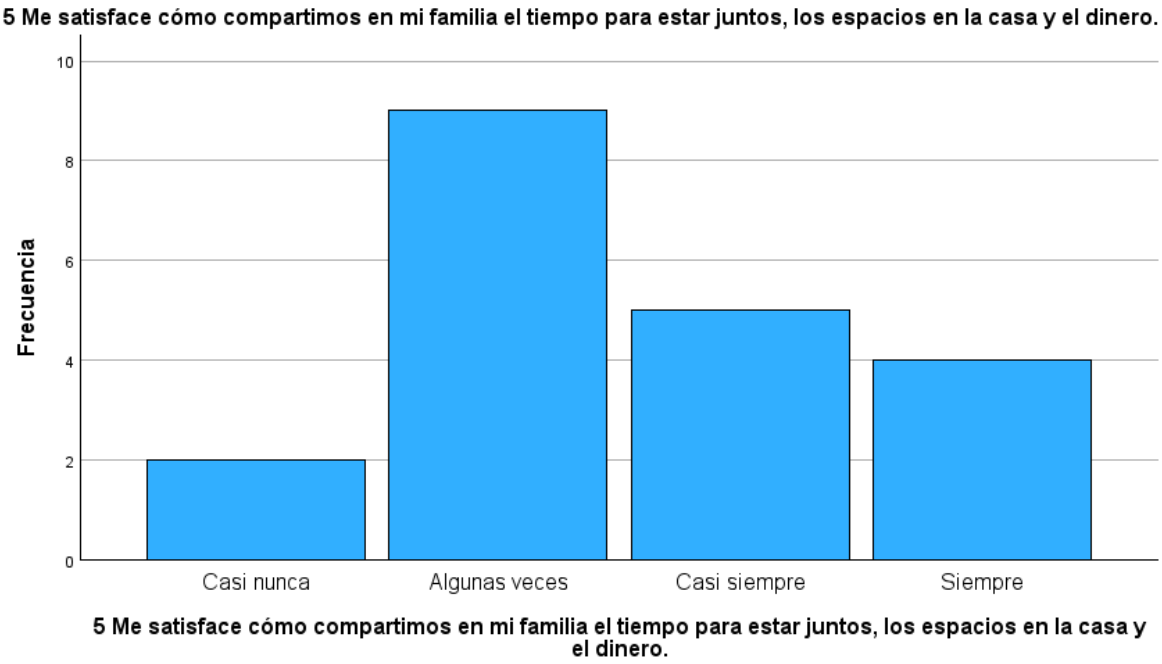
	N	%
Casi nunca	1	5.0%
Algunas veces	9	45.0%
Casi siempre	8	40.0%
Siempre	2	10.0%



En el área de espacios, tiempo y dinero se fortalece el acompañamiento y la convivencia sana de la pareja y la familia en 18 integrantes solo 2 integrantes el avance es escaso.

5 me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.

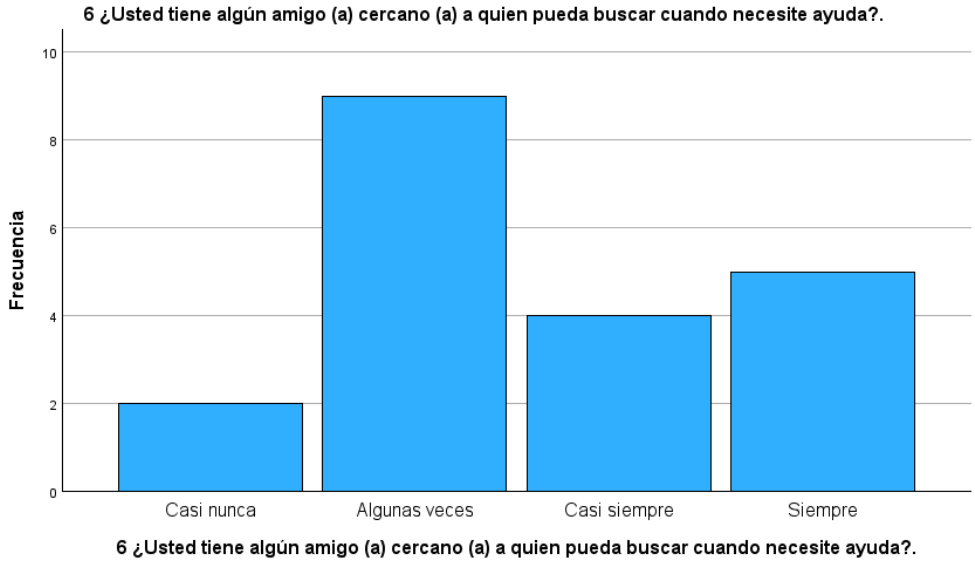
	N	%
Casi nunca	2	10.0%
Algunas veces	9	45.0%
Casi siempre	5	25.0%
Siempre	4	20.0%



Desde la niñez hasta la senectud, las amistades juegan un rol fundamental en la vida cotidiana. A pesar de los desafíos que, en ocasiones, implica confiar en otros, este estudio ha demostrado los beneficios de establecer este tipo de lazo interpersonal. Todos los participantes reconocieron la relevancia de contar con una red de soporte.

6 ¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?

	N	%
Casi nunca	2	10.0%
Algunas veces	9	45.0%
Casi siempre	4	20.0%
Siempre	5	25.0%



7 estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos.

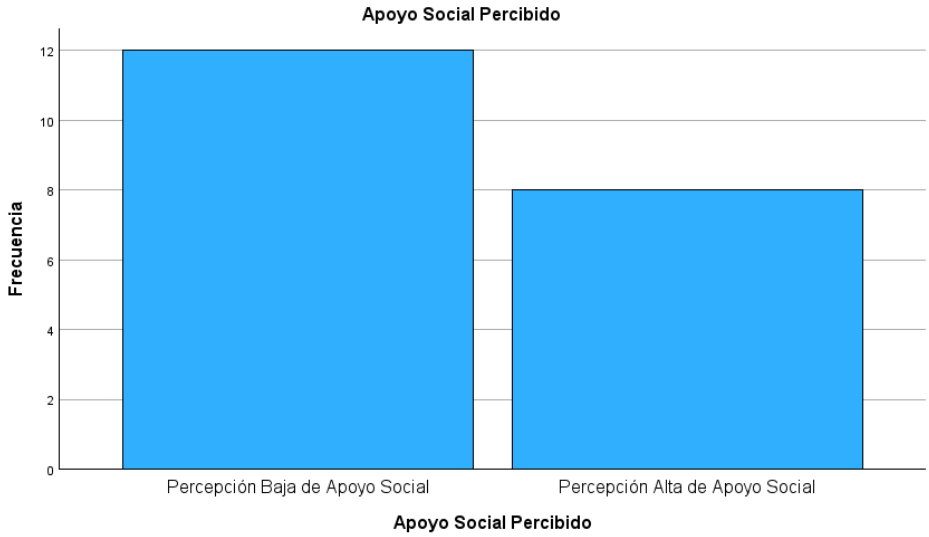
	N	%
Casi nunca	2	10.0%
Algunas veces	7	35.0%
Casi siempre	6	30.0%
Siempre	5	25.0%



El otro instrumento utilizado es el Cuestionario de Apoyo Social Percibido a continuación mostramos los hallazgos de dicha herramienta, encontrándose una baja percepción del apoyo social en el inicio del proceso terapéutico y con un aumento claro de la funcionalidad tanto de la pareja como de la familia tras recibir intervención terapéutica.

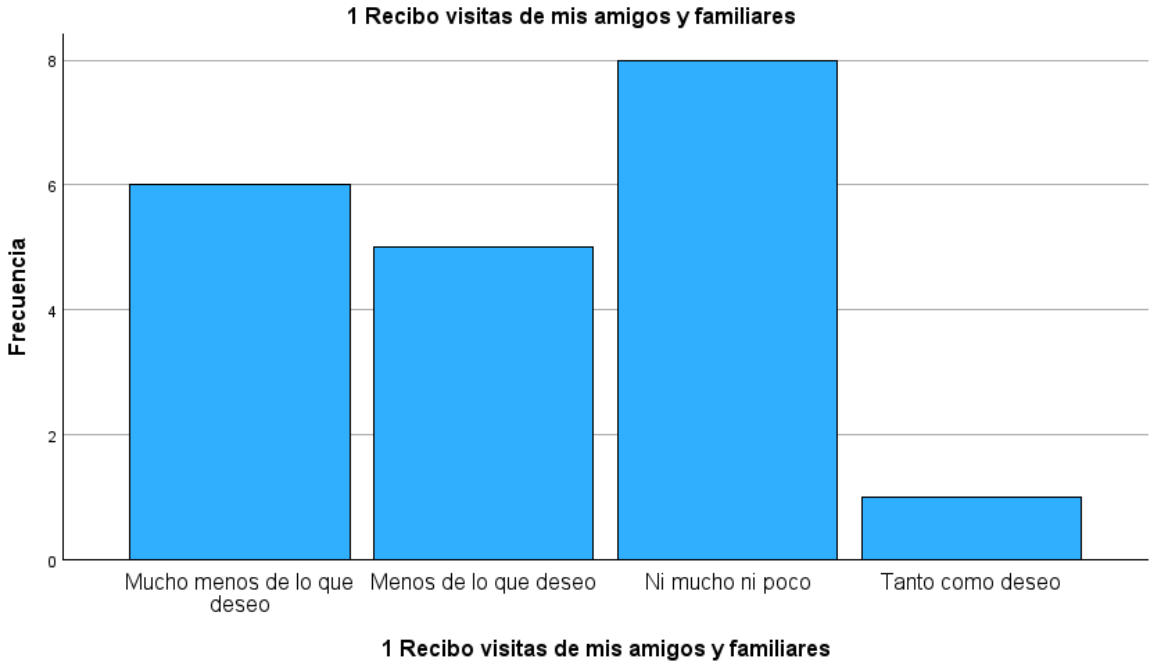
Apoyo Social Percibido

	N	%
Percepción Baja de Apoyo Social	12	60.0%
Percepción Alta de Apoyo Social	8	40.0%



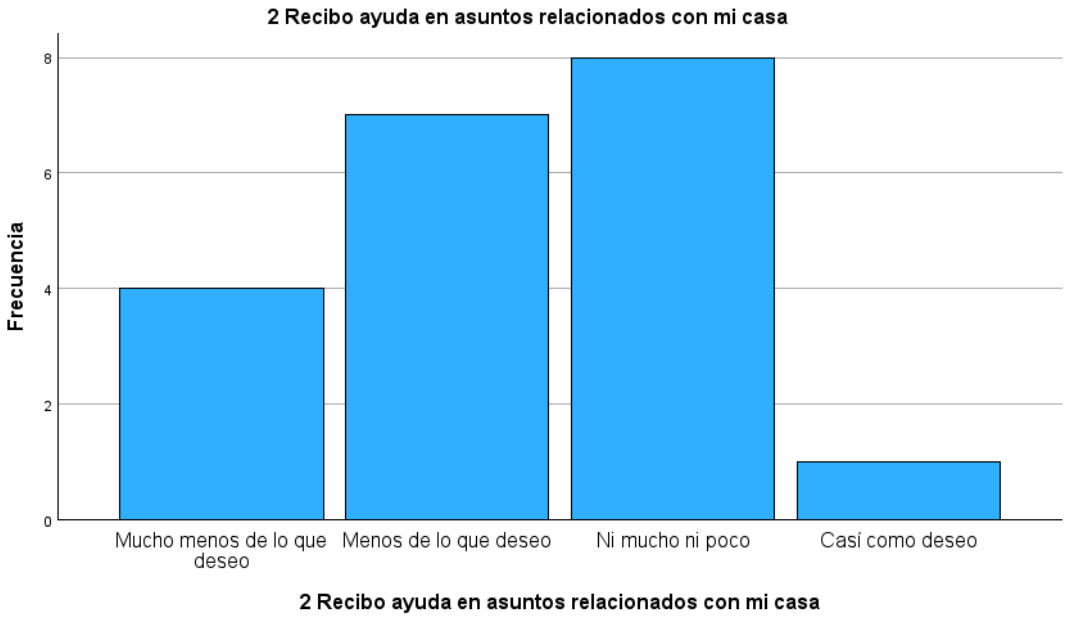
1 recibo visitas de mis amigos y familiares

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	6	30.0%
Menos de lo que deseo	5	25.0%
Ni mucho ni poco	8	40.0%
Tanto como deseo	1	5.0%



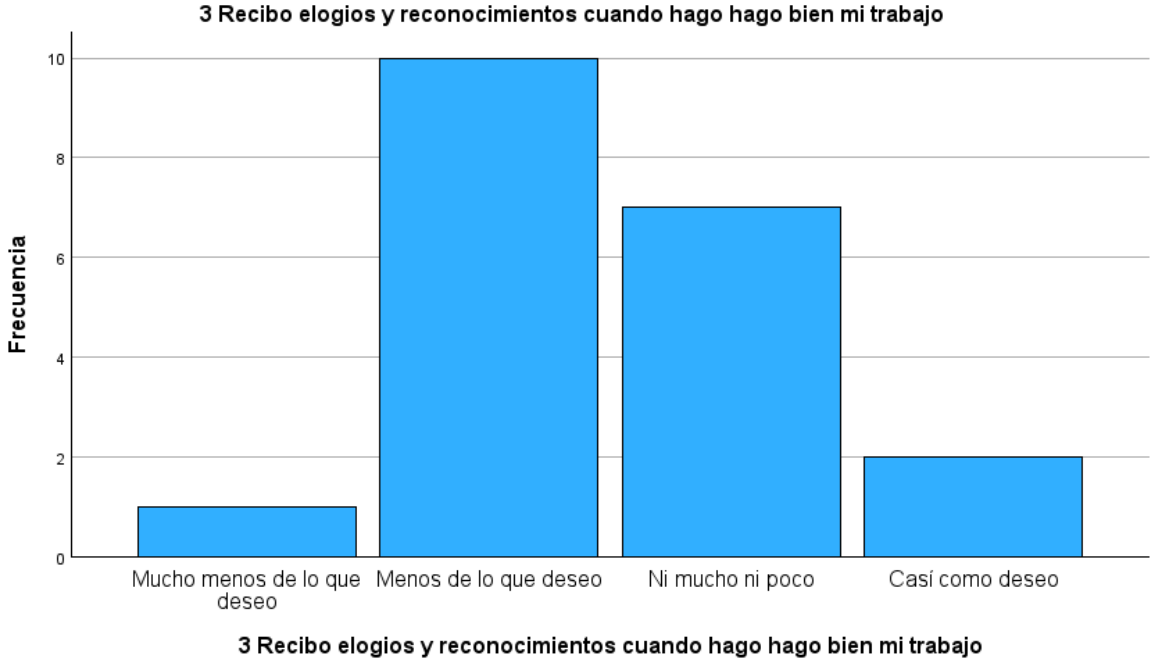
2 recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	4	20.0%
Menos de lo que deseo	7	35.0%
Ni mucho ni poco	8	40.0%
Casi como deseo	1	5.0%



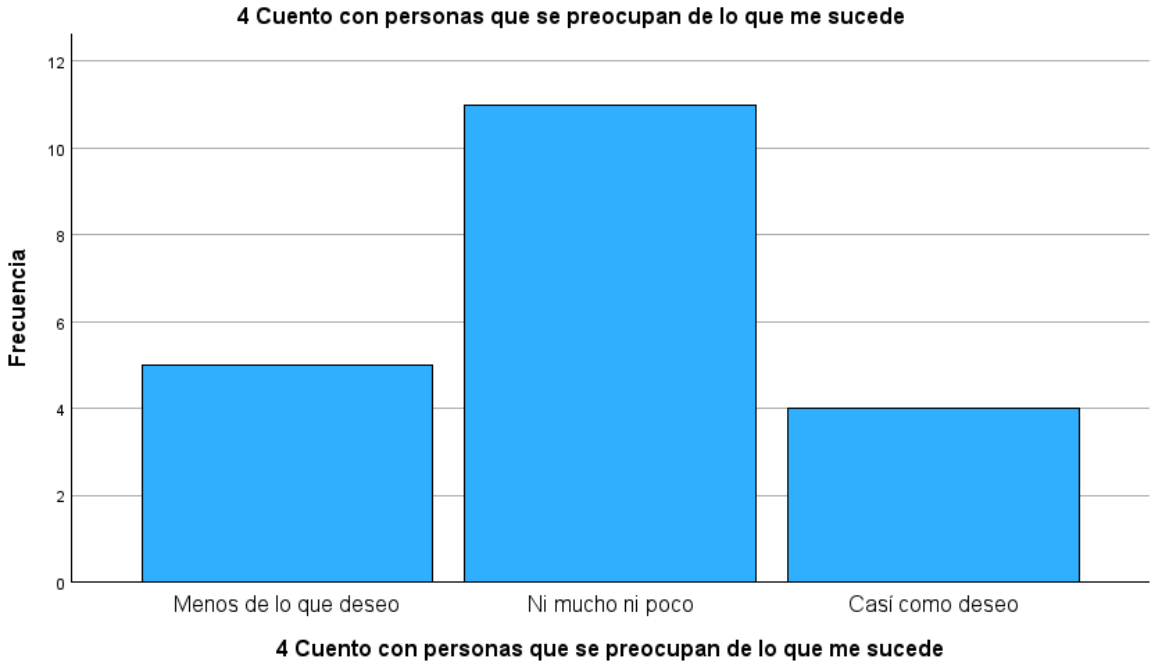
3 recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	1	5.0%
Menos de lo que deseo	10	50.0%
Ni mucho ni poco	7	35.0%
Casi como deseo	2	10.0%



4 cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede

	N	%
Menos de lo que deseo	5	25.0%
Ni mucho ni poco	11	55.0%
Casi como deseo	4	20.0%



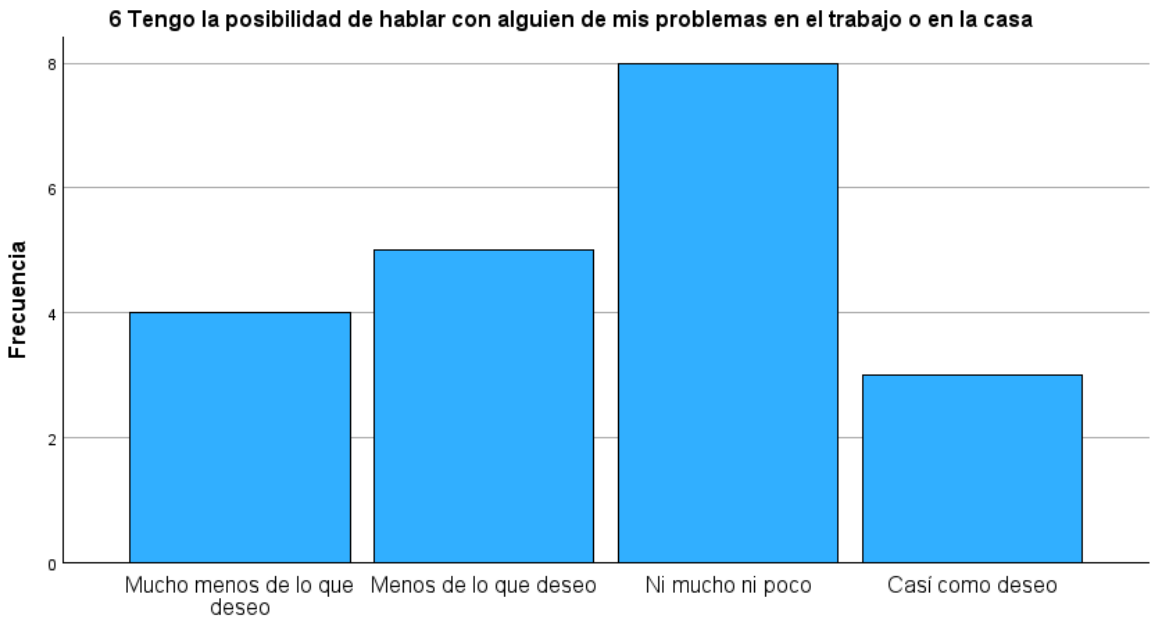
5 recibo amor y afecto

	N	%
Menos de lo que deseo	1	5.0%
Ni mucho ni poco	12	60.0%
Casi como deseo	7	35.0%



6 tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa

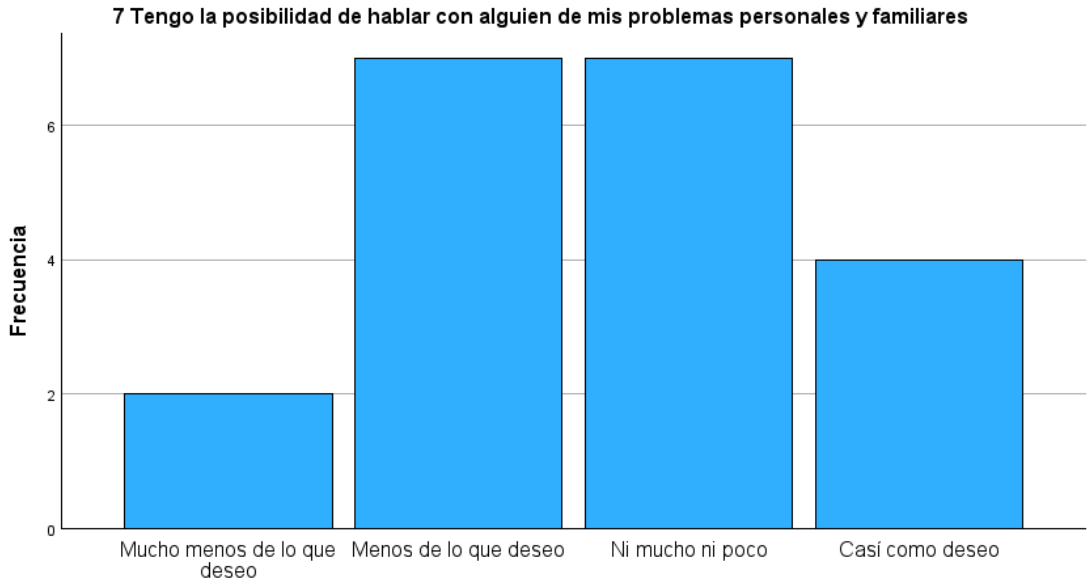
	N	%
Mucho menos de lo que deseo	4	20.0%
Menos de lo que deseo	5	25.0%
Ni mucho ni poco	8	40.0%
Casi como deseo	3	15.0%



6 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa

7 tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares

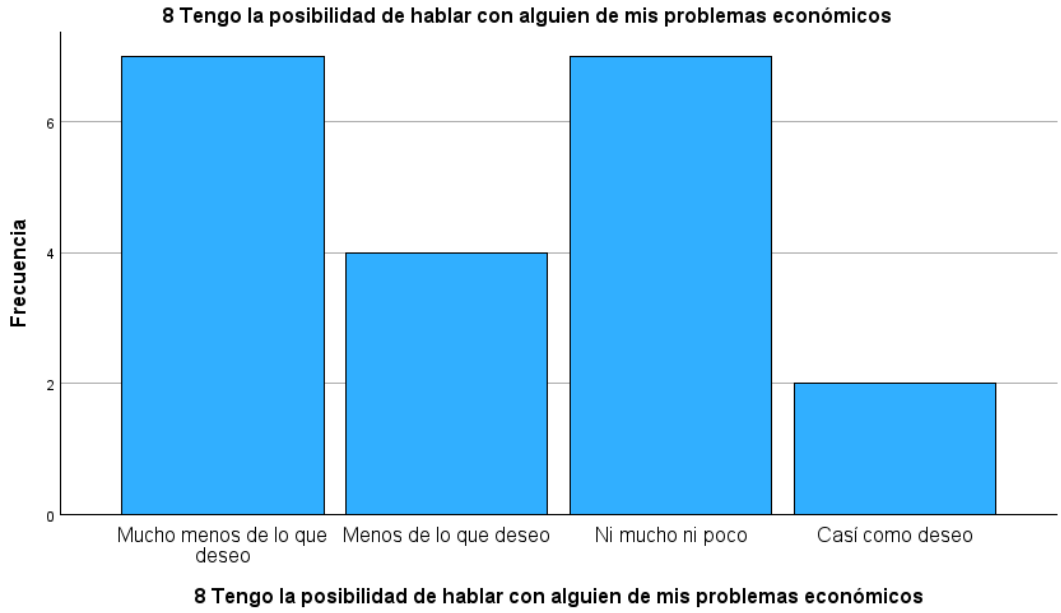
	N	%
Mucho menos de lo que deseo	2	10.0%
Menos de lo que deseo	7	35.0%
Ni mucho ni poco	7	35.0%
Casi como deseo	4	20.0%



7 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares

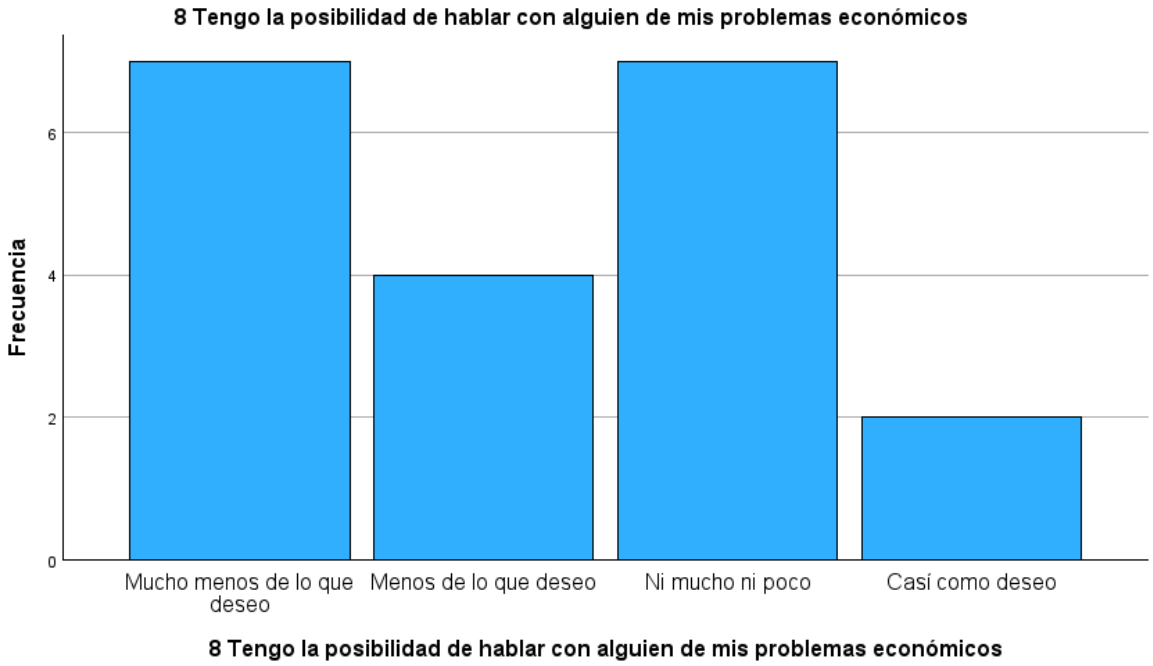
8 tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	7	35.0%
Menos de lo que deseo	4	20.0%
Ni mucho ni poco	7	35.0%
Casi como deseo	2	10.0%



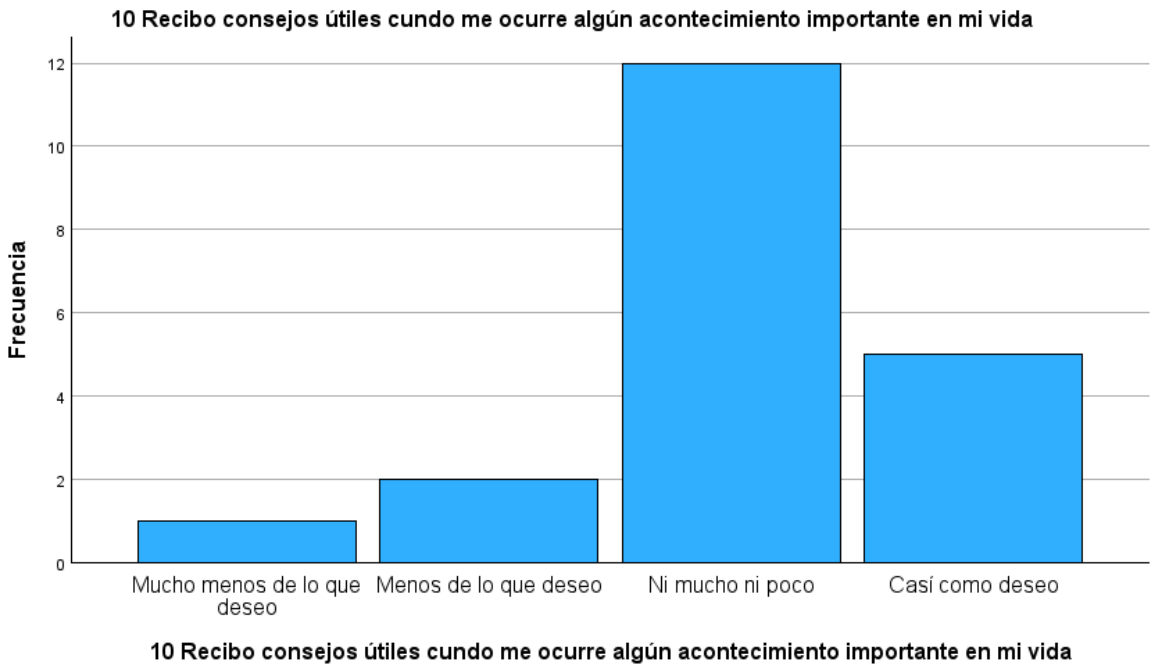
9 recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	2	10.0%
Menos de lo que deseo	1	5.0%
Ni mucho ni poco	14	70.0%
Casi como deseo	3	15.0%



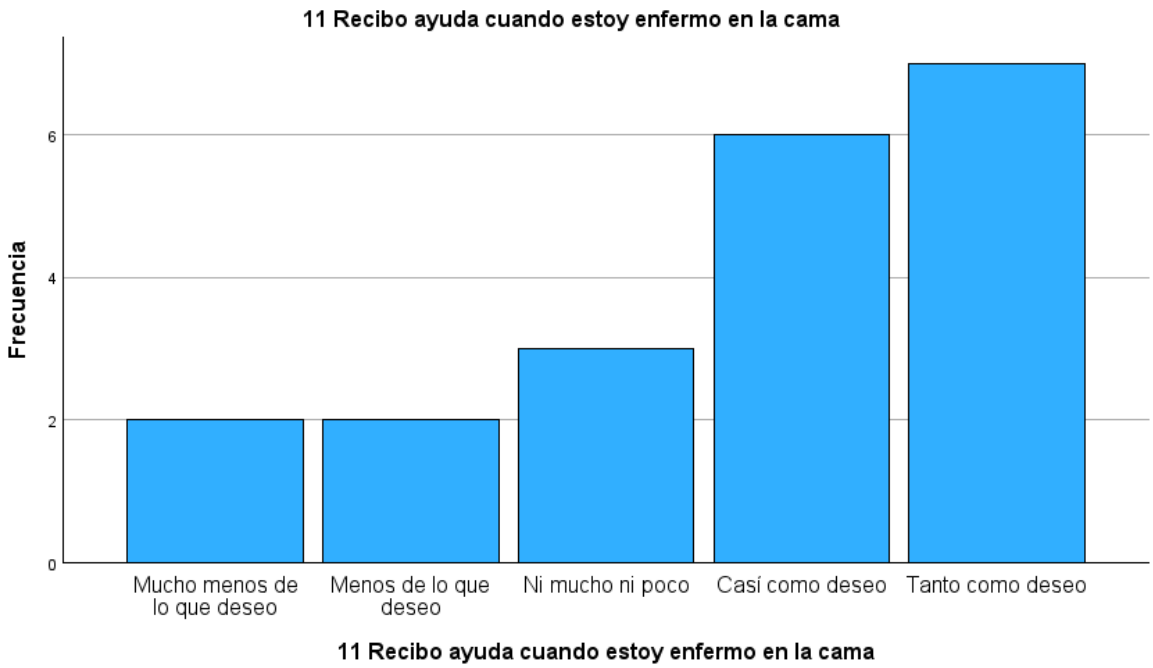
10 recibo consejos útiles cundo me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida

	N	%
Mucho menos de lo que deseo	1	5.0%
Menos de lo que deseo	2	10.0%
Ni mucho ni poco	12	60.0%
Casi como deseo	5	25.0%



11 recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

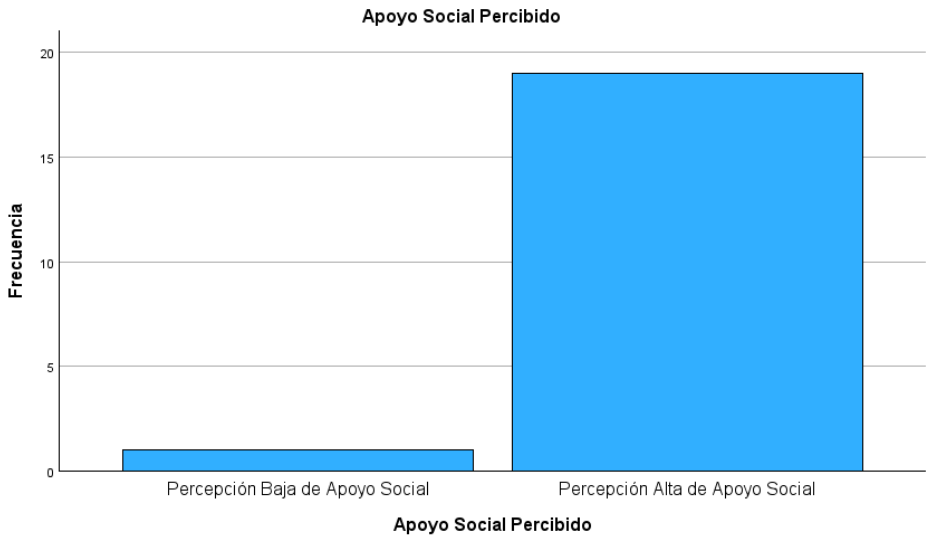
	N	%
Mucho menos de lo que deseo	2	10.0%
Menos de lo que deseo	2	10.0%
Ni mucho ni poco	3	15.0%
Casi como deseo	6	30.0%
Tanto como deseo	7	35.0%



A continuación, se muestran los resultados posteriores a la intervención terapéutica del Cuestionario de Apoyo Social Percibido donde se muestran 19 participantes con puntajes elevados arriba 32 lo cual indica una alta percepción del respaldo conyugal, familia y contexto.

Apoyo Social Percibido

	N	%
Percepción Baja de Apoyo Social	1	5.0%
Percepción Alta de Apoyo Social	19	95.0%

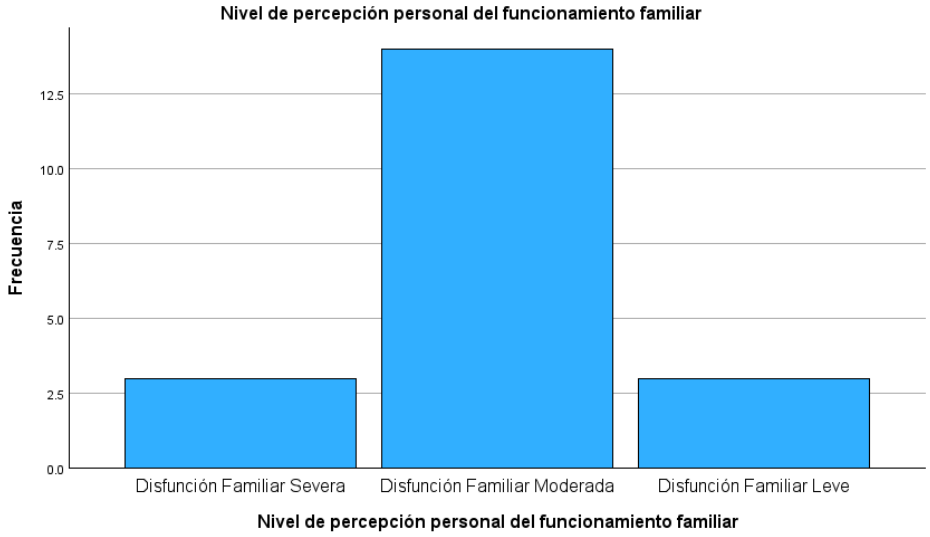


A continuación, muestro los resultados globales de las dos baterías empleadas en este proceso de investigación, las cuales arrojan que en la aplicación previa a la intervención terapéutica todas las parejas presentan un nivel de disfunción familiar; debido a que sus resultados están por debajo de los 16 puntos.

Nivel de percepción personal del funcionamiento familiar

	N	%
Disfunción Familiar Severa	3	15.0%
Disfunción Familiar Moderada	14	70.0%
Disfunción Familiar Leve	3	15.0%

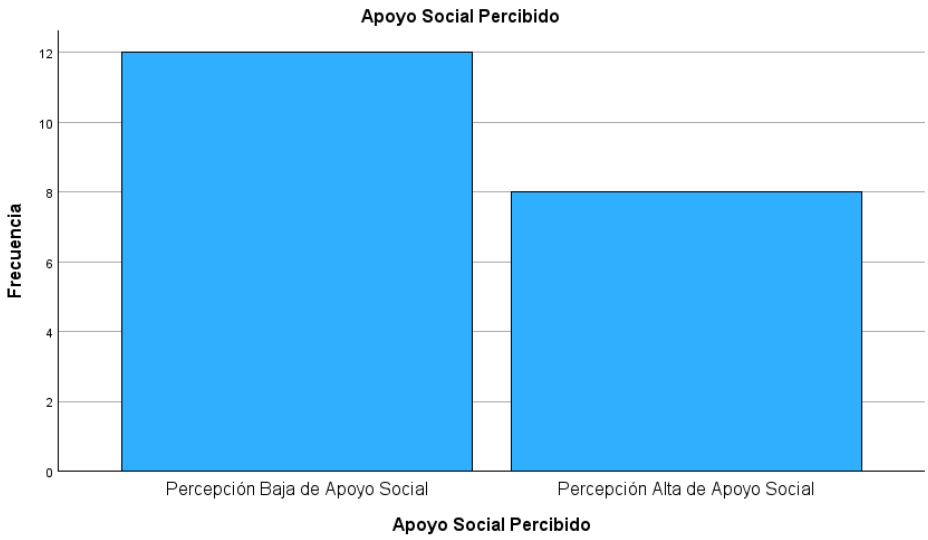
APGAR Familiar



Apoyo Social Percibido

	N	%
Percepción Baja de Apoyo Social	12	60.0%
Percepción Alta de Apoyo Social	8	40.0%

DUKE

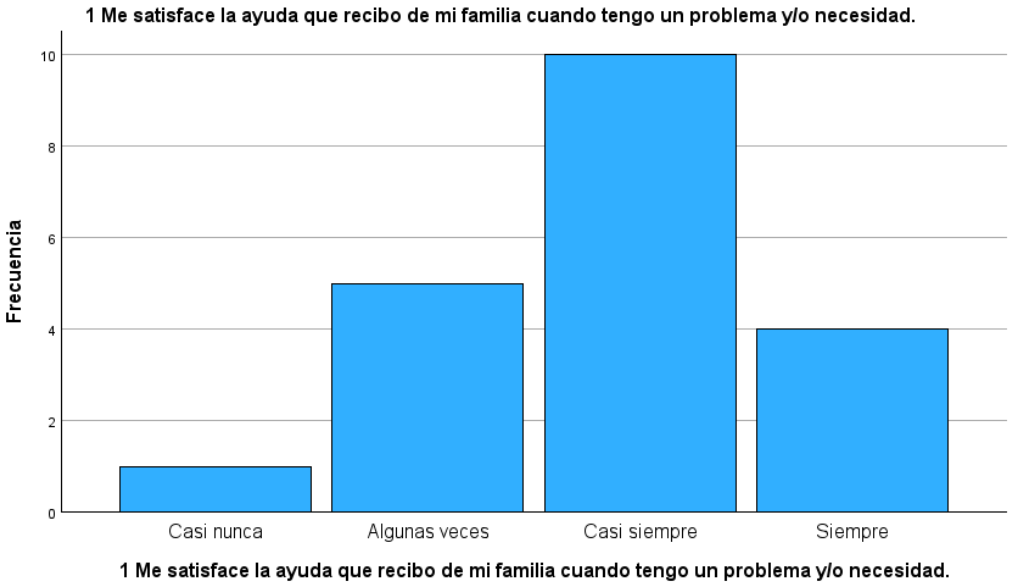


Al concluir el proceso terapéutico de pareja se realizó la observación, la cual arrojo cambios en los significados relacionales y de vinculación tanto en la pareja como a nivel familiar. Generando resultados por arriba de 42 puntos, lo cual muestra cambios significativos en la convivencia mostrando una mejoría en la forma de vincularse.

1 me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad.

	N	%
Casi nunca	1	5.0%
Algunas veces	5	25.0%
Casi siempre	10	50.0%
Siempre	4	20.0%

APGAR Familiar – Post



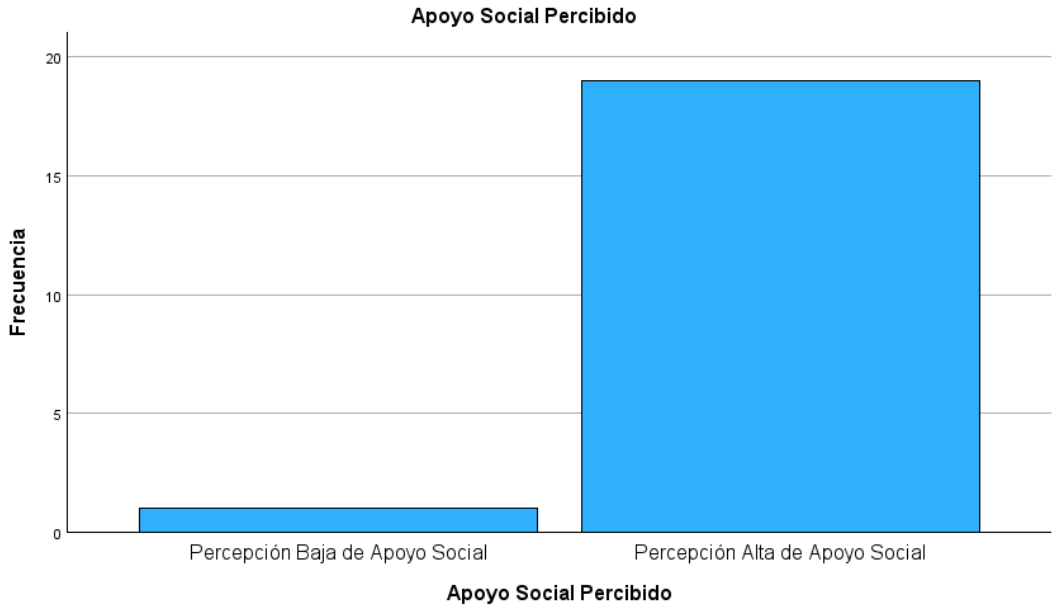
En lo referente a la percepción de ayuda por parte del cónyuge este estudio considera importante la apreciación y la creación de significados los cuales durante

La etapa inicial se expresa con una clara disminución de la percepción de ayuda ante situaciones críticas y de la vida cotidiana, mostrando puntajes por debajo de los 32 puntos, lo cual nos indica que existe una baja percepción de ayuda de parte de alguno de los integrantes de la pareja.

Apoyo Social Percibido

	N	%
Percepción Baja de Apoyo Social	1	5.0%
Percepción Alta de Apoyo Social	19	95.0%

DUKE



La creación de nuevos significados esta aunado a la generación de nuevas expectativas a relaciones más duraderas y de equidad, así como de ayuda, comprensión y acompañamiento. Después del proceso terapéutico se alcanzaron porcentajes de percepción de apoyo por arriba de los 32 puntos, por lo que podemos inferir que la percepción de apoyo social cambia cuando se recibe apoyo profesional y se generan visiones alternas que permiten descubrir nuevas formas de ver la vida.

Dentro de los aspectos cualitativos podemos referir que los individuos dan motivos a sus vidas y vincularse a través de la experiencia de interactuar con otros de tal manera que van modelando sus vidas y relaciones, y esto lo pudimos contactar en los discursos y narrativas de las parejas durante el inicio de las sesiones terapéuticas, dichos diálogos estaban cargados de historias saturadas de problemas.

Además, nos permitió examinar cómo el diagnóstico de una afección perdurable influye en el paciente y su círculo afectivo inmediato, trascendiendo las

simples implicaciones biomédicas. Por esta razón, el cuidado de la salud se ve matizado por una serie de factores culturales, económicos y sociales que suelen ser ignorados debido a la imposición de una perspectiva hegemónica: la de la medicina y la psicología.

En la práctica cotidiana del padecimiento, el individuo con una enfermedad crónica, junto con su red de apoyo familiar y social más cercana, toma decisiones y realiza acciones que se sitúan fuera del ámbito médico, inscribiéndose en espacios de relación e interacción social. En estos contextos, el paciente interpreta y otorga significado a su situación a partir de su propio lenguaje y de las representaciones que tiene sobre el concepto de enfermedad crónica.

Este estudio demuestra el impacto relacional y social que tienen la enfermedad cardiometabólica el cual es innegable como lo pudimos observar y está estrechamente relacionada con los vínculos con la pareja, el estado afectivo, autonomía, factores culturales, ambientales, espirituales e incluso con la situación autobiográfica.

Derivado de las observaciones realizadas durante el levantamiento de la historia relacional los integrantes se dan cuenta que es diferente estar solo que acompañado y expresan la necesidad de exteriorizar sus sentimientos, y cuanto más profundas e intensas son estas sensaciones, mayor es su urgencia por comunicarlas. Coinciden en que requieren socializar sus estados emocionales. Durante el proceso de una enfermedad cardiometabólica se afectan los diferentes contextos, por lo tanto, debemos cultivar la habilidad de relacionarnos de manera efectiva, lo cual implica contar con un referente que sirva de guía, auxilio y apoyo. A través de este proceso, las parejas pueden construir una convivencia armoniosa,

preservando al mismo tiempo su autonomía individual, por lo que las parejas se dan cuentan que constantemente negociamos en nuestra vida.

Cabe destacar que las parejas durante el proceso terapéutico detectaron que es lo que les gusta, motiva aprendiendo a disfrutar y a tener habilidades para reconocer que son capaces aun con la presencia de una enfermedad cardiometabólica.

Un punto muy importante que destacaron las parejas reconoció que los individuos con las que nos relacionamos nos proporcionan aprendizajes, colaboran y conforman su membresía de vida, reconocer la importancia de esa red para ser más llevadero el proceso de salud enfermedad.

Los participantes detectaron la importancia o el impacto que tiene la manera en cómo se vive la enfermedad cardiometabólica de acuerdo con las explicaciones que nos damos de lo que hemos vivido e interpretado.

En consecuencia, el diálogo se consideró como parte del método de intervención, facilitando el descubrimiento de anhelos, propósitos, valores, intenciones y principios vitales. Esto promovió la reflexión, el autodescubrimiento y la resignificación de la trayectoria de vida, tanto con la enfermedad como sin ella. Se buscó así la creación de nuevos significados que se alinearan con las nuevas trayectorias existenciales o de identidad que se experimentan con la enfermedad cardiometabólica.

Finalmente, se ha observado que los problemas emocionales y las enfermedades también están relacionados con nuestras creencias y valores, así como con la interpretación que damos a nuestras experiencias. Estas concepciones sobre la vida o la enfermedad pueden atrapar a las parejas o familias, impidiéndoles

adaptarse y generando una visión limitada en la que no consideran otras perspectivas.

4.2 DISCUSIÓN

El proceso emocional que vive la pareja y la familia ante una situación de crisis o enfermedad implica cambios importantes en la dinámica relacional ambas entes se ven envueltas en sentimientos ambivalentes ante una situación de enfermedad, este estudio reconoce el sistema conyugal como el principal aporte de apoyo ante esta situación, por lo tanto el análisis funcional tanto de la pareja como de la familia se pueden ver mermados inclusive en disfunción que no permiten abrir caminos ante una situación que se tienen que tomar determinaciones.

El proceso de terapia de pareja permitió a los participantes de este estudio a propiciarse el autoconocimiento, la confianza en la pareja vinculando emociones, relaciones y conciencia. Los consultantes venían cargados de una serie de presupuestos o suposiciones poco nutricios y esa parte de ideas tenían efectos concretos en su vida y en la forma en cómo se relacionaban con la pareja y con su propia enfermedad, que de una u otra manera sostenían los problemas haciendo que estos se agudizaran o perduraran por más tiempo.

El visualizar estos aspectos en terapia de pareja permitió la deconstrucción y desarmar las suposiciones que amarran la vida de la persona a los problemas, ya sea de salud o relacionales; así el conocimiento de uno mismo, de nuestras relaciones, así como entender nuestras experiencias y significados permite apoderarnos de nuestras contextos y discursos para desarmar presupuestos que permitan la generación de significados alternos y posibles.

Encontramos que al mejorar la comunicación el reconocimiento de sensaciones, emociones, pensamientos y actitudes permite desarmar las verdades asumidas que nos permiten impulsar la toma de decisiones y acciones que permiten a la pareja establecer contactos saludables y esto conlleve a una mejor adherencia a su tratamiento en situaciones de enfermedad.

Este estudio exploro significados y como la sociedad, la cultura influencia en esta definición que está cargada de verdades o creencias que permearon la visión de vida e identidad de nuestros participantes.

Aparte del proceso terapéutico, las baterías utilizadas reportan que las parejas ante una situación de enfermedad generalmente vienen cargadas de historias saturadas de problemas, lo cual limita la visualización de su abanico de posibilidades, el proceso de terapia de pareja impulso la generación y permitió descubrir del para que y como desean vivir la vida a pesar del proceso de enfermedad.

Concluimos que el apoyo familiar, del contexto y profesional son pilares para una buena evolución del proceso salud- enfermedad, como vemos los elementos de una historia y los significados pueden ser utilizados para el planteamiento de una nueve identidad y elementos de acción que permitan recuperar y cambiar los vínculos relacionales para hilar historias alternativas. Concluimos que la vida es relacional, actuamos, nos desenvolvemos en medio de relaciones en las cuales desplegamos, negociamos lo que somos, actuamos de acuerdo con lo que valoramos en la vida y dentro de estas aprendemos lo que podemos ser.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

5.1 HALLAZGOS

Cuando un integrante del sistema familiar o de la pareja crisis de salud crónica con el componente cardiometabólico, el estudio revela que la pareja y la familia se convierten en la principal red de apoyo. Esto lleva a una reestructuración o reordenación de la vida, incluyendo participaciones y labores puntuales para cumplir con con todos los quehaceres necesarios.

Las parejas analizadas indican que, a pesar de experimentar un mayor número de conflictos en relaciones más prolongadas, se sienten satisfechas con su relación. Esto evidencia que el vínculo conyugal juega un rol determinante en el curso de la salud y la enfermedad, y es imprescindible proporcionarles espacios idóneos para la expresión y la participación conjunta.

Cuando somos parte de una relación de pareja, la mayoría de las personas estamos interesadas en mejorar la relación, sin embargo no sabemos cómo hacerlo derivado de esto la terapia de pareja es un pilar fundamental y un vehículo apropiado para que los individuos evolucionen en sentido de la integración de opuestos, con la finalidad que estas puedan convivir armónicamente teniendo cada una el derecho a existir como parte integral de la psique.

Como parte de este proceso de investigación me atrevo a decir que trabajamos con personas (parejas) para que encuentren nuevos significados al tener la experiencia de contar, re-contar relatos e historias de aspectos de sus vidas y coconstruir relaciones con eventos y significados desarrollándolos como historias vividas y memorables y establecer una experiencia emocional creativa, que nos

permita experimentar emociones, recapitular los conflictos y ampliar la visión del mundo de la pareja.

Con el tiempo del proceso terapéutico de la pareja los llevó hacia el desarrollo de líneas múltiples de su historia con significados ricos o tal vez complejos que les permitio ver las posibilidades múltiples para la vida relacional. Con esto no pretendo decir que borraremos los conflictos de pareja o las historias problemáticas si no que adquirieron un significado diferente cuando se promueve la toma de conciencia del cómo se relacionan y generar un proceso funcional de trabajo.

Cuando las parejas acudieron a terapia observamos que se encontraron con una historia pobre, delgada o endeble y el proceso personal se atascó, enfocándose solamente en unas pocas de sus muchas experiencias de vida.

Por lo que como trabajo inicial la primera tarea en esta investigación fue lo es la escucha de las historias de vida y verla como una de muchas historias posibles, escuchando con una actitud nos ayudó a detectar cuando las parejas hacen referencia implícita o explícita de necesidades, vergüenzas, diferencias, divergencias, intereses que nos ayuden para el trabajo de reconciliación terapéutico y que la pareja no piense que el otro le deba algo o viceversa.

Durante las entrevistas iniciales de terapia se observó que las parejas acuden o ya habían hecho conclusiones acerca de su identidad y son parte de una historia saturada de problemas “El cónyuge contenido está por completo dentro del matrimonio…. El cónyuge contenedor mira siempre por la venta hacia afuera”.

Pudimos verificar que los acontecimientos de vida son el punto de entrada y se tiene que reflexionar e identificar y crear un andamiaje entre sueños, esperanzas, deseos, valores, compromisos y principios de vida y cuando la pareja esta

conflictuada es importante saber cómo inicio la misma, porque todos aquellos actos de dos personas preocupadas por atacar la autonomía y la seguridad del otro….son un intento de llevar el control de la relación y de evitar los sentimientos de opresión y abandono.

Por lo que es indispensable que las parejas se expandan en su imaginación y en sus habilidades de creación, pará hilar una nueva perspectiva, líneas de identidad que les permitan a las personas reconsiderar lo que ha pasado con sus vidas o lo que está pasando y lo q esto significa, de tal manera que puedan generar nuevos o reencontrar otros significados y cuando se va tejiendo una nueva visión de los conocimientos y habilidades va emergiendo cambios de acciones que harán posible un compromiso y un rescate de la vida en pareja.

Confirmamos que no hay una terapia mágica pero si una comunicación terapéutica efectiva que responde al intercambio comunicativo que se engendra con el lenguaje y genera la transformación. Como terapeuta familiar no me dejo llevar por los supuestos ya que las palabras no son necesariamente un reflejo de la realidad y en cada pareja existe un mundo de experiencias que reflejan su forma variada de ver el mundo.

Podría afirmar que como terapeutas nunca logramos acceder al conocimiento o a la experiencia total del otro pero si contribuir a la generación de nuevos significados y aun proceso de reautoria.

La comunicación terapéutica que establecemos tiene efectos significativos en el proceso de tratamiento. Lo que los consultantes comparten está profundamente relacionado con el contexto en el que ocurren los eventos, ya que la respuesta de los demás puede apoyar o desafiar la forma en que actuamos y nos percibimos. Es

en este contexto donde el consultante comienza a formarse una idea sobre sí mismo.

La narrativa y el relato, utilizados como alegoría, nos permitieron discernir cómo se estructura la vivencia experimentada. Empleamos técnicas como el diálogo externalizante, la reautorización, el uso de la escritura y cartas terapéuticas. Estas herramientas han fortalecido tanto a los pacientes como a la práctica terapéutica en el contexto de la pareja.

Descubrimos, como un hallazgo significativo, que la comunicación consigo mismo y con los demás representa un desafío complejo. La comunicación trasciende la mera transmisión de información entre emisor y receptor, va más allá de la gramática, la estructura del lenguaje y su uso práctico. Supera las barreras de la comunicación funcional o disfuncional, e incluso trasciende el silencio. En resumen, abarca mucho más de lo que se percibe a simple vista.

Realizar acciones que estén en sintonía con nuestros pensamientos requiere un esfuerzo personal significativo. Es relativamente sencillo actuar impulsivamente, mientras que el proceso de reflexión demanda mayor dedicación. No obstante, alinear nuestras acciones con nuestros pensamientos representa un desafío aún mayor. Lograr congruencia en la vida, especialmente en momentos importantes o relevantes como el diagnostico de una enfermedad cardiometabolica debe ser un trabajo constante.

Observamos cómo la sociedad contemporánea se encuentra cada vez más fragmentada y dividida, lo cual nos induce parcialmente, según el contexto y nuestra condición, a reaccionar únicamente con una parte de nuestras respuestas,

sentimientos e identidad. Por lo que mucho del trabajo psicoterapéutico consistió en integrar vivencias y englobar conductas contradictorias en un sentido común.

Considero que la comunicación no es una opción prescindible para el ser humano, sino una necesidad intrínseca. Su naturaleza social lo impulsa inevitablemente a establecerla.

Las parejas participantes establecen comunicación debido a su necesidad imperiosa de bienestar psicológico. No se trata únicamente de una necesidad humana fundamental, sino también del medio para satisfacer otras muchas. La conducta comunicativa no solo les permitió satisfacer sus propias carencias, sino también facilitar a otros la satisfacción de las suyas.

Los participantes consideraron la escucha como un arte, cuya función consistió en construir una armonía entre el ser y la colectividad, armonía que se puedo conseguir en la medida que la expresión encontró oportunidades para desarrollarse y ejercitarse.

Si bien es cierto, los participantes detectaron que nadie es capaz de comunicarse de una manera perfecta, también lo es que todos podamos intentar una mutua comprensión a través de la disponibilidad, física y psicológicamente activa, hacia la persona con la que deseamos comunicarnos.

Nos dimos cuenta que escuchar a la pareja no es solamente el preludio para una respuesta verbal, recordar que todo es comunicación y como integrantes debemos escuchar auditivamente y corporalmente haciendo resonar imágenes, sensaciones, emociones, fantasías, creencias, ideas, pensamientos, proyectos, sueños, anhelos y escucharse a sí mismo y al otro y escuchar en relación a lo que

se va formando y así, desenvolviendo, desplegando y construyendo una atmosfera entre ambos.

Si admitimos que el cambio es constante los participantes se comportaron como si el cambio fuera inevitable. Creemos que no hay única forma de escucha, lo importante es interesarse por el autoconocimiento, si la terapia está sirviendo al terapeuta para su propio desarrollo, seguramente también estará sirviendo al desarrollo de los consultantes o parejas.

Este estudio permitió confirmar que el llevar terapia de pareja durante un proceso de diagnóstico y evolución de una enfermedad permite entender y organizar la experiencia de vida y proponer a la pareja una nueva forma de ver la vida.

Durante el proceso los participantes reconocieron que el conocimiento genera verdades y relaciones de poder, con las que se interpreta la realidad e indispensables para la toma de decisiones responsables.

Observamos que, cuando un paciente y su pareja o familia tienen un entendimiento claro del objetivo del tratamiento, así como del diagnóstico, estado actual y pronóstico del paciente, ambos pueden involucrarse activamente en la organizacion básica. Al discernir la problemática a la que se enfrentan, adquieren la capacidad de tomar decisiones fundamentadas y congruentes en relación con el tratamiento. Esto, a su vez, contribuye a mejorar el estilo de vida tanto de la pareja como de la familia en general.

El narrar sus vidas fue visto como parte de la riqueza cultural de las parejas y fraguada en el seno de las mismas lo que permitió tener una posición crítica y reflexiva del conocimiento, por lo tanto la desconstrucción de los problemas sirvió

como herramienta para desarmar los supuestos implicados en los conceptos y discursos de vida de la pareja frente a la enfermedad.

El poder comunicar sus historias de vida género un compromiso con la utilización del conocimiento, lo cual implico una mirada social y relacional e individual, por lo tanto el saber y externar genero una práctica que no solo cambio si no que permitió un ejercicio auto-reflexivo, de generación de compromisos significativos de autoexploración y una trasformación personal.

Por lo tanto todos nos dimos cuenta que las narrativas de identidad son negociadas, por lo tanto el grupo en que se participo es parte de lo que nos constituye así, el respeto a los otros, la tolerancia a las diferencias son parte de nuestro compromiso social.

Inevitablemente para aprender hay un proceso de copiar como lo refiere Geertz, (1986), en ese mismo proceso de hacer suyo, de lograr escuchar la narrativa de otro se está creando algo diferente esto es, se está haciendo un proceso en el cual existe “un copiar que origina” y precisamente en este hacer único y novedoso cada uno de los participantes aporta y con lo que se enriquece o cambia lo conocido de la experiencia hacia lo posible por conocer y esos desarrollos son los que se recuperan en los participantes como acontecimientos extraordinarios en la historia de vida.

Durante los procesos de terapia de pareja se observó cómo es que las parejas regresan a su andamiaje para recapitular los elementos que se construirán de esa forma lo que podría llamarse antropología de sí mismo.

Los participantes ceptaron plenamente la responsabilidad de sus desiciones y dejaron de conformarse con las interpretaciones que les habian sido impuestas,

debido a que se vieron confrontados en un abanico de oportunidades acerca de la continuidad o discontinuidad de sus vidas y se dieron cuenta de la responsabilidad que tienen o que están haciendo durante el caminar de su línea de vida y como terapeutas nos sumamos a ellos con el propósito de desafiar, acompañar, descubrir e impulsar decisiones mas nutricias para la pareja.

Además de la entrevista, el uso de la autobiografía como documento terapéutico permitió expresar en los participantes asuntos inconclusos, preocupaciones los cuales se expresaban con frecuencia y determinaban el comportamiento, la acción y el sentido en sus vidas.

En la segunda redacción, los participantes presentan una narrativa de vida libre de ambigüedades y contradicciones, lo que permitió identificar la co-creación de alternativas, basadas en el principio de reautorización que postula que no existe una única historia. Esta perspectiva posibilita una revisión distinta de la vida, revelando relaciones nuevas, conocimientos y habilidades, que se transforman en propósitos, intenciones y valores personales, así como en deseos, esperanzas, compromisos y principios vitales. Estos elementos modifican el significado de su historia y aportan información sobre personas que han influido o alterado su percepción de identidad, reconociendo figuras significativas del pasado, presente y futuro cuyas voces han impactado en la construcción de su identidad como individuos y como pareja.

Así, reafirmamos que el aprendizaje humano es inherentemente relacional y se fundamenta en modelos, ayudas o apoyos que se desarrollan durante el proceso de independencia personal. Al reflexionar sobre nuestras preferencias y motivaciones, podemos fácilmente identificar a quienes han sido parte de nuestra

historia y nos han ayudado a disfrutar o adquirir habilidades en determinadas áreas, apoyando nuestro desarrollo y permitiéndonos conocer nuestras capacidades.

Es importante recalcar que las parejas descubrieron su membresía de vida y estos son los individuos con los que se convive, que nos instruyen, nos colaboran, nos refuerzan y con las cuales hemos establecido vinculos afectivos, la membresía de vida es muy importante en las parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica y permitió reconocer la importancia de la red de relaciones, la cual en su mayoría estaba conformada por familiares, amigos, conocidos, pero que tenían una peculiaridad, algo de la forma en que se interactuó con ellos que dejo una marca y hace que los individuos piensen o difieran en el modo de actuar ante el proceso de salud – enfermedad.

Este segundo escrito permitió evocar perspectivas y puntos de vista diferentes que al ser retomados contribuyeron al desarrollo de una nueva historia, podríamos considerarlo como recuperar la historia a través de los ojos de otra persona.

En relación con el cumplimiento del tratamiento, recordemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 definió la adherencia como el grado en que la conducta de un individuo – la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta y la implementación de cambios en el estilo de vida – se ajusta a las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud.

Algunas de las consecuencias que se detectaron por la falta de adherencia fueron: los costos del tratamiento farmacológico, la disminución de las cifras en los laboratoriales, las creencias, actitudes y algo muy importante, la personalidad y la representación mental del enfermo.

Otro dato de relevancia detectado en este estudio fue la falta de apoyo socio – familiar detectado a través del cuestionario de Apoyo Social DUKE, el cual al inicio del estudio la percepción de apoyo socio – familiar era escasa y después del proceso de terapia de pareja permitió que el consultante lograra una mejora de su padecimiento a través de tres ejes, el autoconocimiento, autocuidado y autoefectividad.

Dos de las parejas participantes demostraron fortaleza y autonomía, colaborando activamente en la adherencia al tratamiento y en la salud relacional de la pareja, con una actitud orientada a alcanzar altos logros y un fuerte compromiso con el manejo de la salud y la enfermedad. Aunque tomaron decisiones y mostraron determinación, en ocasiones también exhibieron comportamientos exigentes e irritables.

En contraste, seis parejas tendían a delegar la responsabilidad de su tratamiento a otras personas o al equipo de salud, mostrando una inclinación a externalizar los cuidados. Tras participar en la terapia de pareja, estas parejas desarrollaron una mayor conciencia y responsabilidad, comprendiendo que el equipo multidisciplinario debía considerarse solo como un apoyo en el proceso de enfrentamiento de su enfermedad.

Dos parejas mostraron datos de desesperanza, se mostraban pasivos y desvitalizados, sin energía para llevar a cabo las indicaciones sanitarias, no teniendo sentido para ellos el esfuerzo para cumplir con las indicaciones, a través de la terapia de pareja aunado al apoyo y a la contención generaron nuevos conceptos de vida dando un viraje a las ideas y explicaciones que los atrapaban y no les permitían cambiar, refieren que la autobiografía y la creación narrativa de su

escudo permitieron mirar elementos diferentes que construían su historia de vida y rastrearon eventos y experiencias que los llevaron a conclusiones diferentes en el proceso de salud – enfermedad.

Por otra parte, las intervenciones implementadas también se enfocaron en fomentar la adherencia al tratamiento mediante el empoderamiento, la educación en salud y la formación de redes de apoyo entre los integrantes, sus familias y sus entornos. Esto creó un entorno propicio para compartir experiencias, cuestionar historias de fracasos o concepciones erróneas sobre enfermedades cardiometabólicas y tratamientos. Más allá de esto, la terapia de pareja ofreció un espacio para la reflexión, el razonamiento, el cambio y el refuerzo de pensamientos, comportamientos y actitudes saludables. Observamos que las relaciones son fundamentales en la definición de la persona, modulando sus sentimientos, orientando sus reflexiones y concretando sus acciones diarias. Cada individuo reconoció que su vida está modelada por experiencias y prácticas culturales, las cuales otorgan significado a la enfermedad y a su existencia. La interacción continua y el entorno permiten la internalización, adaptación y externalización que fundamentan el desarrollo humano complejo.

Los participantes también destacaron que las relaciones afectivas tienen una intencionalidad y están profundamente conectadas con las necesidades, transformándose en lo que denominamos sentimientos. La aparición de estos sentimientos está vinculada a las necesidades que dependen de las condiciones sociales. Además, los participantes valoraron la historia de vida como un medio para la formación de la identidad, generada a través de intercambios entre personas y narrativas que trascienden lo individual. Concluimos que todos somos coautores de

nuestra identidad y que una narrativa no solo se transforma a sí misma, sino que también transforma a quien la vive. Así, somos la historia de nuestro pasado, presente y futuro, narrada en diversos contextos y construcciones.

La propuesta de intervención favoreció la toma de conciencia y la responsabilidad en cada contacto en su aquí y ahora; al mismo tiempo favoreció el reconocimiento, desarrollo y aprendizaje de capacidades para la solución de problemas interpersonales como: expresión adecuada de emociones, pensamientos positivos sobre su persona, pareja y capacidades, identificando áreas de tensión y ejercitación de actividades para manejo de estrés y conflictos.

En lo referente al autoconsciente la atención de este proyecto de investigación se focalizo en que cada consultante busco el desarrollo de competencias, a través de conocer, hacer, evaluar. Aprendimos a conocernos atreves de interrogantes de ¿Quiénes somos?, ¿Qué sentimos?, ¿Qué queremos?, ¿De qué somos capaces? Y de esta manera descubrieron la motivación para el cambio y limitantes para la adherencia al tratamiento.

Podemos concluir que cualquier alteración en el comportamiento está respaldada por la creencia de que la persona tiene la capacidad de alcanzar el resultado deseado con éxito. Esto implica que, si la persona carece de confianza en su capacidad para llevar a cabo una acción, esta no se materializará, incluso si existen otros factores favorables como la comprensión de la enfermedad o el apoyo social. De ahí la relevancia de construir nuevas interpretaciones y significados.

El estudio reveló que, ante el diagnóstico de una enfermedad crónica de origen cardiometabólico, la autoestima se ve afectada debido a la inseguridad que surge a partir de las pérdidas asociadas a las experiencias afectivas, físicas y sociales.

Estas pérdidas incluyen la autonomía, la disminución de capacidades, el deterioro de la salud, la jubilación y la reducción de ingresos, siendo esta última más pronunciada cuando el paciente no se encuentra bajo control médico.

Este proyecto permitió reforzar la autoestima en el adulto, expandir la autopercepción favorablemente este fortalecimiento puede darse a través del conocimiento acerca de la estimación de sí mismo y de la expresión de emociones, sentimientos y experiencias los cuales favorecen una mejor calidad de vida en todos los sentidos.

El grupo de parejas llegó a la conclusión de que un individuo no es social por mera influencia de factores externos, sino que su naturaleza social está profundamente arraigada en su estructura biológica y psicológica. Asimismo, entendieron que la comprensión de la vida emocional y mental solo es posible a través de sus interacciones y relaciones con los demás.

El redescribir la vida como intervención terapéutica puedo modificar la vida de manera significativa, no generando certidumbres si no perspectivas cambiantes y moverse en un mundo de posibilidades más que en el de certezas establecidas.

Las parejas reconocieron que sus vidas están continuamente entrelazadas con narrativas: con las historias que contamos y escuchamos, con aquellas que imaginamos y deseamos narrar. Todas estas historias se reelaboran en el relato de nuestra propia existencia, que nos contamos a nosotros mismos en episodios, a menudo de manera virtualmente continua, como un monólogo. De este modo, vivimos inmersos en una narrativa que recontamos y reevaluamos, redefiniendo el significado de nuestros proyectos futuros mientras nos situamos en la intersección de diversas historias inacabadas.

El haber utilizado el modelo narrativo en la terapia de pareja como recurso terapéutico permitió a los participantes aceptarnos como somos, tanto lo bueno como lo malo, miedos inseguridades, alegrías, tristezas, culpa, amor, enojo, soledad, confianza, resentimientos, destrezas, y habilidades, deseos, necesidades, gustos, ideas y costumbres, metas, acciones, ideales y costumbres, sueños. Durante el proceso terapéutico pueden reforzarse mensajes como darse permiso para sentirse tristes, irritados, preocupados, tensos. Expresar sentimientos tanto positivos como negativos de manera asertiva, no esperar a estallar, expresar el malestar la rabia, tristeza.

El trabajar con la historia de vida las personas permite encontrar nuevos significados al tener la experiencia de contar, re-recontar relatos e historias de aspectos de sus vidas que aún no han sido relatados.

En el transcurso del proceso terapéutico nos llevó hacia el desarrollo de líneas múltiples de las historias con significados ricos y complejos que hablan de las posibilidades múltiples para la vida de las personas.

Al distanciarse de sus narrativas, las parejas pudieron identificar eventos extraordinarios. En este proceso, invito a cada persona a asignarles significados, tras organizar las narraciones en un relato alternativo. Esto permite liberar conocimientos previamente subyugados y explorar nuevas perspectivas.

Un dato muy valioso fue que las parejas pudieron proponer y formular ciertos conceptos de vida que a continuación menciono:

- La esperanza siempre es posible, nadie se halla tan magullado por la vida hasta el punto de ser destruido definitivamente.

- Todos somos responsables de favorecer el desarrollo saludable de las personas con quien nos relacionamos.
- La resiliencia no es más que una manera positiva de vivir después de un diagnóstico, por qué puede encontrarse prueba de ello en cualquier momento de la vida.
- Las dificultades de la vida son en ciertos momentos, es posible que hagan resurgir recuerdos dolorosos y personas resilientes.

Las personas estamos inmersas, de manera similar a los peces en el agua, en una red que engloba: relaciones interpersonales, lenguaje, valores, costumbres, trabajo, aspectos económicos, culturales y espirituales, entre otros elementos concretos. A cada evento, sensación, fantasía o perspectiva le damos un significado basado en el contexto en el que surge. Así, lo que relatamos está estrechamente ligado a las circunstancias en las que ocurren los eventos, ya que la reacción de los demás valida o desafía nuestra forma de ser o actuar, permitiendo que los participantes formen una percepción de sí mismos.

Nos damos cuenta de que estamos construyendo nuestra historia a medida que interactuamos en diversas relaciones. Al actuar y relacionarnos con otros, intercambiamos afecto, información, puntos de vista y maneras de ser, creando así un patrón relacional que define nuestras interacciones.

Es la confrontación de ideas y métodos la que nos ayuda a descubrir nuestras posiciones, los valores que atribuimos a ciertos aspectos y nuestras creencias. Para las parejas, esto se asemeja a armar un rompecabezas, cuyo panorama se aclara solo a través de la interacción con otras personas.

Este estudio reveló que la identificación de un padecimiento crónico degenerativo con componente cardiometabólico en un miembro del sistema familiar puede llevar a una mayor cohesión o desintegración de la familia, dependiendo de si se abordan simultáneamente los procesos que atraviesan tanto el paciente como sus familiares. Por lo tanto, es esencial identificar y abordar los riesgos y problemas lo antes posible.

Es fundamental considerar que, durante el curso de una enfermedad, la familia y la pareja pueden experimentar sentimientos ambivalentes respecto al cuidado del enfermo, lo que puede resultar en un agotamiento físico y mental, especialmente para el cuidador principal, que suele ser la pareja. Este cuidador primario es quien, de manera voluntaria y decidida, asume la responsabilidad de cuidar a quien está delimitado en sus elementos para afrontar las peticiones del entorno.

Un hallazgo importante es observar las creencias que tienen los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y componente cardiometabólico sobre su condición, incluyendo causas, consecuencias y significados asociados con la enfermedad crónica. Las creencias de los pacientes no siempre coinciden con la información formal proporcionada por el equipo médico. Algunos pacientes atribuyen su enfermedad principalmente a su dieta, mencionando alimentos, bebidas y sobrepeso como causas, mientras que otros no comprenden las causas de su enfermedad y no encuentran una explicación clara.

Vimos que algunos pacientes consideran que la causa de su enfermedad es genética o hereditaria, como una paciente que dijo: “Toda la herencia que tengo de mi familia no es dinero, sino enfermedades”.

Por otro lado, algunos participantes relacionaron su enfermedad crónica con un estilo de vida acelerado y experiencias emocionales intensas, como la rabia, sugiriendo que los problemas, arrebatos emocionales y frustraciones eran causas principales de su condición.

Es relevante que el sentir o no sentir los síntomas físicos y las consecuencias de la enfermedad influyó en la percepción de su estado de salud para algunas personas, guiando así su adherencia al tratamiento. La falta de percepción de las consecuencias asociadas con la enfermedad llevó a algunos a suponer que estaban sanos.

Para algunos participantes, la enfermedad debería manifestarse con efectos secundarios claros, como la parálisis de una parte del cuerpo o problemas en el habla, y basan su percepción de los síntomas en estos indicadores para guiar su adherencia al tratamiento.

Otra dimensión observada dentro del proceso de adherencia fueron los motores de cambio que acompañan al acto de adherir para algunos pacientes el tratamiento médico genera cambios alegría y felicidad pues los hace sentir tranquilos alegres y re confortables por otro lado los motores de cambio son por generación de objetivos, y restauradores que le permiten al paciente con enfermedad cardiometabólica continuar.

El motor de cambio propone a ser proactivo y el restaurador permite como generador de cambio restaurar el estado de salud los participantes decían “quiero volver a ser como era antes” otros motores de cambio detectados para adherir fueron la autonomía la conexión con el cuerpo y el equilibrio emocional.

Cabe mencionar que las parejas participantes comprobaron la riqueza de sus historias de vida, derivado de que vivimos en una cotidianidad llena de ocupaciones incluso algunas de supervivencia, otras de cuidado de nuestro cuerpo, pero lo más importante es que nos dimos cuenta que están imbuidas de muchas habilidades de vida, maneras de resolver problemas, habilidades para resolver problemas, habilidades del cuidado de los demás, y muchas habilidades para un pensamiento flexible y resoluto.

Las parejas pudieron validar que mucho de lo que aprendemos lo guardamos en nuestra memoria de vida como parte de una riqueza que llevamos con nosotros y a la cual podemos recurrir en los momentos en los cuales los obstáculos nos perturben.

Los participantes se percataron que muchas veces se piensa que vivimos y sabemos que aprendemos habilidades concretas por ejemplo leer, tocar un instrumento y no nos percatamos de que también estamos aprendiendo habilidades de vida y obteniendo conocimientos de las interacciones que tenemos con el mundo y las personas de esta manera vamos creando una memoria histórica de lo que somos, de todas las posibilidades que podemos ser y lograr.

5.2 RECOMENDACIONES

Incorporar un enfoque psicoterapéutico para parejas con un miembro afectado por una enfermedad crónico-degenerativa cardiometabólica debería ser un proceso sistemático al momento del diagnóstico. Proponemos que tanto pacientes como parejas participen en un proceso terapéutico, independientemente de la orientación psicoterapéutica utilizada, debido a que la enfermedad crónica es un

fenómeno multifacético que abarca elementos biológicos, psicológicos y sociales, así como la interacción entre estos.

Se ha afirmado repetidamente que una enfermedad crónica representa un estrés intenso e ineludible que dura tanto como la vida del paciente. Sin embargo, esta sintomatología no siempre es lineal y constante, lo que subraya la importancia de integrar a los individuos con enfermedades cardiometabólicas en un proceso terapéutico relacional.

Esta complejidad demanda la creación de opciones de intervención que combinen diversas tradiciones teóricas y enfoques prácticos del profesional encargado del cuidado del enfermo, con el fin de abordar más eficazmente los problemas reales que enfrenta el paciente.

Es fundamental que los participantes compartan sus historias, ya que contar su historia permite que esta sea escuchada desde múltiples perspectivas, ampliando el horizonte de recursos y clarificando las relaciones con deseos, propósitos y compromisos de vida. Este proceso da lugar a una sensación de ser transportados a un nuevo entendimiento de conocimientos y habilidades.

Otra recomendación durante la atención a parejas con un miembro con enfermedad cardiometabólica es introducir la terapia escrita, además de la terapia verbal. Las cartas y otros documentos escritos pueden servir como herramientas de intervención complementarias, ofreciendo una alternativa para aquellos que son más tímidos o tienen limitaciones en el uso del lenguaje hablado.

Se sugiere que durante el proceso narrativo, las parejas sean protagonistas activas en la construcción de su realidad en relación con la enfermedad. Un enfoque en el que volver a contar una historia significa narrar una nueva perspectiva,

permitiendo a las parejas participar en la reescritura y modelado de sus vidas y relaciones.

Este proyecto de investigación resalta la importancia de utilizar tanto la narrativa oral como escrita en la terapia, ya que facilita la creación de nuevos significados y descubrimientos que pueden ser útiles para múltiples propósitos. También se recomienda involucrar a familiares y amigos en la terapia escrita, ya que esto puede ofrecer a las personas nuevas perspectivas sobre sí mismas a través de los ojos de quienes han sido importantes en su vida.

En cuanto a la terapia de pareja, se sugiere elaborar escritos terapéuticos durante o después de las sesiones, adaptándolos a los objetivos específicos de cada pareja. Además, es crucial considerar el proceso de supervisión en la terapia de pareja, como planteó White (2007), para reflexionar y ajustar las respuestas ante la terapia.

Este diseño de investigación ha empleado la terapia de pareja en conjunción con instrumentos clinimétricos, tales como el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Duke-UNC) y el Apgar Familiar. Reconocemos que la salud y la funcionalidad son influenciadas por diversos factores que trascienden la presencia de patologías agudas o crónicas, por lo cual se recomienda una atención integral y holística. Se requiere un análisis exhaustivo y especializado de los componentes del proceso salud-enfermedad para obtener una visión completa del paciente.

En conclusión, la terapia de pareja no debe estar en conflicto con la clinimetría; más bien, debe integrarse como un recurso para proporcionar una atención superior. Su aplicación apropiada en la práctica diaria de la asistencia médica y psicológica debe alinearse con criterios de detección, diagnóstico,

tratamiento y pronóstico de los diversos procesos patológicos y sociales que afectan a las parejas o individuos.

Finalmente, es importante aplicar herramientas clinimétricas bajo criterios de consenso, validación y adaptación al contexto operativo. Este estudio se centró en la historia de vida para luego explorar historias alternativas y procesos de reautoria, facilitando la deconstrucción de sistemas de interpretación y creencias de las parejas.

Una impresión común para el paciente diagnosticado con una enfermedad grave es sentir que su vida está definida por la enfermedad. Este sentimiento puede llevar a una sensación de indefensión y desesperanza, con altos niveles de ansiedad. Una de las primeras tareas es separar al individuo de la enfermedad, reconociendo que, aunque la enfermedad influye en su vida, no define su totalidad.

5.3 INVESTIGACIONES FUTURAS

Dejamos abierta para futuras investigaciones el uso de refranes o frases en psicoterapia que podrían ayudar a los pacientes y parejas a construcción de nuevas narrativas de vida y nuevas posiciones ante el concepto de enfermedad.

Este protocolo de investigación puede utilizarse en otras patologías que afectan al ser humano en sus diferentes sistemas, aunque esta investigación se enfoco en las enfermedades cronicas con componente cardio metabolico existen tambien las enfermedades no transmisibles y trasmisibles que generan situaciones agudas que requieren acompañamiento en sus diferentes etapas.

5.4 Limitaciones

Uno de los tropiezos que pueden limitar el proceso de cambio en el concepto de salud enfermedad son los discursos internalizadores, que tienen que ver con las formas culturales, dichas forma de pensar son significativas pues constituyen, en gran parte la vida y tienen el efecto de excluir a las personas entre si y los escenarios mismos de su vida.

Otra de las limitaciones es que los participantes venían con etiquetas totalizadoras por ejemplo una pareja decía: “Somos la pareja diabética” y entonces nos preguntamos cómo fue que se les obligo aceptar ese rotulo, por lo tanto las narrativas externalizantes de ningún forma son la unica manera para deconstruir las certezas, porque abecés esa etiqueta les oprime como si fuera el único camino y siendo reforzado por el contexto.

En lo concerniente al transcurso del proceso terapéutico, debemos reconocer que al proferir una palabra, esta se traslada del hablante al receptor. La palabra posee una significación, pero es crucial cuestionarnos si esta posee la misma significación para ambos. Es necesario considerar la posibilidad de que las significaciones sean divergentes, y recordar que las conversaciones requieren pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de reflexión sobre la conversación. Una conversación debería ser lo suficientemente pausada para permitirle a la mente seleccionar aquellas ideas con las que se siente afinidad, y encontrar las palabras que le permitan expresarlas, por lo que cada persona o pareja tiene su propio ritmo, y este puede ser variable.

Desde otra perspectiva, sin duda cada nos encontramos con nuestras propias limitaciones personales y las limitaciones de los participantes y pueden ser limitaciones con respecto al lenguaje, limitaciones en cuanto a mi conciencia de las relaciones, limitaciones de la experiencia, las restricciones en mi percepción ofrecen oportunidades para la manifestación de determinados valores, lo cual abre el camino a nuevas posibilidades

Es fundamental reconocer que el terapeuta, al igual que el consultante, forma parte del sistema terapéutico. Por lo tanto, la autoconciencia del terapeuta sobre cómo sus propios procesos internos interactúan con los del consultante es crucial. La influencia es bidireccional; mientras el consultante comparte su narrativa, no solo experimenta sus propias emociones, sino que también evoca respuestas en el terapeuta. Estas respuestas pueden, a su vez, moldear la forma en que el terapeuta guía el proceso y comprende el relato. La capacidad del terapeuta para discernir y comprender sus propias reacciones emocionales, cognitivas y conductuales es esencial para una práctica terapéutica efectiva.

5.5 VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento a través del cual se obtuvieron los hallazgos fidedignos fue mediante la terapia de pareja e instrumentos de evaluación estandarizados que se aplicaron a los participantes entre las herramientas cuantitativas se aplicó el Apgar familiar y el cuestionario de apoyo social percibido (DUKE-UNC).

La evaluación de las dificultades o necesidades de las parejas que conviven con un miembro afectado por una enfermedad cardiometabólica, atendiendo a las demandas planteadas por ellos desde su perspectiva individual, representa el

primer paso esencial para contribuir, en etapas posteriores, al diseño e implementación de programas de intervención conductual dirigidos principalmente a mejorar su bienestar físico y psicológico, sus interacciones sociales, su calidad de vida y su adherencia al tratamiento. En este sentido, y de acuerdo con Cohen (1988), son los profesionales de la salud quienes cuentan con los recursos metodológicos y técnicos para proponer medidas, tanto de variables psicológicas como sociales -específicamente, del apoyo social- que se relacionan con una enfermedad.

Se aplicó el DUKE-UNC a 10 parejas con un rango de edad= 24-89 años. Dado que es un cuestionario de autoaplicación y el diseño de este instrumento está elaborado con la estrategia de solo requerir atención primaria para la comprensión de los ítems que lo componen, se diseñó dicha estructura de Likert bajo la modalidad de un cuestionario Google Forms, herramienta digital que me permitió llegar con mayor eficacia y seguridad a las parejas dado las condiciones de seguridad sanitaria ocasionadas por la contingencia de COVID-19. Los resultados confirman la naturaleza bidimensional del instrumento, demostrando una consistencia interna y validez de constructo apropiadas, aunque se aprecian variaciones en la distribución de los ítems entre los factores. El cuestionario se revela como fiable y válido para personas cuidadoras en México y España, aunque se sugiere considerar las características particulares de esta población al aplicarlo

Para seleccionar a los participantes, se estableció como criterio ser una pareja con un miembro que padeciera una enfermedad crónica cardiometabólica y estar en una relación de cuidado o estrecha. Cada uno de los participantes en el estudio otorgó su consentimiento informado por escrito, tras recibir una explicación

detallada sobre el propósito del estudio, los posibles riesgos y beneficios, así como el procedimiento a seguir. Se les aseguró la libertad de decidir si deseaban participar, sin enfrentar consecuencias adversas, y se garantizó la confidencialidad de sus datos personales.

Subsecuentemente, se administró un protocolo de valoración que abarcó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC, junto con otros instrumentos para medir rasgos de personalidad, estado de salud y datos demográficos. Para examinar la validez de constructo del instrumento, se llevó a cabo un análisis factorial y se calcularon las correlaciones ítem-test. Además, se pusieron a prueba diversas hipótesis basadas en la historia de vida previa con respecto al apoyo social en la población general, tales como la asociación entre mayor edad, menor nivel educativo y menor apoyo social.

La evaluación de las dificultades o necesidades de las personas que conviven con una enfermedad crónica de origen cardiometabólico, atendiendo a las demandas planteadas por ellas desde su perspectiva individual, constituye el primer paso indispensable para contribuir, en etapas subsecuentes, al diseño e implementación de programas de intervención conductual dirigidos, fundamentalmente, a mejorar su bienestar físico y psicológico, sus interacciones sociales, su calidad de vida y su apego al tratamiento.

Si bien los hallazgos obtenidos en este estudio respaldan la fiabilidad y validez del instrumento, es necesario reconocer dos limitaciones. En primer lugar, se trabajó con una muestra de individuos con enfermedad cardiometabólica de una región específica del país, por lo que en estudios futuros será imperativo realizar investigaciones que incluyan grupos de personas con el mismo diagnóstico de otras

regiones, en las cuales podríamos identificar patrones distintivos en lo referente a la percepción del respaldo social.

En lo concerniente al APGAR familiar, un instrumento empleado como mecanismo para evidenciar la forma en que las parejas perciben el funcionamiento de su núcleo familiar en un momento específico, este instrumento se utilizó en la práctica ambulatoria, ya que no es común que los usuarios manifiesten directamente sus dificultades. Además, resultó ser un instrumento de bajo costo y alto impacto, y como ventaja adicional, puede aplicarse en lugares donde es difícil encontrar profesionales de salud especializados. Este es un instrumento validado y diseñado inicialmente en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, y ha sido validado para su aplicación como prueba para los equipos de atención primaria. Aunque existen otros instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, tales como el Índice de Función Familiar, la Escala de Evaluación Familiar, la Clasificación Triaxial de la Familia y la Guía McMaster, pero se optó por el APGAR familiar, por su sencillez, por su aplicabilidad en la consulta médica y consulta psicológica; aparte de que esta herramienta ya cuenta con validez mediante estándares de evidencia objetiva. Este estudio evalúo la magnitud de los ítems en relación a funcionalidad familiar y se requirió una aplicación pre y post, esto como estrategia para correlacionar la funcionalidad de la terapia de pareja en pacientes con enfermedades crónico-metabólica.

Es fundamental resaltar que las ventajas de este instrumento se evidenciaron al ser una prueba ágil, que puede aplicarse en cualquier contexto de atención e incluso considerarse como un filtro en las primeras consultas del proceso

terapéutico, y evaluar futuras intervenciones de pareja y generar estrategias en función del resultado obtenido.

5.6 CONCLUSIONES GENERAL Y REFLEXIONES PERSONALES

La valoración del desarrollo salud enfermedad en las parejas fue un punto primordial para la elaboración de este proyecto el cual nos permitió generar una perspectiva más integradora de los componentes que se vinculan ante el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de parejas con un miembro con enfermedad cardiometabolica, dejando a un lado paradigmas de no poder integrar la terapia familiar con aspectos cualitativos y cuantitativos, lo cual conllevo a vislumbrar como podemos complementar las escalas Clinimetricas en este caso, el cuestionario de apoyo social DUKE- UNC y el cuestionario de APGAR familiar así como el proceso de terapia de pareja.

Nosotros lo contemplamos como un mecanismo de integración familiar ya que diversos enfoques nos permiten explorar y caracterizar la función de familiar y de pareja con un miembro con enfermedad cardiometabolica con fines de investigación.

Se propusieron diversos enfoques a explorar entre los que se utilizó el modelo narrativo haciendo uso de herramientas cualitativas como lo son la historia de vida, la autobiografía, la re descripción de la vida y el poder externalizar el problema bajo la historia y el relato y de esta manera dar sentido a las vidas y a las relaciones de pareja aun durante crisis o ante un proceso de salud enfermedad, dichos relatos fueron capaces de moldearse durante el proceso terapéutico y generar una conversación de reautoria como eje central y encontrar nuevas conexiones y

reflexiones que permitieron a las parejas la restructuración de la narrativa personal para la generación de conceptos nuevos.

Al mismo tiempo se generó la relevancia de visualizar la organización, el desarrollo, dinamica familiar, disfunción y funcionalidad familiar y centrarnos en las dinámicas de pareja que permitieron un estudio más profundo en relación a la narrativa de salud – enfermedad.

Actualmente en nuestra época podemos considerar que los estudios de familia y de pareja en los aspectos psicosociales y relacionales, bajo enfoques integradores van en aumento y esta linea de investigación forma parte de este incremento, sabemos que se han hecho esfuerzos para valorar a las parejas y familias desde los albores de la terapia familiar y el enfoque narrativo utilizado en este protocolo, realmente se complementa con los aspectos cuantitativos y clinimétricos que se expusieron en este protocolo, muchos terapeutas, médicos y psicólogos les es complicado realizar dicha complementariedad.

Incluso podríamos considerar que los instrumentos utilizados en este protocolo finalmente cumplieron su propósito para evaluar el funcionamiento familiar, incluso de tamizaje que permitieron la toma de decisiones y metas en el proceso terapéutico.

Un aspecto muy relevante es que se logró una revisión ágil de los componentes del funcionamiento familiar, basada en esta propuesta metodológica y el análisis de estos instrumentos.

Con respecto a los enfoques en terapia de pareja se fueron diluyendo los aspectos de disfunción y de anormalidad generando metas terapéuticas, nuevos significados y re descripción de la vida de los participantes siendo flexibles y con un

alto grado de importancia en la comunicación y el dialogo abierto pudimos inferir que los síntomas y la poca adherencia que tenían los pacientes con enfermedad cardiometabolica eran intentos infructuosos por resolver sus problemas, los cuales generaban vistas rígidas que imposibilitaban la visualización de alternativas, pero de una u otra manera el dialogar e intercambiar narrativas habilito a los participantes a generar una posición más fortalecida en la diada salud y enfermedad.

Otra perspectiva que nos dejo este proyecto es que ninguna familia está excenta de crisis y que incluso las manifestaciones algunas veces son la resultante del desequilibrio estructurar de la pareja o de la familia y el reorganizar e intercambiar permitió fortalecer y movilizarse a patrones de adaptación o alternos.

Un punto a considerar es que las parejas recibieron información, habilidades para enfrentar los problemas que se vio reflejado en la reducción del estrés, en la reducción del estigma de su enfermedad y la habilidad para los cambios y adaptación de los roles familiares y de pareja.

Pudimos considerar que algunos de los síntomas o atascamientos de los procesos fueron resultado de problemas de lealtad, proyecciones familiares, perdidas o asignación de roles no consientes.

Las parejas pudieron constatar que todos sus actos son manifestación de una comunicación y por ende son mecanismos de reacción a este, se abogó por una comunicación clara a través de experiencias compartidas que sirvieron como catalizador al proceso de espontaneidad, relación genuina y no ofensiva ni defensiva que llevo a un proceso claro y honesto que permitió un crecimiento evolutivo y placentero de las parejas aun en situación de enfermedad.

Este proyecto esta abierto y aun existe la ventada de continuidad para estudiar el desarrollo de las parejas en otras situaciones ya sea con enfermedad o sin enfermedad, en contextos sociales y culturales que permita hacer más nutricio el estudió y funcionamiento de las parejas en sus diferentes aristas.

Dentro de las fortalezas de esta investigación es la utilización de instrumentos clinimetricos y las grandes funciones que estos instrumentos ofrecen al personal de salud, siendo el DUKE- UNC y el cuestionario de APGAR familiar, dos herramientas de bajo costo y alto impacto, de autoplicación El empleo de la observación (perspectiva externa), la introspección (perspectiva interna) y el diálogo (entrevista, proceso psicoterapéutico), como la tríada metodológica para la valoración clínica de las parejas, y como la plataforma para realizar mediciones científicas, junto con los datos obtenidos, esta dualidad fortalece la investigación.

Las dolencias, particularmente las persistentes y graves, pueden resultar agobiantes no solo para el paciente, sino también para su cónyuge y entorno familiar. Cuando uno de los miembros de una unión experimenta un deterioro en su salud y requiere asistencia para las actividades cotidianas, el cuidador principal suele ser el otro miembro de la unión, lo que puede generar tensiones al crear una relación menos equilibrada.

Uno de los propositos de este estudio fue indagar en el efecto de una enfermedad crónica degenerativa con componente cardiometabólico en las relaciones de pareja, así como ofrecer a los participantes un espacio para expresar sus sentimientos, emociones y experiencias relacionadas con la convivencia con un paciente que sufre de esta condición.

Los datos presentados en este estudio sugieren que el análisis narrativo es una herramienta valiosa para describir las dinámicas familiares y de pareja, en particular en contextos de enfermedades crónicas con componente cardiometabólico. Este enfoque permite explorar las dificultades enfrentadas y los procesos de adaptación, y da voz a aspectos importantes del proceso salud-enfermedad, permitiendo también reescribir la vida en tiempos de crisis.

Una enfermedad física conlleva inevitablemente un componente psicológico, el cual no siempre forma parte de los síntomas físicos. El ser humano, ante todo, es un narrador de su propia historia; sin una narrativa, deja de ser una persona completa. Este estudio evidencia que nuestras historias nos definen como humanos, pero también pueden atraparnos en relatos trágicos, y es aquí donde entra la conversación terapéutica. Gradualmente, las parejas se comprometieron a co-escribir una nueva narrativa.

A medida que las historias de vida se representan o se dialogan, se pueden hacer visibles y comunicar aspectos de la experiencia familiar o de pareja que antes se mantenían ocultos o reprimidos

Este trabajo invitó a los participantes a verse a sí mismos como observadores de su propia historia, y la generación de relatos alternativos fomentó un sentido de agencia personal.

La comprensión de la situación puede llevar a una modificación del sentido atribuido al evento estresante, haciéndolo más manejable. Esto implica ajustar expectativas, reconocer recursos y revisar el proyecto de vida, eliminando las connotaciones pesimistas y fatales asociadas al evento estresor del proceso de enfermedad.

Una fortaleza de este estudio es que se animó a los participantes a abandonar la búsqueda de fundamentos únicos y a considerar perspectivas alternativas sobre el funcionamiento humano. Así, en la co-creación de nuevos significados, también se redescubren recursos de pareja que habían quedado casi perdidos en el tiempo debido a las etiquetas construidas.

La creación de nuevas narrativas en la conversación terapéutica transforma a las parejas en narradores cambiantes, y por lo tanto, en agentes activos del cambio en su mundo. En la terapia con parejas, el cambio implica narrar una nueva historia y un nuevo presente que sea más tolerable, coherente y continuo en comparación con las narrativas centradas únicamente en la enfermedad.

Finalmente, este estudio revela que la conversación es un proceso de generación de sentido y capacidad transformacional. Apoyándose en su naturaleza dialógica y reflexiva, permite narrar los sucesos de la vida y encontrar significados diferentes, únicos y adecuados para la situación y las personas que viven con una enfermedad crónica cardiometabólica. El uso de la terapia narrativa con parejas en esta condición es una estrategia de intervención eficaz.

Bibliografía

Abascal S. Todo un viaje. Madrid: Temas de hoy; 2013

Abegunde D, Mathers C, Adam T, Ortegon M y Strong K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet; 370, 929-1938.

Adorna R. Practicando la escritura terapéutica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013

Agudelo Bedoya, M. E., & Palacio Correa, M. A. (2015). Problemáticas en la relación de pareja y de padres e hijos de los consultantes del Centro de Familia de la UPB. Revista de la Facultad de Trabajo Social, 31(31), 75–92. https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2401

Alvarado A., S., Ochoa C., F.J., Guerra C., H.G., Mulier R., Y.A., Galindo V., O. y Zapata, I., M.R. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (perspectiva del oncólogo). Gaceta Mexicana de Oncología, 10(3), 136-142.

Arnaldo O., O.Y. (2001). Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Andolfi, M. (1999), La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale, Milano, Raffaello Cortina.

Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista médica de Chile*, *143*(1), 47-55.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 35: 161-164.

Bairero A., M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. Multimed, 21(6), 971-982. Recuperado de http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688.

Barroihet D., S., Forjaz, M.J. y Garrido L., E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas de Psiquiatría, 33(6), 390-397.

Barragán EA, Pérez MD, Las otras personas importan ¿y un lugar especial para la pareja? Rev. Elec Psic Izt. 2021:24(4):1467-1490.

Bernard T. Hormigón. Madrid: Alianza Editorial; 2012Broyard A. Prefacio. En Broyard, A. Ebrio de enfermedad. Segovia: Ediciones la Uña Rota; 2013.

Bello, B., Báez, E., Sánchez, G., Fernández, J., Fernández, J., & Delgado, L. (2011). La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. *Revista Médica Electrónica*, *33*(6), 807-816.

Boorse, C. (2014). A second rebuttal on health. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *39*(6), 683-724. http://dx.doi.org/10.1093/jmp/jhu035. » http://dx.doi.org/10.1093/jmp/jhu035.

Caillé Ph. Uno mas uno es tres: la pareja revelada a sí misma. Barcelona: Paidós Ibérica; 1992.

Cantú G., R. y Álvarez B., J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. Psicología y Salud, 19(1), 21-32.
Connolly, J.A., y Konarski, R. (1994). Peer self-concept in adolescence: Analysis of factor structure and of associations with peer experience. Journal of Research on Adolescence, 4(3), 385-403. Doi: 10.1207/s15327795jra0403_3.

Daar A, Singer P, Leah D, Pramming S, Matthews D, Beaglehole R, Bernstein A, Borysiewicz L, Colagiuri S, Ganguly N, Glass R, Finegood D, Koplan J, Nabel E,
Díaz Loving, R. y Sánchez Aragón, R. (2020). Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja. Miguel Ángel Porrúa/UNAM.

Durán VH. Detener el aumento de las enfermedades crónicas. La epidemia de todos. Perspectivas de Salud. Revista electrónica de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2011. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ePersp001_article01.htm.

Engel, G. (1977b). The need a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-196.

Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, *13*(5), 535-543.

Engel, G. (1992). How much longer must Medicine's Science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *57*(1-2), 3-16.

Engel, G. (1997). From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, *38*(6), 521-528. http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3

Engel, G. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, *3*(4), 459-485. http://dx.doi.org/10.1353/pbm.1960.0020 » http://dx.doi.org/10.1353/pbm.1960.0020

Engel, G. (1976). Are medical schools neglecting clinical skills? *Journal of the American Medical Association*, *236*(7), 861-863.

Engel, G. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *6*(2), 101-124

Finkel, L. y Arroyo, M (2021): “Estudiantes y titulados de Sociología”, capítulo 8 en Fernández Esquinas, M. y Domínguez, M. (Eds.): *La Sociología en España: diagnóstico y perspectivas de futuro*. Madrid: Marcial Pons Editores (Colección Investigación Sociológica), pp. 235-289.

Gallego N. El lenguaje de las células y otros viajes. Madrid: Caballo de Troya; 2010

Gere, J., Schimmack, U., Pinkus, R. T., & Lockwood, P. (2011). The effects of romantic partners’ goal congruence on affective well-being. *Journal of Research in Personality*, *45*(6), 549-559.

Guerrero, L.K., Andersen, P.A., y Afifi, W.A. (2017). Close encounters: Communication in relationships. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fromm, E. (1959). El arte de amar. México: Paidós.

Jasso M, Pozos M, Cadena E, Olvera S. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. ENFERM INST MEX SEGURO SOC. 2017; 25 (1):9-17.

Jiménez, A. E., & Cubillos, R. A. (2010). Estrés percibido y satisfacción laboral después del terremoto ocurrido el 27 de febrero de 2010 en la zona centro-sur de Chile. *Terapia psicológica*, *28*(2), 187-192.

Jiménez Naranjo, Y. (2009). *Cultura comunitaria y escuela interculturalmás allá de un contenido escolar* (No. 370.196097 J5).

jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. Anales de Psicología, 30(1), 211-220. https://doi. org/10.6018/analesps.30.1.135051.

Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer*.

Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública, 37(4), 488- 499. http://scielo. sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0864-34662011000400013

Ledón Llanes L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2008 Ago [citado 27 Jul 2011];19(2). Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561 -29532008000200008&lng=es

MacColl Institute for Healthcare Innovation. Group Health Research Institute. s/f
Mankell H. Arenas movedizas. Barcelona: Tusquets; 2015.

Mateo Díez L. Azul serenidad o la muerte de los seres queridos. Madrid: Alfaguara; 2010Martín Gaite C. El Libro de la Fiebre. Madrid Cátedra; 2007.27.

Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I. y González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de

Montes A. Juan Jose Millas: "Al escribir trato de ordenar la realidad, que es una manera de intentar entenderla". Levante. El Mercantil Valenciano [Internet]. 21 de octubre de 2012.
Martínez Ruiz J (Azorín). El enfermo. Madrid: Biblioteca nueva; 2006.28. Jovell A. Cáncer: Biografía de una supervivencia. Barcelona: Planeta; 2010.

MaureiraCid, F.(2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. Revista electrónica de psicología Iztacala, 14(1), 321-332. https://www.revistas.unam.mx/index.php/ repi

Mercado M., F. y Hernández I., E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. Cadernos de Saúde Pública, 23(9), 2178-2186.

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dirs.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.

Naranjo M., L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. Educación, 33(2), 171-190.
Narro Robles, J.R. (2018), Enfermedades no trasmisibles situación y propuestas de acción, Primera Edición, Secretaria de Salud, México.

Nurullah, A. (2012). Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. American Journal of Health Studies, 27(3), 173-188

Kojima M. (2011). Epidemiologic Studies of Psychosocial Factors Associated With Quality of Life Among Patients With Chronic Diseases in Japan. Japan Epidemiological Association; 22(1): 7- 11.

Kelly Chacón-Acevedo y Castaño Suarez (2018) Factores de riesgo y enfermedades cardiometabólicas proyectada a 2050 en Risaralda 2018.

Hanson M y Gluckman P. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. International Journal of Gynecology and Obstetrics; 115 (Suppl 1): S3-5.

Hirschhorn L, Kaaya S, Garrity P, Chopyak E y Fawzi M. (2012). Cancer and the 'other' noncommunicable chronic diseases in older people cuarto de estar with HIV/AIDS in resource-limited settings: a challenge to success. AIDS; (26, Supp. 1): S65-75.

Hilbert, G.A. (1990). Social support in chronic illness. En O. L. Strickland y C. F. Waltz (Eds.): Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills (pp.79-96). New York: Springer.

Hidalgo-Cantabrana C, Hidalgo A. Literatura y enfermedad, dos narrativas diferentes de procesos compartidos. Rev Med Cine [Internet] 2015; 11 (4): 222- 33.

Huxley, J. (1959). Population planning and quality of life. Eugenics Review, 51(3). Kohan SA. La escritura terapéutica. Claves para escribir la vida y la creación literaria. Barcelona: Alba; 2013

Neff, L. y Karney, B. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. Personality and Social Psychology Bulletin, 30, 134-148. Doi: 10.1177/0146167203255984.

Nina E., R. (2016). Estrés y el afrontamiento diádico en la relación marital. Revista Griot, 9(1), 48-56.

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento. Ginebra: OMS; 2017.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud Estados Unidos de América. Ginebra: OMS; 2015.

Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas una inversión vital. [Monografía en Internet]. OMS. 2003. Consultado 1 octubre 2014. Disponible en: http//www.who.int/chp/chronicdiseasereport/overviewsp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Oros S., L.B. (2002). Estrés y variables moderadoras de la percepción de la amenaza. Interdisciplinaria, 19(2), 159-183.

Osorio GM, Chávez VSL, Silva SGM, et al. Parejas de pacientes con una enfermedad crónica. Estudio narrativo sobre la hemofilia. Rev Elec Psic Izt. 2017;20(2):548-569.

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S. y Fleck, M. P. (2017) Quality-of-life and spirituality. International Review of Psychiatry, 29(3), 263- 282, doi:10.1080/09540261.2017.1285553

Patrick, D. L., & Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. Quality of Life and Cardiovascular Care, 4(3), 103-126.

Payne M. Terapia narrativa. Una introducción para profesionales. Barcelona: Paidos; 2012

Pinto, B., Terapia de pareja una perspectiva cognitiva sistémica. Conferencia Primer Congreso Internacional de Sexología y Educación Sexual. Lima, 1999.

Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. y Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. Atención Primaria, 47(8), 523-531. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.10.010.

Puértolas S. Recuerdos de otra persona. Barcelona: Anagrama; 1996.
Rage, E. (1996). *La pareja: Elección, problemática y desarrollo*. México, DF: Plaza y Valdés.

Rentería Alemán R. y García Torres, Relación de la funcionalidad del subsistema conyugal y el nivel de conocimiento de la pareja con diabetes mellitus en el control de su enfermedad. Revista medicina general y de la familia IMSS. 2020:9, (1):11-15.

Sabate E. WHO Adherence Mitin Report. Geneva, World Health Organization, 2001

Sacks O. En movimiento. Una vida. Barcelona: Anagrama; 2015.

Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo Recibido y diseño y validación de la Escala de Disposición a recibir Apoyo Social. Revista Costarricense de Psicología, 40(1), 37-59. Doi: 10.22544/rcps. v40i01.03.

Saraceno B. Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del Movimiento por la Salud Mental Global. Herder, Barcelona; 2018.

Sarna G, Sarrafzadegan N, Smith R, Yach D y Bell J. (2007). Grand challenges in chronic noncommunicable diseases. Nature; 450 (22), 494-496.

Satir, V. (1999), Il cambiamento nella coppia, pp. 13-21, Roma, Andolfini.

Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020

Sillars, A., Roberts, L. Leonard, K. y Dun, T. (2000). Cognition during marital conflict: the relationship of thoughts and talk. Journal of Social and Personal Relationships, 17(4-5), 479-502. Doi: 10.1177/0265407500174002.

Suárez Acuña, C. y Monroy Garzón, A. (2012). Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. Index de Enfermería, 21(3), 145-149. http://dx.doi.org/10.4321/S1132 -12962012000200008

Hvstuedt S. La mujer temblorosa o la historia de mis nervios. Barcelona: Anagrama; 2010.

Taranilla R. Mi cuerpo también. Barcelona: Los libros del lince; 2015.

Teherán, A., Mejía, M., Álvarez, L., Muñoz, Y., Barrera, M. y Cadavid, V. (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. Revista de Ciencia de la Salud, 15(2), 211-222. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5757.

Véliz-Burgos, A., & Dörner-Paris, A. (2020). Lo individual versus lo comunitario en tiempos de crisis sanitaria. *Propósitos y Representaciones*, *8*(SPE).

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996; 74 (4): 511-544.

World Health Organization. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo Geneva (CH): World Health Organization (WHO); 2004. 17p.

Zepeda Goncen, G. D. y Sánchez Aragón, R. (2019). Efectos del apego, afecto y capacidad de recibir apoyo en la salud de la pareja. Revista Psicologia e Educação On-Line, 2(1), 64-74. http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/Files/Other/Artigos%20OnLine/2019V1/8-%20V2N1online2019.pdf

APENDICES

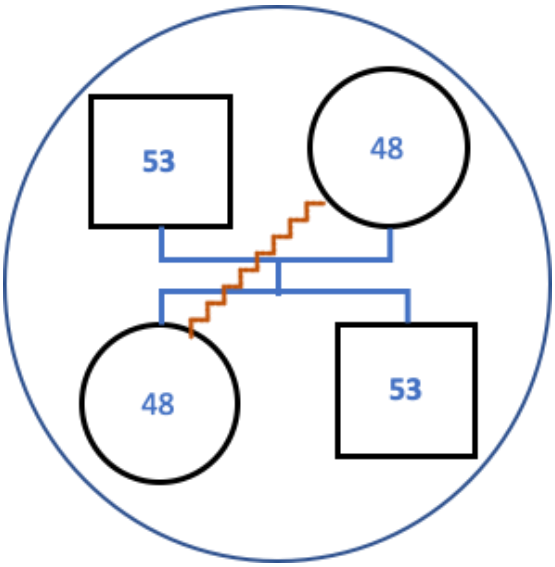
APGAR FAMILIAR

APGAR

Puntuación obtenida	Familias	Resultados
FAM1		
27	Papá	Buena función familiar
24	Mamá	Buena función familiar
17	Hja1	Disfunsión familiar leve
18	Hijo1	Buena función familiar
FAM2		
24	Mamá	Buena función familiar
15	Papá	Disfunsión familiar leve
17	Hija	Disfunsión familiar leve
18	Abuelo	Buena función familiar
19	Abuela	Buena función familiar
FAM3		
28	Papá	Buena función familiar
27	Mamá	Buena función familiar
20	Hija	Buena función familiar
FAM4		
17	Abuelo	Disfunsión familiar leve
20	Papá	Buena función familiar
24	Mamá	Buena función familiar
24	Hijo1	Buena función familiar
11	Hijo2	Disfunsión familiar moderada
FAM5		
23	Papá	Buena función familiar
17	Mamá	Disfunsión familiar leve
FAM6		
19	Papá	Buena función familiar
16	Mamá	Disfunsión familiar leve
24	Hija1	Buena función familiar
17	Hijo2	Disfunsión familiar leve
15	Hija3	Disfunsión familiar leve
FAM7		
19	Mamá	Buena función familiar
14	Hija1	Disfunsión familiar leve
20	Hijo1	Buena función familiar
18	Hermano1	Buena función familiar
17	Hermana2	Disfunsión familiar leve
22	Hermana3	Buena función familiar

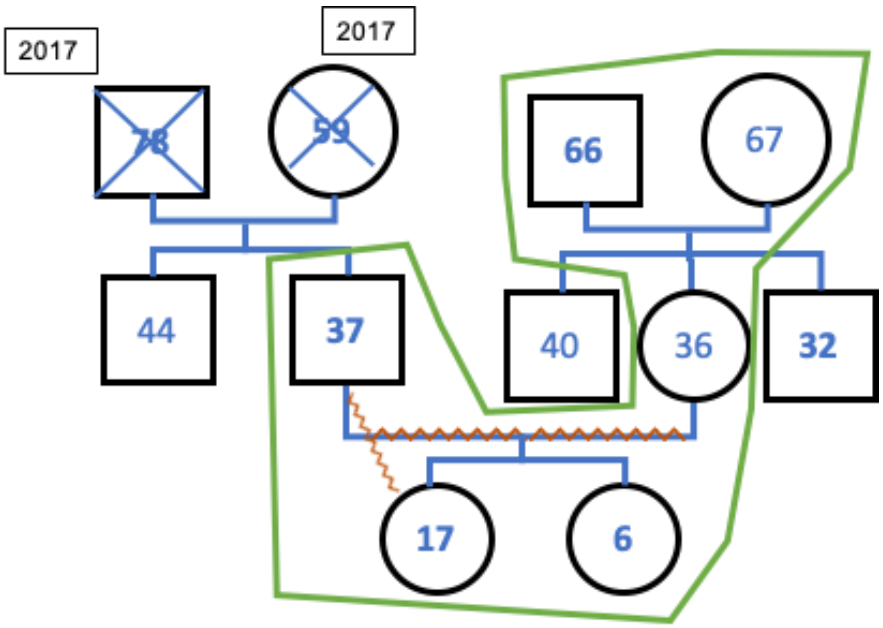
16	Hermano4	Disfunsión familiar leve
FAM8		
22	Mamá	Buena función familiar
20	Papá	Buena función familiar
17	Hija1	Disfunsión familiar leve
18	Hijo2	Buena función familiar
FAM9		
23	Mamá	Buena función familiar
22	Papá	Buena función familiar
18	Hija1	Buena función familiar
20	Hija2	Buena función familiar
17	Hija3	Disfunsión familiar leve
16	Hijo4	Disfunsión familiar leve
FAM10		
17	Abuela	Disfunsión familiar leve
20	Papá	Buena función familiar
14	Mamá	Disfunsión familiar leve
22	Hijo1	Buena función familiar
19	Hijo2	Buena función familiar
13	Hija3	Disfunsión familiar moderada

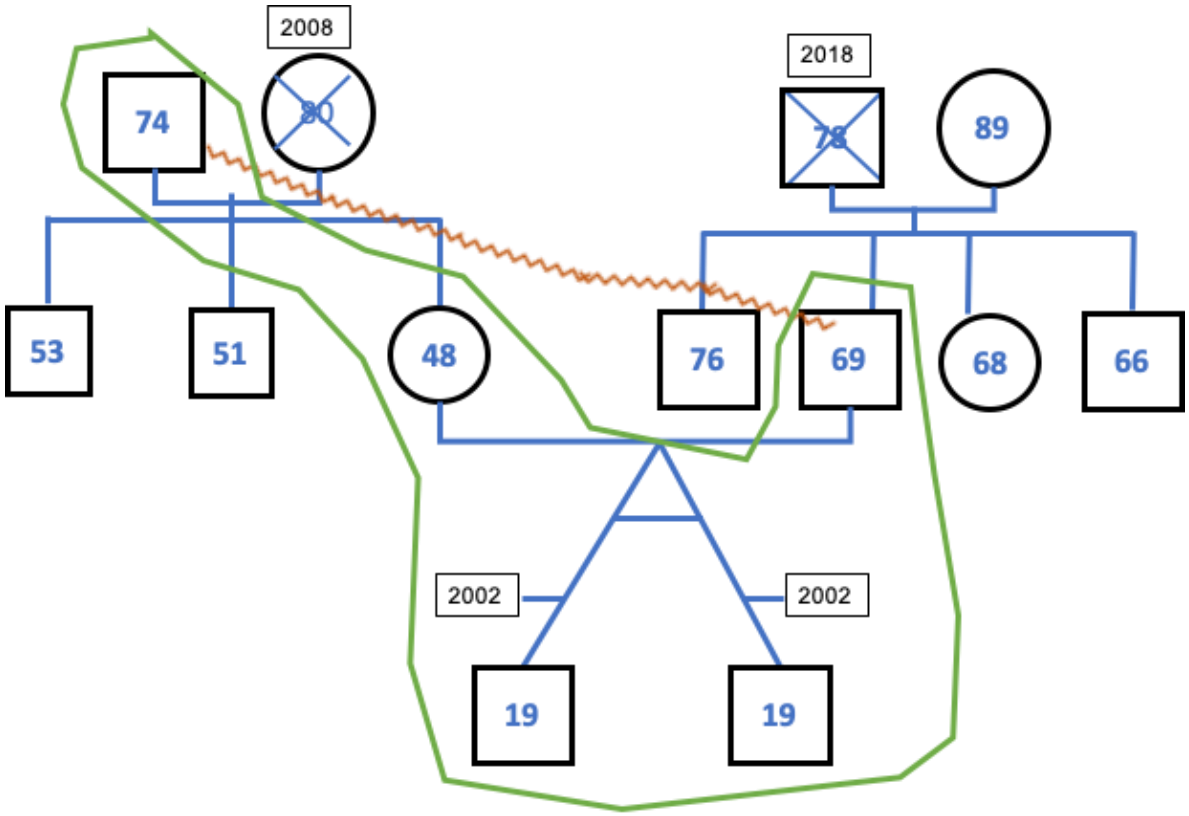
FAMILIOGRAMA



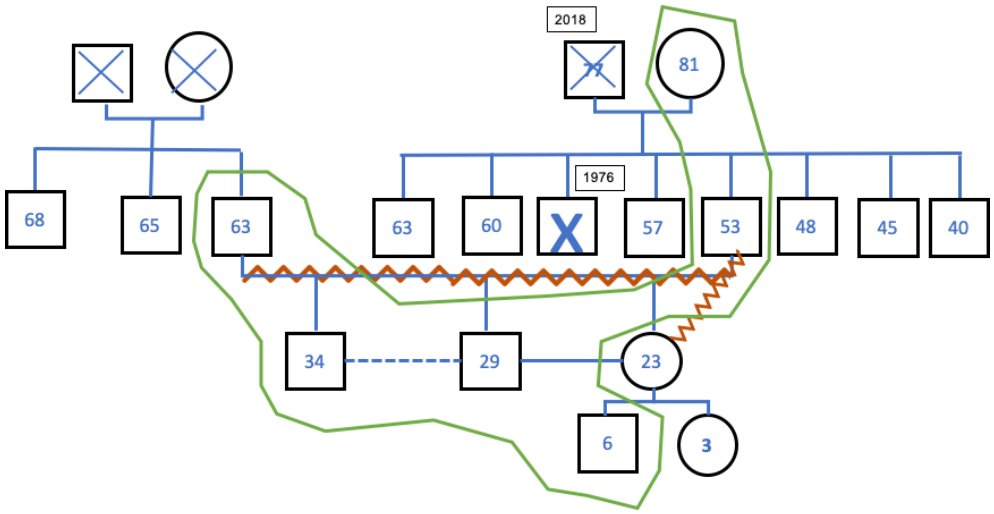
Genograma 1

Genograma 2





Genograma 3



Genograma 4

DUKE-UNC

Cuestionario de Apoyo Social Perccibido (DUKE - UNC)

Nombre: XXXXXXXXXXXXX	Edad: XX
Genero: XXXXXX	Fecha: 00/Mes/00

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas de las cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporciona. Elija para cada una las respuesta que mejor describa o refleje su situación:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares				4	
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1				
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo			3		
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede		2			
5. Recibo amor y afecto				4	
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1				
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos			3		
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas		2		4	
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama			3		
PUNTUACIÓN TOTAL	2	4	9	12	10

Fuente: BroadhearWE, Gehlbach SH, Degruy 1

APGAR familiar

Nombre: _____ Edad: _____ Género: ___
Fecha: ____/ ____/ ____ Puntaje total: _____

Familia es definida como el (los) individuo (s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora lazo emocional más fuerte.

Preguntas	0 Nunca	1 Casi nunca	2 Algunas veces	3 Casi siempre	4 siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad					
2. Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
6. ¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
7. Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos					
TOTAL					

Línea de corte:

- De 18 – 20 puntos: Buena función familiar
- De 10 – 13 puntos: Disfunción familiar moderada
- De 14 – 17 puntos: Disfunción familiar leve
- De 9 o menos puntos: Disfunción familiar severa

(Bellon JA, 1987)

FAMILIOGRAMA

INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU ROL
(Iniciando por el jefe/jefa de familia)

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE JUSTIFICAN EL ESTUDIO

Antecedentes psicosociales
(Fase actual del ciclo de vida familiar)

Fase de matrimonio

_____
_____
_____
_____
_____

Fase de expansión

_____
_____
_____
_____
_____

Fase de dispersión

_____
_____
_____
_____
_____

Fase de independencia

_____
_____
_____
_____
_____

Fase de retiro y muerte

_____
_____
_____
_____
_____

Crisis familiares

_____
_____
_____
_____
_____

Disfunciones

_____
_____
_____
_____
_____

Tipología familiar

Con base a su estructura

_____
_____
_____
_____
_____

Jerarquización de problemas

Individual

_____
_____
_____
_____
_____

Familiar

_____

_____

Tuxpan, Ver., a ____ 2023

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: _____

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre de la persona que participará en la Investigación: _____

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada:

_____. Antes de decidir, necesita entender por qué se está realizando esta investigación y en qué consistirá su participación. Por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda. Si usted lo desea puede consultar con personas de su confianza (Familiar y/o Médico tratante) sobre la presente investigación.

1. ¿Dónde se llevará a cabo esta investigación?

Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar, específicamente ubicado en Juana García No. 2 Infonavit Tenechaco.

2. ¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Esta investigación tiene como objetivo describir que aporta la terapia de pareja cuando se presenta un diagnostico de enfermedad crónico-degenerativa con componente cardiometabólica.

3. ¿Por qué es importante esta investigación?

Permitirá el autoconocimiento, la expresión nutricia de emociones y se estudiara el impacto que tiene la adherencia terapéutica y aspectos emocionales.

4. ¿Por qué he sido invitado a participar en esta investigación?

Ha sido invitado a formar parte de esta investigación, porque cumple con las características enlistadas a continuación (criterios de inclusión):

Los participantes son incluidos si:

1. Tener una relación de pareja
2. Que un miembro de la pareja presente diagnostico crónico degenerativo con componente cardiometabólica.
3. Disposición para llevar un proceso terapéutico de pareja

5. ¿Estoy obligado a participar?

Su participación es **voluntaria, anónima** y **confidencial**; no tiene que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decide no participar en la investigación, y **no demeritará de ninguna manera la calidad de la atención** que reciba en el Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar, en término de sus derechos como paciente.

6. ¿En qué consistirá mi participación y cuánto durará?

Su participación consistirá en lo siguiente:

- Aplicación de herramientas psicométricas
- Acudir a proceso de terapia de pareja
- Compartir su narrativa de vida
- Disposición de escucha e interacción

Si está de acuerdo en participar, le pediremos que escriba su nombre y firme el formato de Consentimiento Informado y firme al final de este.

7. ¿Cuáles son los posibles beneficios de formar parte de esta investigación?
Relaciones de pareja mas nutricias, elevando la calidad de vida en el proceso de salud - enfermedad.

8. ¿Cuáles son los posibles riesgos de formar parte de esta investigación?
Que se prolongue el proceso terapéutico

9. ¿Tendrá algún costo para mi participar en esta Investigación?
Se le informa que los gastos relacionados con esta investigación que se originen a partir del momento en que, voluntariamente, acepta participar en la misma, no serán pagados por Usted. En el caso de que existan gastos adicionales originados por el desarrollo de esta investigación, serán cubiertos por el presupuesto de esta.

10. Una vez que acepte participar ¿Es posible retirarme de la Investigación?
Se le informa que usted tiene el derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación de dejar de participar en la presente investigación, sin que esto disminuya la atención y calidad o se creen prejuicios para continuar con sus tratamientos y la atención que como paciente le otorga el Centro de Interacción Humana y Terapia Familiar. Únicamente avisando al investigador su decisión.

11. ¿Qué sucede cuando la Investigación termina?
Los resultados, de manera anónima, podrán ser publicados en revistas de investigación científica o podrán ser presentados en congresos.
Es posible que sus muestras, datos no personales, información médica o genética; pueden ser usadas para otros proyectos de investigación relacionados, previa revisión y aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.

16. ¿A quién puedo dirigirme si tengo alguna complicación, preocupación o problema relacionado con la Investigación?
Cualquier duda, preocupación o queja acerca de algún aspecto de la investigación o de la forma en que he sido tratado durante el transcurso de esta, por favor contacte al investigador: Dr. Juan Carlos Mejía Cabrera.

Aclaraciones:

a) Su decisión de participar en la presente Investigación es **completamente voluntaria**.
b) En el transcurso de la Investigación, usted podrá solicitar información actualizada sobre la misma, al investigador responsable.
c) La información obtenida en esta investigación, utilizada para la identificación de cada participante será mantenida con estricta confidencialidad, conforme la normatividad vigente.

d) Se le garantiza que usted recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la presente investigación.
e) Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.
f) Se le comunica que esta Carta de Consentimiento Informado se elabora y firma en dos ejemplares originales, se le entregará un original y el otro lo conservará el investigador principal.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada. **Terapia de Pareja como Mecanismo para Fortalecer la Salud Mental en Pacientes con Enfermedad Cardiometabólica.**

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación, así como de los riesgos a los que estaré expuesto ya que dicho procedimiento es considerado de ____ riesgo.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de_____

_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	**NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

TESTIGOS

_____	_____
NOMBRE Y FIRMA PARENTESCO DOMICILIO	**NOMBRE Y FIRMA** PARENTESCO DOMICILIO

Nota: Los datos personales contenidos en la presente Carta de Consentimiento Informado, serán protegidos conforme a lo dispuesto en las Leyes Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

CURRICULUM VITAE

Juan Carlos Mejía Cabrera

Originario de la localidad de Espinal, Veracruz, México, Juan Carlos Mejía Cabrera realizó estudios profesionales en área de la salud como Medicó Cirujano egresado de la Universidad Veracruzana, posteriormente realizo estudios de especialidad en Terapia de Familia y Terapia Breve; por el Centro de Atención Psicológica a la Familia, así como Especialidad en Terapia de Pareja en el Centro Integral de Sexualidad y Educación Sexual, posterior a ellos realizo estudios de Maestría en Psicoterapia Humanista en el Instituto Carl Rogers, Maestría en Terapia Familiar por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja. La investigación titulada “Terapia De Pareja Como Mecanismo Para Fortalecer La Salud Mental En Pacientes Con Enfermedad Cardiometabólica” es la que presenta en este documento para aspirar al grado de Doctor en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo área de la calidad y salud mental, con 18 años de experiencia en el ámbito sanitario asi como en el abordaje a pacientes, parejas y familias específicamente bajo el modelo sistémico.

Así mismo ha participado en iniciativas de mejora a la calidad en salud, desarrollando proyectos de mejora continua, planes de contingencia, desempeñando participaciones como ponente en diversos congresos y talleres abordando temas relacionados a la salud metal, es de destacar la labor realizada como tutor de servicio social para la Universidad Veracruzana. Colaborado como

catedrático a nivel licenciatura y postgrado en diversas universidades como UPAV, Instituto Universitario Abraham Lincoln y Centro de Terapia Familiar y de Pareja.

Como cargo que actualmente ocupa, coordinador de Calidad en Salud Jurisdiccional, en donde contribuyo a la mejora continua de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz.


ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE