



UADY

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

PSICOTERAPIA NARRATIVA: INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE
CLÍNICA INFANTIL**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. ARGELIA LIZANDRA LÓPEZ OSORIO**

**ASESOR
MTRA. ELIA MARÍA ESCOFFIÉ AGUILAR**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
SEPTIEMBRE 2016**

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329483 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

Primeramente quiero agradecer a Dios por permitirme vivir nuevas experiencias a lo largo de estos dos años, durante mi recorrido por la maestría, por darme la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminarla.

Especialmente quiero agradecer a mis padres: Sr. Ladislao López y Sra. Neyla Osorio, por la formación que me brindaron y por educarme pesando que el esfuerzo es la base de todo éxito. Quiero decirles que me enorgullece ser su hija y que gran parte de este logro, es suyo.

Asimismo quiero agradecer a mi familia: Dafne, Orlando, Christopher, Galia y Joel, por apoyarme en este camino, haciéndolo más ligero y comprendiendo mis tiempos y ratos de estrés.

De igual forma quiero agradecer a mi directora de tesis, la maestra Elia Escoffié, por ser mi guía durante mi recorrido por la psicología clínica infantil y por la confianza depositada en mi persona.

Agradezco también, a mi comité de tesis, la maestra Rebelín Echeverría y la maestra Nancy Evia por el apoyo brindado, pero sobre todo por la amistad que se reafirmó durante este tiempo.

Finalmente y no menos importante, quiero agradecer a mis maestros por la formación recibida y a mis compañeros por las experiencias compartidas. Me llevo un gran aprendizaje de todos ustedes.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo promover la adaptación emocional de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I. Las conversaciones giraron en torno a la integración grupal, el cuidado y control excesivo de los padres hacia sus hijos con diabetes, autocontrol, autoestima, relaciones interpersonales y vida cotidiana sin diabetes. Temáticas que surgieron de las voces de los adolescentes durante la contextualización.

Participaron 16 jóvenes con diabetes mellitus tipo I, de una asociación civil, del estado de Yucatán; de los cuales 9 son hombres y 7 son mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 13 y 17 años. La intervención se llevó a cabo desde la psicoterapia narrativa, bajo una metodología cualitativa. Durante el proceso se utilizaron diversas técnicas, como son los documentos terapéuticos, contradocumentos y la externalización, propias de la terapia narrativa. De igual forma se emplearon otras técnicas como el juego, role playing y la pregunta del milagro, que a pesar de no pertenecer a la terapia narrativa, dieron pie a las conversaciones con los participantes.

Al inicio de la intervención fue posible observar historias saturadas del problema y con una carga de poder inclinada hacia las personas encargadas de su cuidado. Al finalizar la intervención, surgieron historias alternativas, con discursos ricos que, reflejan adolescentes con diabetes mellitus mejor adaptados a su condición de vida o como ellos prefieren llamarlo, acompañados de su amiga la diabetes.

Índice

Capítulo 1. Introducción.....	9
1.5.Planteamiento del problema.....	10
1.6.Justificación.....	12
1.7.Objetivos.....	14
1.8.Maco teórico referencial.	14
1.4.1. Diabetes.	16
1.4.1.1 Tipos de diabetes.....	17
1.4.1.2. Etapas de la diabetes mellitus.....	20
1.4.1.3. Aspectos psicológicos en adolescentes con diabetes mellitus.	20
1.4.1.4 Programas de intervención con personas con diabetes mellitus...	24
1.4.2. Psicoterapia narrativa.....	26
1.4.2.1. Posmodernismo.....	26
1.4.2.2. Postestructuralismo	28
1.4.2.3. Supuestos básicos de la terapia narrativa.....	29
1.4.2.4. La práctica en la terapia narrativa.....	33
1.4.2.5 Conversaciones terapéuticas.....	36
1.4.2.5.1 Conversaciones de externalización	36
1.4.2.5.2. Conversaciones de re-autoría	38
1.4.2.5.3. Conversaciones de re-membranza	39
1.4.2.6 Documentos terapéuticos	40
1.4.2.7. Contradocumentos.....	42
1.4.2.8. El terapeuta desde la psicoterapia narrativa	42
Capítulo 2. Contextualización.....	44
2.1. Método.....	45
2.2. Escenario	46
2.3. Participantes	47
2.4. Objetivos	47
2.5 Técnicas	48
2.6 Procedimiento	50
2.7. Ética.....	51
2.8 Resultados	52
Capítulo 3. Programa de intervención	59
3.1. Criterios utilizados para el programa de intervención	60
3.2. Objetivos del programa de intervención	63
3.3. Recursos utilizados	63
3.3.1. Infraestructura, equipo audiovisual y material.....	63

3.3.2. Técnicas.....	64
3.3.2.1 Escritura de historias.....	64
3.3.2.2. Externalización	65
3.3.2.3. Documentos terapéuticos.....	66
3.3.2.4. Contradocumentos.....	66
3.3.2.4. Juego.....	67
3.3.2.5. La pregunta del milagro.....	69
3.3.2.6. Role playing.....	70
3.4. Procedimiento de la aplicación.....	70
3.4.1. A ciegas	75
3.4.2. Cartas a los cuidadores y vasijas de esperanza.....	77
3.4.3. Venciendo obstáculos y fijando metas.....	89
3.4.4. Mi anuncio publicitario	91
3.5.5.El partido	96
Capítulo 4. Evaluación de los efectos.....	101
4.1. Evaluación del proceso de intervención desde la perspectiva de los adolescentes y sus cuidadores	101
4.2. Resultados	103
4.2.1. De la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico	103
4.2.2. De la utilidad del proceso terapéutico	107
Capítulo 5. Discusión	112
5.1 Conclusiones	117
5.2. Limitaciones	119
5.3. Sugerencias para investigaciones futuras	120
Referencias.....	122
Apéndices	
Apéndice A. Externalización	132
Apéndice B. Silueta.....	133
Apéndice C. El partido	134
Apéndice D. Guía de preguntas para relaciones interpersonales.....	135
Apéndice E. Guía de evaluación de la experiencia terapéutica.....	136
Apéndice F. Los vagones del tren	137
Apéndice G: Certificado.....	139
Apéndice H. Cartas descriptivas	140

Capítulo 1. Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica (OMS, 2015). La diabetes en particular, es una enfermedad que ha aumentado su prevalencia en los últimos años.

México no se queda atrás, ya que presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer (Secretaría de Salud, 2007).

El estado de Yucatán, a su vez, presenta fuertes retos en materia de enfermedades crónicas, especialmente relacionados con la diabetes. Es por ello que el Plan Estatal de Desarrollo 2012-2018, del estado de Yucatán, continúa en la línea del gobierno Federal apostando por el derecho de todo habitante de estado a la salud. Por lo cual menciona, que se debe cumplir con dos condiciones: se debe proporcionar una cobertura efectiva y debe de responder con calidad y eficiencia a los retos de salud pública de nuestra región. Señala que en materia de salud el principal objetivo de las intervenciones públicas radica en realizar un esfuerzo conjunto para el desarrollo de acciones de prevención para atender los retos de

enfermedades transmitidas por vector, infectocontagiosas y crónicas degenerativas, con énfasis en la obesidad y la diabetes.

Asimismo, refieren que el exceso en el consumo de alimentos, aunado al sedentarismo y otras condiciones socioeconómicas hacen que Yucatán ocupe el cuarto lugar a nivel nacional en sobrepeso en adultos con una prevalencia de 74.4% y el primer lugar nacional en sobrepeso, más obesidad entre la población de 5 a 11 años con una prevalencia de 36.3 % (Gobierno del estado de Yucatán, 2013).

Es importante mencionar que aunque no siempre se puede predecir que niños tienen más riesgo de tener la enfermedad, si se sabe que la diabetes tipo 2 afecta con mayor frecuencia a los niños con sobrepeso, malos hábitos alimentarios y sedentarios (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, 2007).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2013) la diabetes mellitus tipo I (DM1) es una de las afecciones más comunes en la infancia y el número de niños que la presentan aumenta cada vez más rápido. Asimismo, este organismo refiere que “dos proyectos de colaboración internacionales, el estudio Diabetes Mondiale (DIAMOND)¹ y el estudio Europa and Diabetes (EURODIAB)², y, más recientemente en EE.UU., el estudio SEARCH for Diabetes in Youth, ³, demuestran que la incidencia en menores de 15 años es cada vez más alta” (p. 42).

1.1 Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de transición y cambio y por tanto, en ocasiones conlleva dificultades para sobrellevarla y adaptarse a dichos cambios. De acuerdo con Weismann (2005, p. 2):

La adolescencia es un momento de la vida en que es necesario hacer varias elecciones importantes y esto se torna complicado. Elegir implica renunciar a lo

que no se elige, algo que al adolescente le resulta imposible. En el transcurso de este proceso de transformación, que no le resulta fácil, que muchas veces lo desconcierta o le provoca miedo e inseguridad, el adolescente suele presentar algunas manifestaciones preocupantes del punto de vista de los adultos de su entorno. Estas manifestaciones pueden abarcar, desde desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, excesivo interés por los pares, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar, hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia o con temeridad, trastornos alimentarios, actos delictivos e intentos de suicidio, etc.

Todo lo anterior aunado o sumado a una enfermedad crónica resulta ser aún más complicado. Ortiz y Ortiz (2005) mencionan que es más común encontrar una baja autoestima y mayor dependencia social en adolescentes diabéticos que entre niños y adolescentes sin la enfermedad. Esto sugiere un descenso en la autoestima, como consecuencia de la enfermedad. Asimismo, refieren que en un grupo de edad de 6 a 19 años, son los más grandes quienes menos se adhieren a su tratamiento.

Los adolescentes con diabetes mellitus, presentan muchas otras complicaciones emocionales resultantes de la combinación entre su etapa de desarrollo (la adolescencia) y su condición de vida (la diabetes) tales como un nivel alto de estrés y sintomatología depresiva, así como la búsqueda de mayor independencia (una de las tareas del desarrollo de esta etapa evolutiva). Esta última se convierte en una de las barreras que interfiere mayormente con la adherencia al tratamiento (Hanna y Guthrie, 2000 en Ortiz Parada, 2008).

Es importante mencionar que el análisis de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes, así como en otras enfermedades crónicas, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los pacientes (Ortiz Parada, 2008). He ahí la importancia de intervenir psicológicamente con los

adolescentes con diabetes mellitus de tipo 1, ya que una pronta atención psicológica puede aportar fuertemente a la mejora de la calidad de vida de dichos adolescentes.

1.2 Justificación

La diabetes mellitus es uno de los grandes problemas mundiales de salud y es considerada una enfermedad social, no sólo por su elevada frecuencia, sino también por su gran coste económico (Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás, 2002). La Asociación de diabetes Mexicana de Diabetes del sureste ([AMD del Sureste], 2015) menciona que 300 millones de personas están en riesgo de presentar diabetes en el mundo. Asimismo refiere que 378 millones de dólares se gastan cada año en la atención de la diabetes y que a partir del 2030, el gasto aumentará a 490 millones de dólares. Estas cifras resultan ser alarmantes en sí mismas y demuestran que la atención integral de las personas con diabetes, debe ser primordial.

Los adolescentes con diabetes especialmente, resultan ser focos rojos entre la población con diabetes, ya que además de trabajar en su adaptación y aceptación de la enfermedad, también es necesario trabajar con los cambios que se les presentan debido a la etapa de desarrollo que viven. De acuerdo con Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás (2002):

La adolescencia es una edad en la que se produce un desarrollo de la percepción, el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje que permiten al adolescente manejar la abstracción, con lo cual es factible una mejor comprensión de la enfermedad. Los adolescentes deben asumir el reto que implica la adaptación y aceptación de los cambios emocionales y físicos de la pubertad y la consolidación de un sentido de integridad e identidad corporal. El adolescente diabético debe, además, asumir su autocontrol (realización de autoanálisis y toma de decisiones), prestar atención constante a la dieta, ingesta de alcohol, actividades físicas, etc., es decir, ha de hacer frente a una serie de aspectos que le hacen diferente de sus compañeros. Además se da cuenta que aplicarse varias inyecciones al día resulta poco “normal”, por lo que se puede comprender que viva un sentimiento de injusticia y rebeldía (p. 116).

La asociación de diabetes, sede de la presente investigación, es una asociación civil, que trabaja con niños y adolescentes con diabetes mellitus de tipo 1. Tiene entre sus funciones brindar información médica y nutricional a los padres, niños y adolescentes que asisten a sus instalaciones. Asimismo, les proporcionan un glucómetro y lancetas que les permiten monitorear sus niveles de glucosa, así como consultas endocrinológicas y nutricionales. La organización está consciente que existen otras causas que merman la calidad de vida y salud mental de los pacientes con diabetes y sus familiares, como lo son las emocionales y psicológicas; sin embargo no cuentan con un área de atención psicológica para sus usuarios.

Como se mencionó anteriormente, la atención psicológica juega un papel primordial en el tratamiento de la diabetes, ya que complementa y refuerza, el tratamiento médico, nutricional y endocrinológico prestado a las personas con esta condición de vida. En los últimos años ha crecido enormemente el interés acerca de los aspectos psicosociales y de la calidad de vida en las enfermedades crónicas, en particular la diabetes. La aproximación terapéutica debe incluir la comprensión de las ramificaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas de la diabetes mellitus tipo 1 si se desea alcanzar la meta de lograr el bienestar del paciente a la vez que la prevención de las complicaciones (Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás, 2002).

El adolescente con diabetes, por lo tanto, debe recibir atención psicológica que le ayude en el doble proceso que vive: la adaptación a la adolescencia y la diabetes mellitus. Asimismo, las familias y personal de salud de la asociación, deben recibir orientación psicológica, que les permita brindar el apoyo necesario a los adolescentes, para que su calidad de vida mejore.

Todo lo anterior marca la pauta para decidir dar respuesta ante la urgente necesidad de incluir –en el esquema de salud integral– la atención de las necesidades emocionales y aspectos psicológicos de los adolescentes con diabetes mellitus de tipo 1. Con ello se pretende aportar a la

comunidad científica, un modelo de intervención efectivo en materia psicológica para trabajar con adolescentes que se encuentran en una condición de vida relacionada con la diabetes. De igual forma pretende contribuir, de cierta forma a la reducción en el costo de atención de las personas con diabetes y principalmente beneficiar directamente a los usuarios de la asociación, mejorando su calidad de vida y salud mental.

1.3 Objetivos

Objetivo general: Desarrollar un programa de intervención psicoterapéutica grupal, utilizando la psicoterapia narrativa, para adolescentes que viven con diabetes mellitus tipo I.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades psicológicas de niños que viven con diabetes mellitus.
- Diseñar un programa de intervención, desde la psicoterapia narrativa, para dar respuesta a las necesidades identificadas.
- Implementar el programa de intervención.
- Evaluar el programa de intervención.

1.4 Marco teórico referencial

1.4.1 Diabetes

En 2005, todos los Estados Miembros de la OMS asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ese compromiso fue una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Obrar en pro de la cobertura sanitaria universal es un medio poderoso de mejorar las condiciones de salud y bienestar y de promover el desarrollo

humano. Por servicios de salud, se entiende los métodos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, que comprenden la atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). De acuerdo con las premisas anteriores, las personas que presentan algún tipo de enfermedad crónica, deben entonces tener acceso a dicha cobertura sanitaria universal, esto incluye obviamente a las personas con diabetes.

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013), calcula que alrededor de 366 millones de personas de todo el mundo, lo que representa el 8,3% de los adultos, presentaba diabetes en el 2011. Alrededor del 80% de estas personas, vive en países de ingresos medios y bajos. Refiere también, que de continuar estas tendencias, para el año 2030 serán alrededor de 552 millones de personas las que presenten diabetes, es decir, un adulto de cada 10. Esto equivale a aproximadamente tres nuevos casos cada 10 segundos, o casi 10 millones al año. Señala que los mayores aumentos se producirán en las regiones dominadas por las economías en desarrollo. La OMS (2015) por su parte, refiere que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes y calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Coincide con la IDF, en que un alto porcentaje de muertes por diabetes (80%) se presenta en los países de ingresos medios y bajos como México.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país, está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan

las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

La OMS (2015), refiere que la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México y menciona que de la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes (9.2%): poco más del 80% recibe tratamiento, 25% presenta evidencia de un adecuado control metabólico, 13% reciben insulina sola o insulina combinada con pastillas, el 16% no cuenta con protección en salud, 24.7% está en riesgo alto (HbA1c entre 7% y 9%) y 49.8% está en riesgo muy alto (HbA1c > 9%) de padecer las complicaciones, 47% han recibido también diagnóstico de hipertensión arterial, así como que son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies. Asimismo, recalca el riesgo de nuestro país en niños en edad escolar (5 a 11 años) de presentar diabetes de tipo II, debido al sobrepeso, ya que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es del 34.4%, la prevalencia de sobrepeso es del 19.8% y la prevalencia de obesidad es del 14.6%.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además, es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera (Secretaría de Salud, 2007).

La diabetes Mellitus (DM) constituye un grupo genética y clínicamente heterogéneo de alteraciones que tienen en común la intolerancia a los hidratos de carbono debido a un deterioro de la secreción y/o de la efectividad de la insulina para metabolizar la glucosa. (Villalobos Pérez, Brenes Saenz, Quiros Morales, y León Sanabria, 2006). La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales (FDI, 2013).

1.4.1.1 Tipos de diabetes

Existen 4 tipos de diabetes:

1. La diabetes tipo 1. Se caracteriza por la destrucción paulatina de las células pancreáticas, por un proceso inmune mediado en un huésped susceptible que ha sido expuesto a un gatillante ambiental, lo que conduce a un déficit absoluto de insulina. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte y Willshaw, 2007). No se sabe muy bien por qué ocurre esto. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente se presenta en niños o adultos jóvenes. Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 muere (FDI, 2013). Entre los síntomas más comunes se encuentran orinarse con frecuencia, sentir sed

constantemente y la pérdida de peso. Se cree que existen tres cosas que causan este tipo de diabetes: la herencia, la auto alergia o algún virus que cause daño a las células del islote (Chase, 2008).

La diabetes mellitus tipo I (insulino dependiente) es uno de los desórdenes endocrinos crónicos más comunes en la niñez y la adolescencia. Se estima que afecta entre 1 a 2 niños (as) por cada 1000 (Brink, 1987 en Salvador Ortiz, 2004).

2. Diabetes de tipo 2. Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

- A. Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.
- B. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2013). Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado. Aunque todavía no se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo 2, hay varios factores de riesgo importantes. Por ejemplo la

obesidad, la mala alimentación, la inactividad física, la edad avanzada, los antecedentes familiares de diabetes (FDI, 2013).

3. Diabetes gestacional. La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación (Almirón, Gamarra y González, 2005). Las mujeres que desarrollan una resistencia a la insulina y, por tanto, una alta glucosa en sangre durante el embarazo se dice que tienen diabetes gestacional (también conocida como diabetes mellitus gestacional o DMG). La diabetes gestacional en las mujeres normalmente desaparece después del parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional en embarazos posteriores y de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida (FDI, 2013).
4. Otros tipos de diabetes. Sólo corresponden del 1 al 2 % de los casos y sus causas pueden ser diversas: defectos genéticos en la función de las células productoras de insulina, enfermedades del páncreas, o diabetes inducida por medicamentos (Secretaría de Salud y Federación Mexicana de Diabetes, A.C., 2008).

1.4.1.2 Etapas de la Diabetes Mellitus (DM).

La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo. Estas etapas son:

1. Normoglucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.
 2. Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:
 - A. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa)
 - B. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:
 - a. DM no insulino-requiriente
 - b. DM insulino-requiriente para lograr control metabólico
 - c. DM insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera DM insulino-dependiente)
- (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2013).

1.4.1.3 Aspectos psicológicos en adolescentes con diabetes mellitus.

La administración frecuente de insulina, la revisión de los niveles de glucemia y el tratamiento de los niveles altos y bajos de azúcar son parte de la vida diaria con diabetes. Los niños y adolescentes con esta afección y sus familias también deben coordinar estas tareas con la ingesta alimentaria y la actividad física. Otros aspectos del control diabético incluyen acudir con

regularidad a citas concertadas de diabetes en clínicas y hospitales, monitorizar el riesgo y el tratamiento de las complicaciones médicas y dar apoyo activo al sistema inmunológico a fin de evitar infecciones. Estas tareas son exigentes y pueden resultar perturbadoras y estresantes, demostrando cómo los niños y adolescentes con diabetes y sus familiares tienen una serie de momentos de estrés que otros niños sin la afección no experimentan (Naranjo y Hood, 2013). A esto se suma que cada adolescente diabético debe efectuar controles diarios de glucemia, registrar los resultados de estos controles, ajustar dosis de insulina en base a los resultados de las glicemias, reconocer síntomas de hipoglicemia e hiperglicemia y saber cómo manejarlos (Kyngäs, Hentinen & Barlow, 1998 en Salvador Ortiz, 2004).

La diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico añadido que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología. Por ello, la diabetes es una enfermedad que requiere grandes ajustes en el estilo de vida y una amplia educación del paciente (Martínez, Lastra y Luzuriaga, 2002). En la población que presenta diabetes mellitus tipo I o II, los índices de estrés tienden a estar presentes desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, debido a que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica crónica incapacitante (Gálvez, 2004 en Ortiz Parada, 2006).

Además, al crecer los niños (en la adolescencia), podría haber funciones sociales en las que, o no pueden participar, o tan sólo participan de manera limitada debido a su afección (Naranjo y Hood, 2013). La persona con diabetes es en general poco aceptado socialmente y son muchos los casos en que el joven diabético evita hablar a otros de su enfermedad y se excluye de la práctica de deportes o de los viajes organizados. La autoimagen es típicamente inestable en la adolescencia temprana, pero el adolescente diabético puede tener una autoimagen especialmente

mala, y verse a sí mismo como defectuoso o más débil que sus compañeros, lo que intensifica los sentimientos de inferioridad y el miedo al rechazo de sus compañeros (Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás, 2002).

Asimismo, existen otras dificultades más sutiles que suelen incluir el estrés familiar. También se pueden producir tensiones entre los hermanos por el sentimiento de que las preocupaciones de los padres se centran en el niño con diabetes. Por todas estas razones, no nos sorprende que los niños y adolescentes con diabetes corran un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y problemas psicológicos que los niños sin la afección. Concretamente, entre un 15% y un 25% de los adolescentes con diabetes tipo 1 experimenta depresión en comparación con el 14.3% de los niños que no tienen una enfermedad crónica (Naranjo y Hood, 2013).

De la misma manera ser diagnosticado de diabetes en la adolescencia se asocia frecuentemente con un mayor conflicto parental. Cuando el adolescente comienza a afirmarse en sí mismo y a asumir nuevas responsabilidades se encuentra con el control de sus padres dominando sobre todos ellos. Como resultado, puede afirmar su independencia negando la enfermedad, no acudiendo a las citas médicas o rehusando cumplir las pautas de la dieta o de la insulina. Puede haber períodos de depresión y de retraimiento, comportamiento hostil de “paso-al-acto” que puede conducir a conductas delincuentes (Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás, 2002).

Por todo esto, es indiscutible señalar que el contemplar la atención psicológica en el tratamiento de adolescentes con diabetes mellitus es indispensable. Es necesario crear programas de atención integrales que beneficien y mejoren la calidad de vida de estos usuarios de los sistemas de salud.

Los problemas emocionales pueden ser tan importantes que indiquen la necesidad de asistencia psicológica, en particular si éstos son responsables de incumplimiento terapéutico o de un mal control metabólico. La evaluación terapéutica debe incluir la revisión de posibles problemas psicológicos y sociales que impidan el autocuidado, como preocupaciones o miedos relacionados con la diabetes, alteraciones psiquiátricas, fuentes de estrés en la vida personal, escolar o social o conflictos familiares subyacentes. El contacto temprano con profesionales de la salud mental hará más fáciles las consultas posteriores y disminuirá el estigma asociado con ser referido a los mismos.

Asimismo, es importante mencionar que debido al control que requiere la diabetes y a la dificultad de todo proceso de enfermedad, el apoyo familiar y social que requieren las personas con diabetes, son fundamentales (Secretaría de Salud de México, 2007). En algunos casos, las familias podrían necesitar apoyo psicológico, que les ayude a desarrollar estrategias positivas de afrontamiento.

Koenigsberg, Bartlett y Cramer (2004) señalan que las intervenciones familiares, son de vital importancia cuando hay un diabético en la familia. Estas deben estar enfocadas en involucrar a los miembros de la familia en el manejo de la diabetes, asignar y compartir apropiadamente tareas, disminuir los conflictos familiares, mejorar la comunicación y procedimientos basados en el comportamiento familiar así como el establecimiento de metas.

Sin embargo y tristemente el presupuesto asignado a salud en México es mínimo, y de ese presupuesto solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas. El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se

distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en hospitales psiquiátricos. Lo cual demuestra la falta de personal y de una calidad de atención a los niños con diabetes (Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011).

La labor psicológica está subestimada y no se mira en el ámbito de salud como un apoyo a la parte médica, a pesar de conocer la influencia que tienen los factores psicológicos en las enfermedades, así como en su rehabilitación y tratamiento. Es por ello y por todo lo expuesto a lo largo de este escrito, que el presente proyecto se centra en la intervención psicológica con niños con diabetes. Las cifras de nuestro país y especialmente de nuestro estado, demuestran la necesidad de dicho proyecto.

1.4.1.4 Programas de intervención con personas con diabetes mellitus.

Algunos proyectos que trabajan la temática a nivel internacional, nacional y local son los siguientes:

1. Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Este es un proyecto de psicoeducación realizado por la universidad de Magdalena y dirigido a adultos con diabetes. Consiste en evaluar cuatro áreas:
 - a) Evaluación de habilidades de autocuidado
 - b) Evaluación de adherencia al tratamiento.
 - c) Evaluación de barreras de adherencia
 - d) Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes.

Después se interviene con técnicas cognitivas conductuales, en 2 rubros: la adherencia al tratamiento y la adquisición de habilidades y afrontamiento al estrés (Castro Cabeza, Rodríguez Chamorro y Ramos Mejía, 2005).

2. Programa nacional de educación para la diabetes de cruz roja mexicana. Comprende el Taller nacional de diabetes y la Campaña nacional permanente de información sobre la diabetes, que incluyen presentaciones introductorias y especializadas para diferentes públicos, actividades de monitoreo de glucosa y obesidad a través de Checa tu Vida y las actividades del Día mundial de la diabetes 14 de noviembre (Cruz Roja Mexicana para la Juventud, 2012).
3. DiabetIMSS. Incluye actividades con grupos de 20 pacientes y sesiones de sesión 2.5 hrs. Se presentan citas simultáneas a grupo y consulta con los pacientes. Asimismo, este programa cuenta con un equipo multidisciplinario que atiende las necesidades de sus derechohabientes en varios ámbitos, con el fin de brindarles una atención completa e integral. Estos equipos se encuentran conformados por médico familiar y enfermera general, nutricionista, estomatólogo, psicólogo (en donde exista la categoría) y trabajadora social. Como se mencionó anteriormente, la atención psicológica en este proyecto depende de sí el hospital en donde se brinda cuenta con este profesional (Mendoza Romo, Velasco Chávez, Nieva de Jesús, Andrade Rodríguez, Rodríguez Pérez y Paulou Fragac, 2013).
4. Nutre y mueve tu vida. Programa de educación en salud conformado por un grupo multidisciplinario interesado y motivado en promover la salud de la comunidad con acciones preventivas destinadas a modificar los hábitos de alimentación y actividad física

con el objetivo de disminuir la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en el Estado de Yucatán (Nutre y mueve tu vida, 2015).

1.4.2 Psicoterapia narrativa

1.4.2.1 Posmodernismo

Desde mediados del siglo XIX, graves conflictos sociales, rupturas artísticas profundas, descubrimientos científicos incompatibles con la física de Newton, reformas religiosas y teorías sobre la conciencia que invertían la relación clásica entre la razón y la voluntad daban a entender que las categorías históricas de la Ilustración habían sido desbordadas, que la modernidad empezaba a hacer agua (Pinillos Díaz, 2002).

Al movimiento modernista del siglo XX, que ha sido expresado en el arte, el folclore, la música, la ciencia, la política, la moral y demás manifestaciones de la cultura humana, le surgió una nueva antítesis, que pretende remover los cimientos del modernismo y volver a reconstruir (o tal vez deberíamos decir desconstruir) sobre sus ruinas una nueva forma de concebir la realidad. El posmodernismo es una forma alternativa y, por lo tanto, rompe con los esquemas más arraigados del modernismo en los diferentes campos de la cultura, lo que lleva sin lugar a dudas a la generación en el mundo modernista del miedo, la resistencia al cambio y la duda de que exista otra forma de ver el mundo que no responda al patrón modernista (Rozo Castillo, 2002).

Al término de la segunda Guerra Mundial lo postmoderno había comenzado a extenderse rápidamente por el mundo intelectual anglosajón. La gente empezaba a comprender que el desarrollo de la racionalidad no implicaba necesariamente el incremento de la razón, o lo que es lo mismo, se estaba dando cuenta de que el nexo intrínseco que Occidente daba por

supuesto entre la razón y la libertad era ficticio; es más, se hallaba amenazado por un sutil pero obvio peligro, tanto en el campo del liberalismo como en el socialista (Pinillos Díaz, 2002).

Las terapias psicológicas tradicionalmente han estado insertadas en un modelo de mundo que ha sido descrito como *la postura modernista*. Dentro de esta postura se encuentran una serie de supuestos que guían a la persona a navegar por el mundo y obtener conocimientos de éste.

Entre los supuestos más influyentes están los siguientes:

1. La naturaleza del conocimiento es isomórfica o representativa de realidades externas al ser humano.
2. Las verdades tienden a ser singulares, universales y a históricas
3. La cognición sirve para crear mapas reales representativos de eventos actuales
4. El lenguaje es una herramienta mediadora de la realidad social.

Sin embargo, la posmodernidad, al igual que en otras áreas influyó en la psicología. Esta también plantea unos supuestos y unas posiciones ante la búsqueda del conocimiento. Entre los supuestos más importantes están los siguientes:

1. Lo que se considera válido y persuasivo se basa en una teoría coherente y consistente, pero no correspondiente con la realidad.
2. No hay una verdad única, objetiva y ahistórica; en vez los saberes son múltiples, contextuales y se basan en contingencias de un consenso social e histórico.
3. Las ciencias deben ser pluralistas en sus métodos y en la interpretación de los hallazgos.
4. El lenguaje no media o refleja la realidad externa; en vez, constituye y construye las categorías en que se basa la realidad social (Martínez-Taboas, 2012).

Una nueva generación de terapias ha venido desarrollando desde el último cuarto del siglo veinte. Los proponentes de estos enfoques ponen en tela de juicio muchas de las premisas que

históricamente han sostenido a la práctica psicoterapéutica, y ofrecen formas alternativas de conceptualizar y hacer terapia. Este movimiento no está representado por una sola escuela o modelo, sino por el trabajo de muchos teóricos y profesionales que comparten un terreno común filosófico y epistemológico. Estas terapias se denominan diversamente a la falta de un nombre unificador: posmoderna, narrativa, discursiva, conversacional, postestructuralista, en colaboración, socio- construccionista, etc. (Tarragona, 2008).

1.4.2.2 Postestructuralismo

El posestructuralismo es un movimiento particular de la filosofía, en especial de la filosofía francesa. Belsey (2002 en Tarragona, 2008) lo define como "una teoría o grupo de teorías, sobre la relación entre los seres humanos, el mundo, y la práctica de hacer y reproducción de significados, que surge de la teoría literaria" (p.5).

La investigación postestructuralista contribuye a la deconstrucción de sistemas de interpretación y entendimiento que constituye la hipótesis de la represión. Bajo esta investigación, estos sistemas no revelan los elementos que están en el corazón o en el centro del self, sustituyen, el self, hacen la vida, constituyen el sujeto moderno y especifican la subjetividad (White, 1997).

El postestructuralismo propuso que el significado de un texto no es el texto, inherente a lo que está escrito, sino que el significado surge o se produce como el lector interactúa con el texto (Grenz, 1996; Sarup, 1993). Se basa en el entendido de que "Si el lenguaje realmente construye el significado (en oposición a revelar un significado objetivo ya presente en el mundo), entonces el trabajo del estudioso es tomar aparte ("deconstruir") este proceso de construcción de significado " (Grenz, 1996 en Tarragona, 2008).

En el post-estructuralismo, ha cambiado la conceptualización del papel que juega el lenguaje en la creación de significados. Cuando se “mandan” los mensajes, no se puede estar seguros que el que escucha recibe lo mismo que se envía, puesto que cada quien lleva a la relación toda su experiencia, valores, cultura, etc.; para llegar a un acuerdo sobre el significado, se requiere una negociación de los marcos de referencia de cada uno, en un contexto determinado. Dada la incertidumbre acerca de los significados de cada quien, en una conversación, los malentendidos son más probables que los acuerdos. Los desacuerdos tienen que ver con descalificar lo que el otro propone, sin analizar las premisas desde las que opera y la construcción de la realidad con que se maneja (Campillo Rodríguez, 2001).

Michael White (2004 en Tarragona 2008), describe a la terapia narrativa como postestructuralista. Es en la psicoterapia, donde por excelencia continuamente se negocian significados, lo importante, desde una postura post-estructuralista, no es descubrir “lo real” de lo que pasa, sino el analizar cómo la historia personal capturada en un discurso crea una visión de la realidad, saturada por el problema, que excluye o descarta otras experiencias que, de ser tomadas en cuenta, aportarían elementos para una historia alternativa, no saturada del problema (Campillo Rodríguez, 2001). Finalmente, los terapeutas posmodernos y posestructuralistas no buscan estructuras profundas o un verdadero ser, están interesados en las historias de las personas y en lo que podrán contar.

1.4.2.3 Supuestos básicos de la terapia narrativa

Michael White y David Epston son co-autores de lo que actualmente se conoce en psicoterapia como “Narrativa” (Campillo Rodríguez, 1996). El término narrativa implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de sus vidas. Ante problemas graves

o potencialmente extremos la idea de escuchar puede parecer trivial, pero las conversaciones crean realidades nuevas. La terapia narrativa asume que los factores sociales, políticos y culturales afectan a las vidas de las personas y sobre todo que las situaciones de poder son endémicas tanto personalmente como globalmente. Se reconoce que la terapia misma puede ser nociva si se basa en relaciones de poder tácitas: los terapeutas narrativos intentan minimizar esto a través de retroalimentaciones constantes. (Payne, 2002).

El contar y contarse historias es, tal vez, una de las prácticas más antiguas del pensamiento humano. Todos narramos historias. Cuando alguien nos pregunta por lo que hemos hecho o por algún episodio de nuestras vidas, le relatamos una historia. Una historia hilada, con sentido, organizada sobre la base de conectores “lógicos” y de secuencias temporales. La vida de cada uno de nosotros es una historia construida, en donde el actor principal del relato es la persona que nos está relatando los acontecimientos (Zlachevsky, 2003). Los puentes de significado que se crean hacen que se produzcan resultados curativos (Freeman, Epston, y Lobovits, 2010).

Todas las terapias desarrollan un léxico que refleja sus ideas y presupuestos, pero White y Epston, prestan especial interés a la precisión lingüística, porque el lenguaje puede emborronar o distorsionar una experiencia que se está contando, condicionar las formas en las que actuamos o sentimos, o por el contrario formularse conscientemente como herramienta terapéutica. En la psicoterapia, donde por excelencia continuamente se negocian significados, lo importante, desde una postura post-estructuralista, no es descubrir “lo real” de lo que pasa, sino el analizar cómo la historia personal capturada en un discurso crea una visión de la realidad, saturada por el problema, que excluye o descarta otras experiencias, que de ser tomadas en cuenta, aportarían elementos para una historia alternativa, no saturada del problema. Esta es la tarea que la

Narrativa, como alternativa psicoterapéutica, propone: la construcción de historias diferentes (Campillo Rodríguez, 1996).

White (2000 en Tarragona, 2006) propone que en la terapia no es muy útil pensar en términos de profundo y superficial. Prefiere pensar siguiendo la metáfora propuesta por Gilbert Ryle y Clifford Geertz de descripciones ricas, densas o gruesas y descripciones frágiles, simples o delgadas. Una historia densa está llena de detalles, se conecta con otras y sobretodo, proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una historia «delgada» generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo y difícilmente tiene lugar para la complejidad y las contradicciones de su experiencia. Cuanto más «densa» sea una historia, más posibilidades abrirá para la persona que la vive (Tarragona, 2006).

Campillo Rodríguez (2001), Tarragona 2008 y Martínez-Taboas (2012) describen algunas características de “una terapia situada en modo narrativo de pensamiento”:

1. Utiliza la inspiración transdisciplinaria. Lo que implica que el terapeuta narrativo puede utilizar conocimientos de varias disciplinas, entre ellas la semiótica, la antropología, lingüística y la filosofía.
2. Tiene una visión social del conocimiento y la identidad. Se plantea que la interpretación que le damos a nuestras experiencias es construida a través del intercambio social y que una misma experiencia puede ser construida de manera diferente de acuerdo al contexto cultural y relacional del momento.
3. Atención particular al contexto. la problemática del cliente es analizada desde el ángulo del contexto de su cultura, religión, sociedad y relacional, ya que es el contexto el que configura el significado lingüístico que se le da a una experiencia.

4. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona. El cliente es la estrella del encuentro terapéutico. Se parte de la premisa de que el cliente es el experto en su vida y de que las metas terapéuticas las identifica él o ella. Por lo tanto, el terapeuta ahora no es el experto, sino más bien un colaborador curioso que desea ser informado por el cliente.
5. Favorece la percepción de un modo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
6. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
7. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos; a través del lenguaje le damos significado a nuestro mundo circundante. Es a través de la construcción lingüística que toma apariencia y forma el problema del cliente.
8. Mira la terapia como un viaje común. La terapia es una travesía de exploración, conversación, buscar soluciones y desarrollar múltiples historias alternas que realiza la persona con acompañamiento del terapeuta.
9. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
10. Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia., reconociendo que el cliente debe controlar sus decisiones y el curso de su vida.
11. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierte en autor privilegiado;

12. Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos” (White y Epston, 1993).
13. Valora la multiplicidad de voces. En la terapia narrativa se entiende que la multiplicidad de perspectivas favorece el trabajo terapéutico.
14. Incorpora el conocimiento local. Inspirado en el concepto de conocimiento local, aquí se cuestionan los discursos universales o meta-narrativas. En vez, se trabaja en terapia desde el punto de vista del cliente y no desde una postura teórica universal.
15. Utiliza la transparencia. El terapeuta ahora no es un observador objetivo del cliente. Por lo tanto, los prejuicios, opiniones o posturas del terapeuta deben ser transparentes al cliente y ser compartidos con éste si fuera necesario.
16. Presenta interés en lo que funciona. En el lenguaje terapéutico narrativo se hace énfasis en un discurso de resiliencia y de explorar posibilidades de cambio a través de la creación lingüística de nuevas opciones liberadoras. El terapeuta se aleja del discurso tradicional que veía al cliente con deficiencias y patologías.

1.4.2.4 La práctica en la terapia narrativa

Es importante señalar que los terapeutas narrativos no piensan en términos de intervenciones, sino que hablan de prácticas y la terapia según lo visto como una exploración conjunta (Tarragona, 2008). Las prácticas son descritas con un orden aproximado, aunque el terapeuta puede, tanto en una sola sesión como en una serie de ellas, ampliarlas, reducirlas, volver a ellas u omitirlas del todo de acuerdo con su sentido de lo que podría ser útil para la persona (Payne, 2002). A continuación se presenta una serie de prácticas propuestas por la terapia narrativa que pueden aportar durante el proceso terapéutico (Payne, 2002; White, 2005; Tarragona, 2006)

Bautizar el problema. Además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describan al problema. Este nombre se utiliza hasta que subsiguientes descripciones permiten escoger uno más apropiado y preciso. El «bautizar el problema» añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización.

Exploración de los efectos del problema. Después de obtener la descripción del problema que al cliente le parezca más acertada y apegada su experiencia, la terapeuta indaga sobre la historia del problema. Esto no se hace para encontrar su causa, sino para entenderlo mejor y para explorar historias alternativas más adelante. Es importante hilar fino y obtener descripciones detalladas de los efectos del problema para posteriormente indagar sobre los efectos de la persona sobre el problema, las formas en las que el cliente ha modificado o modifica la «vida» del problema.

Deconstruir o poner el problema en contexto. En la terapia narrativa se exploran también los efectos que tienen los discursos y prácticas sociales dominantes en la vida de los clientes. La terapia narrativa asume que los factores sociales, políticos y culturales afectan a las vidas de las personas y, sobre todo, que las relaciones. El terapeuta le pide al cliente que evalúe los efectos de estas ideas y prácticas sobre su vida y que tome una postura al respecto.

Descubrir acontecimientos excepcionales. El problema y sus efectos constituyen lo que White y Epston (1989 en Tarragona, 2006) denominan la “historia dominante”. Una vez que ésta se ha explorado en detalle, se empieza a averiguar sobre épocas o eventos en la vida del cliente que contradigan esa historia dominante. Se trata de encontrar, dentro de la propia narración del

cliente sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. White y Epston les llaman “acontecimientos excepcionales”.

Asumir una postura. La terapia ha llegado a una encrucijada. La persona puede decidir que se dejará dominar por el relato saturado del problema o puede tomar en cuenta el relato, de mayor riqueza, que el terapeuta la ha animado a contar. Por lo general, las personas deciden por sí solas modificar su postura con respecto al problema; sin embargo, en ocasiones sienten que esto es demasiado perturbador, doloroso y prematuro. El terapeuta explora en detalle con la persona los distintos desenlaces posibles de cada alternativa.

“Engrosar la trama”. Encontrar acontecimientos excepcionales que contradigan la historia dominante constituye el primer paso para la construcción de historias o «tramas» alternativas. Esta formulación detallada y focalizada, o «deconstrucción», permite que la descripción alternativa se fortalezca en lugar de disolverse. Es necesario fortalecer esta historia alternativa para «engrosarla» y que adquiera mayor significancia y «peso» para la clienta. A través de este proceso «deconstructivo» la persona contempla su experiencia con mayor perspectiva, “escribe una historia más rica” y sienta las bases del cambio futuro. A veces no hace falta hacer más sesiones. Cuando la terapia se prolonga, su objetivo es asistir a la persona en la construcción y enriquecimiento del relato que ha empezado a «escribir» con su vida, lo que es y en lo que puede convertirse.

El uso de testigos externos. White ha subrayado cada vez más la importancia de que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un “público”. Este público podía estar formado por amigos, parientes, compañeros, etc. Más tarde, desarrolló la práctica de ofrecer, a su debido tiempo, un público en la misma consulta, compuesto por otros terapeutas, por gente elegida por la persona o mixto. La sesión consiste en varios momentos de narrar y re-narrar. Los testigos

externos» pueden compartir sus propios recuerdos con la persona, no para cuestionar o restar importancia a su relato sino para reforzarlo con las resonancias que les produce. Los testigos externos pueden enfrascarse entre ellos en conversaciones sobre lo que han escuchado y sobre sus respuestas ante lo escuchado, generalmente se entrevistan entre sí sobre sus respuestas y al hacerlo, contribuyen a unir y estructurar entre ellos sobre lo escuchado.

La terminación de la terapia. La terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración. La persona puede invitar a personas para ella significativas para compartir su experiencia.

1.4.2.5 Conversaciones terapéuticas

1.4.2.5.1 Conversaciones de externalización

Es importante señalar que la externalización, implica mucho más que " técnicas lingüísticas. Externalizar está vinculada a una forma particular de entender, una tradición particular de pensamiento, una actitud que se llevará a lo largo de todas las sesiones, por esto es tomada más como una conversación y no solamente como una técnica (Russell & Carey, 2002).

Esta forma de entender pone un énfasis considerable en la lengua, las cuestiones de poder, y las formas en que sentido y las identidades son construidas.

Se utiliza un lenguaje externalizador, el cual transmite implícitamente, que el problema tiene efectos sobre la vida de la persona en vez de ser parte de ella. El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo de toda la terapia, no solamente en la primera sesión.

Su objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlas como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su personalidad (Payne, 2002). White (2007) refiere claramente "el problema es el problema no el cliente".

Asimismo, propone las siguientes repercusiones positivas de la externalización: “la externalización de los problemas ayuda a las personas en su lucha contra los mismos; entre otras cosas, este abordaje:

1. Hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
3. Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.
4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.
5. Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían ‘terriblemente serios’.
6. Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema”, (White, 1994). La identificación de acontecimientos extraordinarios es fundamental para estimular a la persona a que den nuevos significados, tanto a sí mismos como a las relaciones con los demás (Campillo Rodríguez, 1996).

Por otro lado, el uso de la metáfora resulta clave para la conversación externalizante. Cuando ya se ha decidido por el niño/a como nombra el problema y la manera en que se ve el problema, se está creando una metáfora y al ir jugando surgen posibilidades o historias alternativas posibles que al ser elaboradas por el niño/a, de tal manera que se puedan explorar los contenidos, las consecuencias, las vivencias creadas en la metáfora y sus significados posibles, en este proceso el niño/a explora la historia del personaje con sus propios conocimientos de referencia y la

externalización del problema en un personaje de la historia le permite recordar o innovar maneras de oponerse a la influencia del problema (Campillo Rodríguez, 2007).

1.4.2.5.2 Las conversaciones de re-autoría

Las conversaciones de re-autoría tienen lugar entre el terapeuta y la(s) persona(s) que le han venido a ver e involucra la identificación y co-creación de argumentos de identidad alternos. La práctica de re-autoría está basada en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones. Siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas. Como tales, nuestras identidades no están hechas de una sola historia- La historia de nadie puede sumarnos. Estamos compuestos de múltiples historias. Las conversaciones de re-autoría involucran la co-autoría de argumentos que ayuden a dirigir cualquier predicamento que alguien hubiera traído a consejería. Estas conversaciones dan forma a historias subordinados (Russell & Carey, 2004). Proporciona una base para "hacer frente a sus dificultades y problemas en formas que están en armonía con los temas preciosos de su vida" (White, 2007).

Las conversaciones de re-autoría invitan a la gente a hacer lo que generalmente hacen – esto es, a unir eventos de sus vidas en secuencias a través del tiempo de acuerdo con un tema o guión. Sin embargo, en esta actividad, las personas reciben ayuda para identificar los eventos más negados de sus vidas – los resultados únicos o excepciones – y se les anima a que tomen esto para construir una historia alternativa. Conforme se desarrollan las conversaciones de re-autoría, se propician las condiciones bajo las cuales se le posibilita a la gente introducirse en el futuro cercano de escenarios de acciones de sus vidas (White, 2005).

Michael White ha desarrollado lo que es conocido como el “mapa” de conversaciones de re-autoría (White, 2003 en Russell & Carey, 2004). No hay dos conversaciones de re-autoría iguales, pero el mapa de conversaciones de re-autoría puede ayudar en la comprensión de las direcciones que estamos tomando en una conversación y por qué.

El mapa de conversaciones de re-autoría divide las preguntas que hacemos como terapeutas en dos categorías. Una categoría involucra preguntas que interrogan acerca del “panorama de acción” y la otra categoría implica preguntas que interrogan acerca del “panorama de conciencia” de la historia preferida. Las preguntas del Panorama de Acción involucran interrogantes acerca de eventos y acciones. El panorama de las preguntas de la conciencia anima a la gente para explorar un territorio diferente. Están relacionadas con las implicaciones que estos argumentos alternativos tienen en términos de la comprensión de las personas acerca de su propia identidad y las identidades de otros (Russell & Carey, 2004).

1.4.2.5.3 Las conversaciones de re - memoria

Las conversaciones de re- memoria evocan la vida como en un “club de miembros”, “identidad” como una “asociación” de vida, abren posibilidades para la revisión de la membresía propia a nuestra vida: para la mejoría de algunas membresías y la degradación de otras.; para honrar algunas membresías y para la revocación de otras; para otorgarle autoridad a algunas voces en ciertos temas de la identidad personal y para a descalificación de otras voces en esos temas (White, 2005).

White (2003 en Tarragona, 2006) hace un juego de palabras para enfatizar cómo las vidas de las personas están entrelazadas. Usa la metáfora de que cada uno tiene el «club» de su vida y

que podemos escoger quiénes serán los miembros de ese club, las personas que contribuyen a que nos veamos a nosotros mismos de cierta manera y seamos como nos gusta ser.

Estas conversaciones son ricamente descriptivas de los recuentos preferidos de identidad y conocimientos de vida, así como de habilidades de vida que han sido co-generadas en las membresías significativas de las vidas de las personas. Estas figuras e identidades no tienen que conocerse directamente para que sean identificadas como significativas en la vida de una persona. Por ejemplo, estas figuras e identidades pueden ser los autores de libros que han sido importantes para la persona o personajes de películas o series cómicas. Y estas figuras no tienen que ser personas. Por ejemplo, pueden ser juguetes que la persona tuvo cuando era chico o su mascota favorita, etc. (White, 2005).

1.4.2.6 Documentos terapéuticos

White y Epston (1989) usan una gran variedad de documentos en la terapia. Estos autores creen que la mayoría de los documentos escritos sobre los clientes, por ejemplo, expedientes y reportes psicológicos, contienen descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología (Tarragona, 2006). Es por ello que el terapeuta narrativo, utiliza documentos que puedan apoyar las historias alternativas de los clientes.

El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. A veces serán sólo para el uso privado de la persona; a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente (Payne, 2002).

Los escritos de los clientes se convierten en una parte importante de las conversaciones terapéuticas. Este proceso aporta muchos temas interesantes para la conversación. Los clientes

frecuentemente reportan que cuando estaban escribiendo tuvieron ideas nuevas o se "dieron cuenta" de cosas, así como que sintieron emociones muy profundas y fuertes (Tarragona, 2003)

De acuerdo con White (1993) existe una gran variedad de cartas que pueden realizarse dependiendo del fin con el que se realizan:

Cartas de invitación: Son utilizadas para incluir en la terapia a personas reacias a participar en ella.

1. *Cartas de despido*. Estas demuestran la innecesaridad de que la gente desempeñe funciones que no le corresponden.
2. *Cartas de predicción*: White utiliza estas cartas frecuentemente al final de la terapia, para predecir el futuro de una persona, relación o familia. La predicción propone un seguimiento/revisión a los seis meses, y sugiere que sería un ejercicio interesante tanto para la persona/familia como para el terapeuta. De igual forma la mayoría de las personas lee la carta antes de tiempo, la predicción de la carta funciona como profecía autocumplidora.
3. *Cartas de contraderivación*. Para que la persona consulte a otros especialistas.
4. *Cartas de recomendaciones*. Como su nombre lo dice, se utilizan para realizar recomendaciones específicas a los clientes.
5. *Cartas para ocasiones especiales*. Se utilizan en ocasiones representativas para los clientes, como el aniversario de muerte de un ser querido, cumpleaños, etc.
6. *Cartas breves*. Los escritos con finalidad terapéutica no tienen por qué ser extensos ni repetitivos, ni tampoco llevar mucho tiempo. Una única carta puede ayudar mucho a las personas en su lucha por alejar sus vidas y relaciones de los problemas que tanto les preocupan.

1.4.2.7 Contradocumentos

White y Epston (s.f) piensan que los documentos comúnmente utilizados en la terapia, como los expedientes, pueden contribuir a fortalecer la historia dominante, cargada de problemas, que tiene efectos negativos sobre la identidad de las personas. Proponen que los terapeutas pueden ofrecer un contrapeso al escribir contra-documentos que ofrezcan descripciones diferentes de los clientes (Tarragona, 2006).

Las prácticas asociadas con estos documentos alternativos contrastan con las asociadas a los expedientes. Mientras que un expediente es leído por un grupo reducido de profesionales, las noticias simbolizadas por un premio llegan a toda la comunidad. Mientras que el expediente desempeña una función muy importante, si no central, en los rituales de exclusión, los galardones se asocian más bien a lo que Bryan Turner (Turner y Hepworth, 1982, en White, 1993) denomina rituales de inclusión.

Generalmente son los terapeutas quienes escriben estos documentos, aunque a veces lo hacen conjuntamente con los clientes. Trátese de cartas, notas o certificados, lo que tienen en común es que fortalecen las historias alternativas que surgen en la terapia. (Tarragona, 2006).

Diversos tipos de galardón, como los trofeos y los certificados, pueden considerarse ejemplos de documentos alternativos. Estos galardones, a menudo, implican que la persona adquiere un nuevo estatus en la comunidad, que conlleva nuevas responsabilidades y privilegios. También puede incluirse las declaraciones y los autocertificados.

1.4.2.8 El terapeuta desde la psicoterapia narrativa

Como todas las terapias, la narrativa comienza cuando el asesor presta una atención respetuosa y comprometida a una persona en un lugar seguro y privado. El terapeuta invita a la persona a

hablar de sus problemas y la escucha con interés (Payne, 2002). El terapeuta narrativo debe tener ciertas actitudes y comportamientos específicos que inviten a la persona a la conversación.

Steven Friedman (1996, en Tarragona, 2008) proporciona ciertas características que los terapeutas de esta corriente deben incluir en su perfil, la cuales se presentan a continuación:

1. Cree en una realidad socialmente construida.
2. Hace hincapié en la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en qué el cliente y el terapeuta co-construyen significados a través del diálogo y la conversación.
3. Es empático y respetuoso con los predicamentos del cliente y cree en la capacidad de las conversaciones terapéuticas para traer las voces y las historias que previamente han sido suprimidas, ignoradas o despedidas.
4. Minimiza distinciones jerárquicas y prefieren una más igualitaria oferta de ideas.
5. Co-construye los objetivos y negocia la dirección de la terapia, poniendo al cliente en "el asiento del conductor", cómo experto en sus propios predicamentos y dilemas.
6. Busca y amplifica las habilidades, fortalezas y recursos y evita ser "detective" patológico.
7. Evita un vocabulario de déficit y la disfunción y tiende a preferir un lenguaje común.
8. Está orientado hacia el futuro y es optimista sobre el cambio.

Capítulo 2. Contextualización

2.1 Método

Considero que es importante mencionar que la investigación se realizó en dos momentos. El primero hace referencia a una contextualización, la cual se llevó a cabo a través de una fenomenología; el segundo momento hace alusión a la intervención realizada mediante un proceso terapéutico narrativo. Aclarado lo anterior procederé a ahondar acerca de la metodología de la contextualización.

Como se mencionó anteriormente, la fenomenología fue el método empleado para la contextualización, pues se consideró más adecuado, ya que permite tener un acercamiento a la población con la que se trabajará, de manera poco invasiva. La fenomenología quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, la realidad que importa es la que las personas perciben como importante (Galeano, 2004). Su propósito es estudiar el pensamiento y las acciones humanas, describir la esencia de la experiencia vivida. Busca la conceptualización del mundo de la vida, de los hechos y situaciones que enfrenta el hombre en su vida cotidiana (Rodríguez, 2014). La fenomenología pretende la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de la gente (Galeano, 2004).

Específicamente se ha observado que al buscar la conciencia y los significados a través de la investigación fenomenológica, las necesidades y potencialidades de los individuos se dan a conocer mejor, y se abren vías importantes para la realización de cambios en los procesos de cuidados de los pacientes, en este caso adolescentes con diabetes mellitus tipo I (Pavan, Barbosa y Fernández, 2011). Esto permite investigar tanto los comportamientos individuales como grupos

sociales que viven una situación típica o como Alfred, Schutz, (en Dreher, 2012) diría, el mundo de la vida cotidiana, el cual define de la siguiente manera:

Que es desde el principio un mundo social y cultural dentro del cual el sujeto se relaciona, de múltiples formas de interacción con los semejantes que se conocen en diversos grados de intimidad y anonimato. Este trabajo permite investigar y conocer el mundo de la vida cotidiana de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I y actores relacionados con estos (p.77).

Con esta metodología se pretendió acercarse a los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, para conocer de cerca su experiencia con esta condición de vida, sin que ellos se sientan cuestionados o estudiados, más bien se pretendió que este acercamiento sea lo más natural posible, pues al estar expuestos a diferentes profesionales de la salud, chequeos y hospitales, se sienten saturados y cansados.

Asimismo, se utilizó esta metodología ya que permite conocer ampliamente el contexto de los jóvenes y la asociación, así como de todos los actores que participan en la misma, brindando una perspectiva general de la situación de la AMDS y sus usuarios.

De igual forma va de la mano con la terapia narrativa, enfoque elegido para la intervención, ya que ambas miran a las personas desde una perspectiva más igualitaria y equitativa, dándole mayor relevancia o importancia a las experiencias e historias de las propias personas, no buscando una única realidad objetiva, sino la riqueza de la propia realidad personal, desde un nivel profundo y dándole mayor énfasis a la comprensión de los significados de las personas. La terapia narrativa, además de un proceso fluido y anclado en la tendencia actualizante del ser humano, se constituye como una de las formas de facilitar el desarrollo de la agencia o del “poder personal”, entendido este como “la capacidad de cada uno de los seres

humanos de hacerse forjadores de su propio destino, de asumir su propia vida y sus propias decisiones”. (Segrera y Mancillas, 1998 en Armenta Mejía, 2002).

2.2 Escenario

La Investigación se llevó a cabo en una Asociación Civil del estado de Yucatán que se encarga del trabajo con niños y adolescentes con diabetes mellitus de tipo I. Dicha asociación abarca a una gran población con diabetes, en el Sureste de la República Mexicana.

La Asociación, es una Institución sin fines de lucro, cuyo objetivo es brindar educación y más conocimientos sobre la Diabetes Mellitus a la población, de manera tal que la población en riesgo tenga una educación integral para lograr un mejor control de su condición de vida.

Dentro de sus principales objetivos se encuentran el brindar educación en Diabetes y promocionar hábitos correctos enfocándose a la prevención de la DM y sus complicaciones; así como facilitar la actualización y capacitación de los profesionales de la salud. Busca contribuir a mejorar el estado de salud de la población trabajando con compromiso y empatía; mejorar la calidad de vida de las personas que viven y conviven con la diabetes, previniendo o retrasando complicaciones; disminuir la incidencia de nuevos casos de diabetes; contribuir a lograr un mejor control en las personas con diabetes, a través de diagnósticos tempranos, gestión y vinculación de tratamientos e insumos entre otros.

Entre los servicios que brinda se encuentran las asesorías personalizadas, orientación nutricia y elaboración de planes de alimentación correctos para personas que viven con diabetes, sus familias y público en general incluyendo niños, niñas y adolescentes. De igual forma realizan un campamento de adiestramiento para niños, niñas y jóvenes con diabetes para proporcionar una experiencia educativa, dentro de un ambiente de recreación y amistad entre los participantes.

Asimismo, proporcionan talleres de cocina saludable, programas educativos y grupos de madres y padres, jóvenes y niños y niñas con diabetes. También proporcionan 4 tiras diarias por paciente, glucómetros, dosis de insulina, jeringas, lancetas y análisis clínicos cada tres meses, todo esto a través de proyectos internacionales a los cuales pertenece.

2.3 Participantes

Se realizó una contextualización con diversos actores directamente relacionados con una Asociación Civil encargada del trabajo de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo I del estado de Yucatán. En dicha contextualización participaron 16 jóvenes, de los cuales 8 son hombres y 8 son mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 13 y 17 años. Estos jóvenes son usuarios regulares de los servicios que brinda dicha asociación; la mayoría radica en la ciudad de Mérida, aunque 5 de ellos viven en comunidades del interior del estado o comisarías de la Mérida. En general el nivel socioeconómico del grupo es de medio a medio bajo.

De igual forma participaron en esta aproximación 6 padres de familia de los jóvenes antes mencionados, 3 son hombres y 3 mujeres; la coordinadora general de la asociación la cual es nutrióloga de profesión y lleva 5 años al frente de la misma; la pasante de nutrición en turno, encargada del trabajo de educación en diabetes con los jóvenes; una nutrióloga y una psicóloga. Estas últimas aunque no pertenecen a la Asociación civil, funcionan como consultoras externas de ella y han atendido en varias ocasiones a jóvenes referidos por la Asociación.

2.4. Objetivos

Objetivo general: Describir, desde una perspectiva fenomenológica, las experiencias de vida de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, de una Asociación Civil del estado de Yucatán.

Objetivos específicos

- Conocer las necesidades que los adolescentes con diabetes mellitus identifican en ellos mismos, por su condición de vida, a través de la narración de sus historias.
- Conocer las necesidades en materia psicológica que los padres y madres identifican en sus hijos e hijas con diabetes mellitus tipo I, así como sus experiencias de vida a través de sus historias.
- Conocer las necesidades en materia psicológica que los profesionales de la asociación y de la salud, identifican en sus usuarios y usuarias adolescentes con diabetes mellitus tipo I.

2.5. Técnicas.

Las técnicas que se utilizaron en la realización de la contextualización son entrevista grupal no estructurada, entrevistas individuales semiestructuradas y taller participativo.

La entrevista grupal no estructurada se llevó a cabo con los padres y madres de familia. Esta técnica se eligió debido a que permite gran libertad a los entrevistados para poder hablar sin límites acerca de un tema determinado. Ander Egg (2003) menciona que esta entrevista se trata, en general de un listado de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación, teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal. También refiere que la persona interrogada responde de forma exhaustiva, con sus propios términos y dentro de su cuadro de referencia, a la cuestión general que le ha sido formulada. Con dicha técnica los padres y madres de familia tuvieron oportunidad de hablar de sus experiencias, de contar y narrar sus historias sin sentirse atados en sus relatos y de poder expandirse hasta el punto que consideraran necesario.

Las entrevistas individuales semiestructuradas se llevaron a cabo con los profesionales de la salud, tanto de la asociación como con los consultores externos. Se eligió este tipo de entrevista, pues también es de carácter flexible y ayuda a los entrevistados a hablar acerca de los temas específicos, en este caso la diabetes y la situación de vida de los adolescentes con los que trabajan, todo de una manera flexible. Ander-Egg (2003) refiere que lo fundamental de esta técnica es el guion de temas y objetivos que se consideran relevantes a la investigación, lo que otorga un amplio margen de libertad al entrevistado.

El tipo de conversación producida en la entrevista brinda información que puede ser comprendida en el contexto de un relato el cual tiene que ser reconstruido una y otra vez en el marco de las condiciones de enunciación y en relación a comentarios pasados y futuros; el texto producido mediante la situación de entrevista, representa el universo social de referencia de la persona entrevistada y permite captar mediante sucesivas lecturas y relecturas los distintos elementos que componen su mundo significativo, la visión de sí mismo, la emergencia de discursos que relacionan al entrevistado con sus grupos de referencia entre otros aspectos (Vargas, 2012). Las narrativas presentes en la entrevista, representan descripciones de la organización de las actividades de las personas y en ese carácter descriptivo está la potencialidad de captar fuentes de significado (Merlinsky, 2006).

Finalmente se utilizó un taller participativo con los adolescentes, el cual constó de dos sesiones de dos horas cada una. International HIV/AIDS Alliance (2002) menciona que se usan metodologías participativas en situaciones donde un grupo de personas debe trabajar junto para resolver un problema común Para lo que se requiere las experiencias y conocimientos de una serie de personas. En este caso le llamaremos tema en común “su situación de vida (diabetes)”. Con estas técnicas se facilita el compartir experiencias y conocimientos; así como se demuestra

que la contribución de cada persona es importante. Durante el taller se realizaron actividades de juego que ayudaron a los chicos a sentirse más en confianza y disminuir el estrés durante el trabajo en grupo. Asimismo, las técnicas de juego permitieron a los participantes contar sus historias de una forma menos amenazante y más extensa. Al respecto Schaefer (2012), menciona que la persona es el autor de la historia, solo hay que proporcionarle el espacio de reescribirla y el taller participativo fue un buen espacio conductor para comenzar con la narración de sus propias historias.

2.6. Procedimiento

La entrevista grupal no estructurada se llevó a cabo con los padres y madres de familia de los adolescentes con diabetes mellitus de la Asociación. Se convocó de manera abierta a los padres y madres que quisieran asistir y participar en dicha charla. Acudieron 6 personas, 2 hombres y 4 mujeres, quienes hablaron de manera fluida de sus historias y sus experiencias al enterarse que sus hijos tenían diabetes mellitus tipo1. También platicaron de cómo han llevado este proceso y qué es lo que observan en sus hijos a raíz del diagnóstico.

Las entrevistas individuales semiestructuradas se realizaron a la coordinadora de la asociación, la pasante de nutrición que trabajaba con los adolescentes, una nutrióloga y una psicóloga de un centro del ayuntamiento de Mérida, que funcionan como consultoras externas de la asociación. La duración de cada entrevista fue de 60 a 90 min. Los ejes centrales de la entrevista fueron su experiencia como personal de salud a cargo de la atención de los jóvenes, las necesidades que observan en ellos y los factores que, en su experiencia, se relacionan con dichas necesidades.

El taller participativo se realizó en 2 sesiones de 2 horas. Se efectuaron actividades lúdicas que permitieron la apertura de los jóvenes para narrar sus historias tales como las máscaras y la botella. Durante la primera actividad ellos confeccionaban una máscara propia, agregándole los elementos que desearan para luego presentarse a través de ella al resto del grupo y explicar el porqué de los elementos. La segunda actividad sirvió para que los adolescentes hablaran específicamente de situaciones relacionadas con la diabetes y cómo ellos viven día a día con ella. La dinámica del juego fue la ya conocida; los participantes se sientan en círculo y al centro de ellos se gira una botella, la persona que señala la parte gruesa de la botella realizará una pregunta, la persona que señale la parte delgada responderá dicha pregunta. Es importante señalar que después de algunas preguntas el juego pasó a segundo término y la compartición de historias tomó el rol principal. Asimismo, se realizaron tomas de temperatura grupal al inicio y al final de cada sesión, y algunas otras dinámicas de juego con el fin de favorecer el ambiente de confianza para la conversación. De igual forma se realizó una plenaria a través de la cual, los adolescentes después de escucharse y en consenso, decidieron cuáles serían las temáticas a trabajar. Estas fueron escritas en un rotafolio y seguidamente jerarquizadas a base de un diálogo grupal.

2.7 Ética

Al inicio de la investigación se realizó una reunión con los padres de familia (tutores legales de los adolescentes), en la cual se expuso el objetivo de la investigación y los procedimientos a realizar. Asimismo, se les entregó un consentimiento informado, mismo que fue firmado por ellos, en el cual autorizaban la participación de sus tutorados en dicha investigación. Un punto importante tratado en la reunión, fue la realización de grabaciones en audio durante las

entrevistas y sesiones en las cuales participarían tanto los adolescentes como ellos. Se les informó que estas grabaciones se llevarían a cabo con la finalidad de analizar la información recabada durante las conversaciones. Asimismo, se especificó que dichas grabaciones no serían presentadas en esta investigación.

La confidencialidad fue otro aspecto tratado. Se les enteró que los nombres serían modificados y que no se incluirán aspectos que puedan ayudar a su identificación. De igual forma estos aspectos fueron platicados con los adolescentes durante su primera sesión.

Es importante recalcar que el consentimiento informado fue realizado bajo los lineamientos establecidos por el código ético del psicólogo, cuidando que se cumpliera con las características requeridas, es decir que la persona que consiente: posea la capacidad para consentir, se le proporcionó la información concerniente al procedimiento, expresó libremente y sin influencias su consentimiento y fue documentado de manera apropiada (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

2.8 Resultados

Los relatos contados durante la presente fenomenología, dejan ver las distintas historias que los actores tienen del mismo suceso. Es posible mirar los matices, las percepciones y experiencias de cada parte en este mundo de la vida cotidiana.

Llama mi atención el primer tema que los adolescentes señalan en sus discursos y destacan como punto principal a trabajar en un futuro, este es el referente a su **integración como grupo**, mostrando con ello la importancia de tener un grupo de pertenencia que los cobije y que funja como una fuerte red de apoyo para cada uno de ellos, pues al experimentar

situaciones similares, las experiencias que se brindan, así como la escucha empática resultan ser bases fuertes para el camino que recorrerán a lo largo de sus vidas.

Por otro lado, los repetidos, rutinarios y exigentes cuidados que la diabetes mellitus requiere, pone en jaque **la relación familiar**, creando **conflictos entre padres e hijos**. Los adolescentes se muestran cansados de la presión y el fuerte cuidado que sus padres depositan sobre ellos. Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomás (2002), mencionan que la aparición de diabetes insulino dependiente en un niño prepúber hace que recaiga en los padres la responsabilidad del tratamiento ambulatorio, lo cual hace que los padres aumenten el control sobre el niño, guardándole dentro de una zona de seguridad más o menos estrecha, dichos cuidados continúan hasta la adolescencia, pero estos ya no son tan bien aceptados por los jóvenes. Al respecto un participante comenta: *“Es que siempre es, tienes diabetes, tienes diabetes, tienes diabetes, eh, no porque tienes diabetes, no salgas porque tienes diabetes, no corras porque tienes diabetes”* (Luis, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015)”.

De igual forma los padres se presentan con preocupaciones frecuentes acerca del tratamiento de sus hijos, ya que a pesar de que ellos “son expertos” en el mismo, hay poca adherencia a este poniendo en riesgo su salud. Los miedos a que sus hijos tengan complicaciones o mueran son constantes, sobre todo cuando los adolescentes tienen poco tiempo de haber sido diagnosticados o si pasaron por un proceso de internamiento para dicho diagnóstico. Estas dificultades familiares comienzan a presentarse de manera cíclica, es decir los padres presionan porque los hijos no realizan su tratamiento al pie de la letra y los hijos no realizan su tratamiento por la presión de los padres. Los adolescentes se muestran cansados de la situación que viven y en ocasiones tiene momentos de escape y rebeldía. A veces estos

momentos se dan cuando se encuentran enojados con sus padres, como una forma de castigo hacia ellos. En este sentido una participante comenta:

“El viernes fui a un cumpleaños y había una mesa de dulces y como era dama nos dieron un taloncito y comí de todos los dulces que habían en la mesa [...] fue en ese momento en el que estaba yo molesta con mi mamá y me regañó... Odio que me peinen y fue así como que: ¿no vas a ir a que te peinen? y llegué a la fiesta y comí un dulce de cada uno... fue terrible... y en la noche que me checaron tenía 500 y amanecí con 500 y seguí con 500... y luego me tuve que inyectar sin que lo vea mi mamá y luego fue que lo bajé a 50 y ya... luego te sientes mal porque recuerdas que al final la única que se hace daño eres tú y ahí es cuando lloro y más como” (Aurora, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015)”.

Por otro lado lo atareado de la vida actual, **la situación económica y el elevado costo del tratamiento para la diabetes**, lleva a ambos padres a trabajar, por lo que muchas veces, los hijos se quedan al cuidado de la familia extensa, ocasionando **conflictos entre los padres de familia y los demás cuidadores**, debido a los acuerdos o no acuerdos respecto al seguimiento del tratamiento del adolescente. Al respecto la psicóloga entrevistada comenta:

“Se crean problemas hasta en cuestión macro, porque se vuelve una razón más para que se creen problemas con la familia. La salud física depende del cuidado que se tenga con él ¿Checaste que se pinche, cuanto se sacó? Que si le corresponde al abuelito a la abuelita porque son los que están al cuidado... y la salud depende de esto... una excusa para que se involucren más” (Entrevista realizada a Regina, 3 de diciembre, 2015).

Asimismo, los desacuerdos y la fuerte responsabilidad que conlleva estar a cargo de un hijo con diabetes, mellitus tipo I, genera **dificultades en las parejas** al grado de llevarlos en ocasiones al divorcio. Las madres refieren menos compromiso de parte de sus esposos, por lo que la mayor parte de la responsabilidad recae sobre la figura materna. Ellas comentan que en muchas ocasiones a sus parejas les es complicado aceptar la situación de vida de sus hijos. En este sentido Carmen menciona:

“Yo tengo mucho problema con mi niña porque mi esposo la consiente... mi esposo ya le dijeron que esta propenso a una embolia, un derrame... Le vale... Mi esposo

cree que es chiste... él cuando puede llega con un pan y ni modo que le diga que no lo coma si lo está viendo...me siento sola... mi esposo no me apoya... cómo le digo que no lo haga si está viendo que su papá lo hace... Entonces dirá que mi mamá es la mala...” (Carmen, madre de Aurora, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 20015).

Por otro lado, **las emociones de los adolescentes y la influencia de éstas en sus niveles de glucosa** parece ser un punto central que pasa desapercibido en la persecución de la adherencia al tratamiento biomédico. Algunas investigaciones han determinado que existe una relación entre eventos estresantes de la vida y el control de la glucemia en diabéticos (Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal, Martínez, y Cano, 2004). Los cambios continuos en sus estados de humor y en sus emociones, traen consigo variaciones repentinas en los niveles de glucosa de los adolescentes. Situaciones comunes que se presentan en su vida diaria les ocasionan hipoglucemias o hiperglucemias. No existe necesariamente un patrón común para la emoción y el resultado que presentan. En este sentido los participantes refieren:

J- ¿Cuándo estás con la persona que te gusta qué te pasa? ¿Se te sube o se te baja tu glucosa? ¿Te pasa algo...se te sube?

L- No. Cuando me molesto...son las hormonas... se me baja... a veces ni me puedes ver porque te mando muy lejos... se me baja.

K-A mí se me baja.

P- Me checo y estoy como a 120, mi azúcar se vuelve loca. Se sube, se baja. A mí solamente cuando me someten a mucha adrenalina... me empiezo a sentir mal pero no sé si estoy alta o baja.

A-“Es como ansiedad...yo tenía proyectos en la escuela y llegaba a mi casa almorzaba, me metía a bañar y ya tengo hambre, pero como estoy estresada... ni siquiera te tiene que gustar...”

O-“Cuando tengo ansiedad me checo y tengo 140 cambio el resultado... solo cuando tengo ansiedad... así mucha... y después me inyecto. (Juan, Luis, Kevin, Patty, Aurora y Orlando, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015).

Los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, tienen que monitorearse constantemente e inyectarse de dos a tres veces por día. En ocasiones estos procesos son llevados a cabo delante de

sus compañeros de escuela, maestros, amigos, familiares etc. El desconocimiento de los observadores en ocasiones culmina con **discriminación** para los adolescentes con diabetes, quienes muchas veces, por temor prefieren tener oculto su padecimiento. Murray (2009 en Ledón Llanes, 2012) afirma que muchas comunidades tienen actitudes, creencias y políticas desfavorables hacia las personas con diabetes. Asimismo, menciona que la ignorancia y el temor son las principales causas de discriminación, aunque las creencias culturales también juegan un rol importante. Los adolescentes refieren ocultar su condición la mayoría de las veces al entablar nuevas relaciones interpersonales y con el paso del tiempo, cuando la relación es más estable, revelarla. Acerca de esto mencionan:

L- ¿Cuándo supiste que tenías diabetes y llegaste a la escuela no te daba miedo que las personas lo supieran?

K- No. La verdad sí. La neta sí, pero ya lo dijo la maestra.

P- En mi escuela lo vocearon... porque falté, no fui una semana y en el homenaje dijeron, bueno pues vamos a rezar por C porque tiene diabetes.

(Luis, Kevin y Patty, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015).

Los participantes refieren que las discriminaciones son constantes y que esto desalienta a los adolescentes, pues se han dado en varios ámbitos, como en deportes, escuela e incluso en relaciones de noviazgo. Ligado a lo anterior se encuentran complicaciones con la **autoestima** de los adolescentes con diabetes mellitus quienes prefieren ocultar su condición de salud para no ser señalados, lo cual trae consigo riesgos importantes, pues los jóvenes en ocasiones deciden salir sin sus glucómetros o prefieren no avisar cuando se sienten mal y están fuera de casa. Asimismo, los adolescentes tienden a no seguir las indicaciones en cuanto a consumo de alimentos cuando se encuentran entre sus pares. Esto se puede observar claramente en un relato realizado por una madre participante, en el cual el enamorado de su hija le comenta tener prohibido salir con ella, debido a la diabetes mellitus: “*Sabe por qué no quiere mi mamá que yo ande con Aurora, porque*

es diabética, dice mi mamá que por qué ando con una enferma...” (Carmen, madre de Aurora, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 2015).

Por otro lado, el **servicio médico y la atención de especialistas** es un punto importante en esta investigación. Gran parte del tiempo de los adolescentes y sus familias lo pasan con personal de salud: endocrinólogos, nutriólogos, químicos, enfermeros, son personajes cotidianos en el devenir de los participantes y que sin duda alguna marcan gran parte de sus experiencias y discursos. Como se mencionó con anterioridad, el coste del tratamiento de la diabetes mellitus es elevado, por lo que la mayoría de los adolescentes acude a un servicio médico público. Sin embargo, tanto las personas que asisten a un servicio público como a uno privado refieren que la atención del personal de salud es frío y distante.

Los médicos y las enfermeras son vistos como duros y poco comprensivos con la situación que viven los adolescentes con diabetes mellitus y sus familias; se miran como personas renuentes a brindarles información completa de la enfermedad, tratamientos o cuidados, dificultando la adherencia al tratamiento de los adolescentes. El trato recibido por parte de su endocrinólogo de cabecera resulta ser parte aguas en el seguimiento del tratamiento. Los padres de familia y los mismos adolescentes se refieren con cariño o rechazo a diferentes médicos de la comunidad yucateca, que los han apoyado y guiado en este proceso o que por el contrario los han dejado solos en este barco, como ellos mencionan. En este sentido Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011) resaltan la importancia de la relación entre el médico y el paciente, como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas y mencionan la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes como un factor que merma la adherencia terapéutica, provocando un tratamiento más prolongado. Al respecto Adriana relata:

“Es muy difícil todo esto al principio, te cae como bomba... comienzos a buscar culpables... me dijeron que era el estrés de los exámenes...después de un mes se

presentó todo un caos, llegó como a 560 pero todo descompensado... No funcionaba lo que le hacían en el seguro... y lo tuvieron que internar, él lo tomó bien... nosotros solo llorar y llorar...una enfermera salió y me dijo ay señora por favor deje de llorar, usted lo que tiene que hacer es buscar información y levantar a su hijo... ¿Y dónde? Pues no sé... usted tiene que buscarla” (Adriana, madre de Joaquín, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 2015).

Finalmente, los adolescentes remarcan en sus historias la necesidad de **una vida sin diabetes** y no en el sentido de desaparecer esta condición de su vida, sino más bien, que las demás personas, familiares, amigos, personal de salud, cuidadores, etc, puedan ver todo lo que ellos son y pueden hacer, sin necesariamente relacionarlo con la diabetes. Patty menciona al respecto: *“No sólo soy diabetes, yo dibujé cosas positivas, lo que me gusta hacer y lo que soy, no hablé de la diabetes (en su dibujo) porque no sólo soy eso” (Patty, sesión 1 de taller participativo, 7 de noviembre, 2015).*

Capítulo 3. Programa de intervención

En el capítulo de resultados, es posible observar claramente durante las narraciones de los adolescentes, hastío, hartazgo y discursos saturados de poder. Los adolescentes con diabetes mellitus, quieren ser mirados desde otra perspectiva, con anteojos diferentes; exigen ser vistos con la diabetes a su lado, como una compañera y no como unida a ellos mismos. Es por ello que se necesitan intervenciones más equitativas y planteadas en igualdad de circunstancias, que analicen y tomen en cuenta estas vivencias recabadas y que busquen eliminar las relaciones de poder impuestas en nuestra sociedad, nuestras familias y los sistemas de salud, que no hagan a un lado con esto, las experiencias y necesidades expresadas por las personas con diabetes mellitus.

Indudablemente el estudio fenomenológico anterior, nos permitió mirar la realidad construida desde otra perspectiva y observar las concepciones que este pequeño grupo realiza de su propia realidad, la cual no necesariamente es la dominante en el resto de la sociedad. Esto se ejemplifica claramente cuando los adolescentes señalaron su tema principal a abordar en la intervención, la integración como grupo, lo cual es contrario a lo que los demás actores perciben como principal temática a abordar en el trabajo con adolescentes con diabetes mellitus.

Es importante señalar que a pesar de que la información obtenida en la primera parte de la investigación, la contextualización, es amplia, basta y proporciona un panorama general de la situación de vida de un adolescente con diabetes mellitus y actores relacionados, la intervención será basada en las necesidades expresadas por los adolescentes, actores principales, de la presente investigación.

Los adolescentes coincidieron en la necesidad de aprender a vivir con la diabetes o adaptarse a su situación de vida. Para esto, refirieron que era importante cubrir algunos aspectos,

los cuales han sido mencionados en el capítulo de resultados y se enlistan a continuación de acuerdo a la jerarquía establecida por ellos mismos:

1. *La integración como grupo de adolescentes de la asociación civil en la que participan.*
2. *La relación de padres e hijos en cuanto: el fuerte cuidado y control que los padres depositan sobre sus hijos, debido a la situación de vida en la que se encuentran.*
3. *El autocontrol de sus emociones y de su tratamiento.*
4. *La autoestima y vida cotidiana sin diabetes.*
5. *Entablar mejores relaciones interpersonales.*

3.1 Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención

Los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, como se mencionó anteriormente, se enfrentan a diversas situaciones estresantes, lo cual en muchas ocasiones produce cansancio y hastío.

Ramírez Villaseñor (2005), menciona que la enfermedad produce dolor psíquico totalmente real y que no tiene alivio fácil en muchos pacientes. Comenta que el paciente habla en promedio 18 segundos antes de ser interrumpido por el médico, pero, si el paciente hablara 3-4 minutos diría 90 por ciento de lo que constituye su problema. Refiere que cuando el paciente se revela a sí mismo frente al médico obtiene beneficio terapéutico; este proceso inicia con el desarrollo de empatía y continúa con la narrativa terapéutica. Cuando el médico está dispuesto a escuchar, los pacientes enfatizan el optimismo y la esperanza de recuperación. Esta es una de las razones por la que el modelo de intervención propuesto para el presente trabajo, se encuentra basado en la terapia narrativa.

El contar y contarse historias es, tal vez, una de las prácticas más antiguas del pensamiento humano. Todos narramos historias. Cuando alguien nos pregunta por lo que hemos

hecho o por algún episodio de nuestras vidas, le relatamos una historia. Una historia hilada, con sentido, organizada sobre la base de conectores “lógicos” y de secuencias temporales. La vida de cada uno de nosotros es una historia construida, en donde el actor principal del relato es la persona que nos está relatando los acontecimientos (Zlachelky, 2003).

White y Epston (1989, en Tarragona Sáez, 2006), creadores de la terapia narrativa, creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con «historias dominantes» que están «saturadas de problemas», tal es el caso de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, los cuales se encuentran saturados de la diabetes y todo lo que ella conlleva. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad, lo cual se pudo observar claramente durante la elección de las temáticas al trabajar con los jóvenes; ellos mencionan que no solamente son diabetes y que son personas con gustos e intereses. Por lo que resulta importante identificar las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante para desarmar o deconstruir la historia y encontrar nuevas alternativas o historias diferentes,

Por otro lado, la terapia narrativa permitirá que la relación terapéutica se presente desde una situación de igualdad y colaboración entre clientes y terapeutas, minimizando con esto el poder impuesto ante los adolescentes con diabetes, por todos los actores relacionados, médicos, enfermeros, nutriólogos y demás personal de salud al igual que de padres de familia y otros familiares (Tarragona Sáez, 2006). Este enfoque hace hincapié en el respeto por la forma de entender del sistema consultante, considerando todo el tiempo que es él quién sabe de sí mismo, lo que quiere mantener y lo que quiere cambiar. En otras palabras, él es el experto en su propia vida. El terapeuta se asume como experto en hacer preguntas, en una postura de no saber,

respetando lo que otros terapeutas han llamado la irreverencia terapéutica, con el único objeto de que el paciente encuentre en su propio sistema reflexivo de creencias una significación alternativa que le permita desentramarse del sufrimiento por el que vino a consultar (Zlachelsky, 2003).

La narrativa también, ofrece al clínico una posibilidad para explicar las experiencias emocionales complejas de sus pacientes y de plantear hipótesis de trabajo que las incluyan. Díaz Olguín (2007) menciona que es de vital importancia integrar la psicoterapia narrativa en el campo de la salud mental, pues permitirá a los profesionales de esta área usar un lenguaje más apropiado y menos contradictorio para dar cuenta de la situación particular de cada paciente, lo cual contribuye al proceso del mismo.

Al intervenir con terapia narrativa se busca minimizar la carga que existe sobre los adolescentes con diabetes y modificar la forma como se habla de los problemas (diabetes). Los problemas en la terapia narrativa no son vistos como síntomas o como manifestaciones de alguna deficiencia del cliente. Más bien, se piensa en los problemas como algo separado del cliente, algo externo a él o ella pero que está afectando su vida. Cuando la gente empieza a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata (Tarragona, 2006).

Se pretende con esta intervención alejarse de las jerarquías y presentar una relación más igualitaria, negociar la dirección de la terapia poniendo a los adolescentes como expertos de su propia situación de vida, dirigir la atención a sus habilidades y recursos y minimizar el lenguaje o jerga patológico al que ellos están acostumbrados y del cual refieren estar cansados.

La descripción de la intervención se encuentra especificada en el apartado de procedimiento.

3.2 Objetivos del programa de intervención

General: Promover la adaptación emocional del adolescente con diabetes a su situación de vida.

Específicos

- Promover la integración de los adolescentes como grupo.
- Fomentar la empatía de padres a hijos y de hijos a padres en relación a las situaciones de vida que se presentan alrededor de la diabetes mellitus tipo I.
- Promover el autocontrol de los adolescentes con diabetes mellitus en relación con su situación de vida.
- Fomentar la autoestima de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, identificando gustos, intereses y aspectos en su vida cotidiana.
- Fomentar el autoconcepto del adolescente con diabetes en sus relaciones interpersonales.

3.3 Recursos utilizados

3.3.1 Infraestructura, equipo audiovisual y material.

Infraestructura: Todas las sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones de la asociación civil, específicamente en el cuarto de juegos.

Equipo audiovisual: Para algunas de las actividades realizadas fue necesario el uso de laptop, grabadora, proyector multimedia y bocinas.

Recursos materiales: Durante las distintas sesiones se utilizaron distintos materiales: hojas en blanco, hojas de colores, lápices, colores, plumones, plastilina, pelotas, botellas, formatos impresos, tijeras, revistas, pegamento.

3.3.2 Técnicas utilizadas

Durante la intervención se utilizaron diversas técnicas que facilitaron la narración de vivencias e historias por parte de los jóvenes o personas participantes. Entre ellas destacan la escritura de historias, la externalización, las cartas terapéuticas y los contradocumentos como técnicas específicas de la narrativa.

Además de las técnicas mencionadas anteriormente, también se incluyeron el juego, la pregunta del milagro y el role playing que facilitaron la conversación. La mayoría de las sesiones se realizaron con los adolescentes, sin embargo, se dieron algunas sesiones que incluyeron a los padres de familia.

3.3.2.1 Escritura de historias

Otro gran territorio que Epston y White exploran es la variedad de formas en las que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita. Proponen la analogía de la terapia como un proceso de “contar” o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas. Nosotros como humanos, no solo damos significado a nuestra experiencia al “narrar”, nuestras vidas, sino que también tenemos el poder de “representar” nuestros relatos, gracias a los Técnicas narrativas (Castillo, Ledo y Pino, 2012).

Esta técnica fue utilizada con los adolescentes al pedirles que contaran una historia, en la cual se hablara de la relación de un adolescente con diabetes mellitus y sus padres. Esta historia fue elaborada en equipos, con la intención de que los adolescentes pudieran narrar sus experiencias en conjunto y se dieran cuenta de todo lo que tienen en común. Asimismo, se buscaba encontrar diversas soluciones alternativas a la situación. Al hacerlo en conjunto, sería más factible escuchar y mirar otros puntos de vista.

3.3.2.2 Externalización

La técnica más conocida de la terapia narrativa es la externalización. Sin embargo, en la presente investigación, la externalización fue utilizada, más que como una técnica, como una conversación, a lo largo de todo el proceso.

La externalización, ofrece una manera de ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de realizar escogencias y decisiones en relación al problema. Las ideas de la terapia narrativa permiten, el surgimiento de respeto y autoestima no solamente para el paciente sino también para el terapeuta. Es simple en el sentido de que representa una separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. Lo complicado y difícil es la manera delicada como se logra. Es a través del uso cuidadoso del lenguaje en la conversación terapéutica, que la curación de la persona se inicia y finalmente se logra (Castillo, Ledo y Pino, 2012).

La externalización fue utilizada con ayuda del dibujo. Se pidió a los adolescentes que dieran forma a través del dibujo a lo que sienten cada vez que sus padres los presionan con su tratamiento. Para ello se les realizaron preguntas como: ¿De qué tamaño es? ¿Qué forma tiene? ¿Se asemeja a algo? ¿De qué color sería? ¿Qué nombre le darías? A través de que ellos nombraran a su sentimiento, la sesión fue encaminada a nombrar lo que mencionaron y a separarlo del adolescente.

3.3.2.3 *Documentos terapéuticos*

David Epston (en Castillo, Ledo y Pino 2012) subraya el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y cliente

Las cartas pueden emplearse con diversos propósitos en la terapia, principalmente en una terapia relatada se utilizan con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido, de acuerdo a los criterios de coherencia y realismo. Las cartas son una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes (López De Martín, 2011). Epston describe distintos tipos de cartas. Una de ellas y la que fue escrita por los adolescentes con diabetes mellitus, es la carta de despido. Para Epston, las cartas de despido, son cartas narradas despidiendo de la vida de los clientes roles o desempeño de funciones, que son innecesarios para sus vidas. Por ejemplo: cartas de despido de la función de “vigilante de los padres” o “padre del hermano” etc. (White y Epston, 1993). En esta ocasión los jóvenes agradecieron a sus padres por el cuidado que les brindan y que siempre les han proporcionado, mencionando lo mucho que los quieren y comentando que ahora ellos se harían responsables de su cuidado.

3.3.2.4. *Contradocumentos*

La proliferación de documentos y el elevado status que se les asigna queda de manifiesto en el hecho de que se recurre a ellos cada vez más para determinar el valor de las personas. Por ejemplo, para cubrir un puesto de trabajo es habitual que se revisen los documentos sobre el candidato antes de entrevistarle, y se dan circunstancias en las que las decisiones sobre su valía

se toman, no viendo a la persona, sino viendo los documentos. Por tanto, los documentos influyen sobre la vida de las personas hasta el punto de que en muchas situaciones preceden y excluyen a las personas (White y Epston, 1993).

Los contradocumentos son documentos creados para representación de nuevos relatos del cliente, para la consolidación de nuevos significados acerca de sí mismo. De esta manera se hace consciente la participación en la constitución de su propia vida, generando un sentido de responsabilidad personal. Entre los contradocumentos encontramos: certificados, declaraciones y autocertificados (López De Martín, 2011).

Para la presente intervención, se utilizaron certificados de término del proceso. Los certificados hablaban de un logro. Decían: Se otorga el presente certificado a _____ por ser el maquinista de su propia vida. Durante el proceso se realizaron algunos ejercicios con metáforas; los chicos habían subido a un tren y en cada vagón ellos decidieron que llevar (los temas tratados a lo largo de la sesión), al finalizar el proceso terapéutico ellos habían logrado llegar al grado de maquinistas, es decir son las personas encargadas del curso del tren, son las personas encargadas de tomar las decisiones para sus propias vidas.

3.3.2.5 Juego

El juego no sólo es esencial para fomentar el desarrollo infantil normal, sino que también posee poderes terapéuticos. Todas las terapias requieren, entre otros factores la formación de una relación terapéutica y el uso de un medio de intercambio (Drewes, 2001 en Schaffer, 2012). La técnica de juego puede ser individual y grupal y pueden ser utilizados con fines de evaluación o terapéutico, en ambas modalidades, pudiendo utilizarse las mismas técnicas, cambiando el

objetivo y la manera de utilizarla (Sepúlveda Ramírez, Alcaíno Maldonado y García Acuña 2012).

Las actividades de juego como técnicas terapéuticas narrativas se utilizan con la finalidad de que los adolescentes platiquen y cuenten sus historias, ya sea antes, durante o después del juego. Con sus relatos se pueden deconstruir sus historias y mirar nuevas alternativas para liberarlas de la saturación del problema. Pues como menciona Schaefer (1993, 1999, 2012) es posible que el principal poder terapéutico sea el poder de comunicación, pues a través de él es posible que los niños y adolescentes expresen mejor sus pensamientos y sentimientos, no sólo con palabras sino a través de las actividades.

Para la presente intervención se llevaron a cabo juegos de manera grupal, con el fin de lograr un clima de mayor colaboración en el grupo, pues los integrantes a pesar de conocerse desde tiempo atrás, no consideraban tener una relación cercana. Asimismo, estos juegos permitieron en muchas ocasiones las charlas o pláticas entre los integrantes permitiéndonos mirar más a fondo parte sus historias, opiniones y experiencias de vida.

Algunos juegos que se llevaron a cabo se describen a continuación:

“*A ciegas*”. Los jóvenes hicieron una fila y escogieron a un líder, caminaron por el espacio con los ojos cerrados, solamente guiados por el líder, quien era el único que podía tener los ojos abiertos. Este juego les permitió hablar acerca de la poca comunicación que tienen como grupo y los factores que consideran que perpetúan esa poca comunicación, como la convivencia escasa y la pena o vergüenza.

“*Yo siempre siempre/ yo nunca nunca*”. Este juego consiste en contar “secretos” acerca de cuestiones que los jóvenes regularmente hacen, como dormir con pijamas o comer galletas escondidas. También podían contar cuestiones que nunca hacen como “stalkear a sus exnovios”.

Esta actividad facilitó hablar de sus vidas, pasatiempos e intereses, así como aspectos que cotidianamente se encuentran en sus vidas. El hablar de lo anterior, dio pie a que la relación en el grupo mejorara, pues se identificaron con sus historias.

“Papa caliente”. Esta actividad se llevó a cabo con la condición de que al que se le “quemara la papa” respondiera a una pregunta que el grupo le haría. Sin embargo y con el paso de la actividad, las reglas fueron hechas a un lado, la pelota dejó de ser necesaria y los jóvenes contestaban a todas las preguntas sin tener la “obligación” de hacerlo. Sin duda esta fue una actividad que aportó a la integración del grupo.

3.3.2.6 *La pregunta del milagro*

La pregunta del milagro es una técnica de la terapia centrada en soluciones que ayuda a los clientes a identificar lo que quieren conseguir trabajando, para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos (Beyebach, 1999).

La pregunta del milagro se utilizó para tener más visibles los aspectos que harían que los jóvenes notaran ciertos cambios en la actitud de los padres, cuando se tratase de su tratamiento. Ellos ya habían hablado de las situaciones que vivían por la presión de los padres y sus discursos se encontraban saturados del problema, por lo que la pregunta del milagro permitía enfocarnos en otro punto y mirar aspectos distintos de la situación.

3.3.2.7 *Role playing*

La técnica del role playing pretende facilitar la adquisición de capacidades tales como la perspectiva social y la empatía. Mediante la práctica continuada del role playing las personas

exploran los sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en su conducta, a la vez que se sienten forzados a descubrir y a aceptar el rol de los demás. Brinda una mejora en la capacidad de la resolución de conflictos (Martín, 1992).

El role playing fue utilizada como una técnica para trabajar la empatía entre los padres y los hijos con diabetes, pues permitió realizar un cambio de roles y que presentaran situaciones que viven día con día en relación a la diabetes mellitus. Al finalizar la actividad del cambio de roles los padres expresaron cómo el experimentar y escuchar lo que sus hijos perciben de ellos, puede hacer que los entiendan más. Así mismo el tener que realizar actividades que solamente sus hijos llevan a cabo normalmente, como el inyectarse o checase los niveles de glucosa, les permitirá ser más empáticos con ellos en el futuro.

3.4 Procedimiento de aplicación

Se llevaron a cabo 14 sesiones de intervención, 13 de ellas de 1:30 min y 1 sesión de 3 horas. Todas las sesiones mantuvieron relativamente la misma estructura. Al inicio de cada sesión se realizaba una toma de temperatura o conocer de manera general el estado en el cual nuestros participantes llegaron, si se encontraban tristes, enojados, preocupados, etc. Esto me proporcionaba una perspectiva general del grupo y me daba bases para saber si era necesario adaptar alguna actividad o modificarla por completo. Seguidamente se realizaba una actividad de caldeamiento o calentamiento, generalmente un juego, que permitía que los participantes se pongan en disposición para la dinámica siguiente. Estos juegos podían en ocasiones introducir al tema central de la sesión (los temas acordados por los jóvenes) o podían apoyar para la integración del grupo. Los juegos daban pie, a que los adolescentes hablaran o charlaran acerca del tema de su finalidad.

Después se realizaba la actividad central de la sesión. Esta giraba en torno a: la integración del grupo, los padres y su exceso de control, autocontrol, autoestima, vida cotidiana sin diabetes y relaciones interpersonales. Se enfocaban en deconstruir historias, se realizaban preguntas del panorama de la acción y de la conciencia; se centraban en buscar alternativas y excepciones. Para finalizar la sesión se hacía una dinámica de cierre y se tomaba de nueva cuenta la temperatura del grupo o se preguntaba cómo se sentían al terminar la sesión. A continuación, se presenta una tabla que expone la forma en cómo fueron divididas las sesiones, de acuerdo a las temáticas que se abordaron y las técnicas utilizadas.

Procedimiento de la aplicación

Objetivo general: Promover la adaptación del adolescente con diabetes a su situación de vida.

Tabla 1

Procedimiento de la intervención

Temáticas	Objetivos específicos	Sesiones	Fechas	Actividades	Técnicas	Materiales
Integración grupal	Promover la integración de los adolescentes como grupo.	1	16 de enero	Toma de temperatura inicial y final	Juego	Hojas en blanco Lápices Colores Plumones Bolígrafos Pelota
		2	30 de enero	A ciegas Nombre y logotipo del grupo		
		5	5 de marzo	Chismógrafo Las firmas Yo siempre siempre/ yo nunca nunca Pasa la bola El círculo de la confianza Papa caliente		
Papás y exceso de control	Fomentar la empatía de padres a hijos y de hijos a padres en relación a las situaciones de vida que se presentan alrededor de la diabetes mellitus tipo I.	3	20 de febrero	Toma de temperatura inicial y final	Juego Externalización La pregunta del milagro Role playing	Hojas Lápices Proyector multimedia Laptop Hojas con preguntas bases y finales de actividad con padres. Glucómetros Tiras Lancetas
		6	19 de marzo	Caminar y sentir Imaginería Los múltiples Dibujo de sentimiento		
		7	16 de abril	Reflexionando Características positivas Milagro		

		8	23 de abril	Las balsas	Escritura	Jeringas
		10	14 de mayo	Mi historia con la diabetes Cambio de roles Hojas con preguntas El nudo Desayuno Chequeos de glucosa Role playing Vasijas de la luz	de historias	Verduras precocidas Papas fritas Agua embotellada Vasos Plastilinas de colores Cartón
Autocontrol	Promover el autocontrol de los adolescentes con diabetes mellitus en relación con su situación de vida.	4	27 de febrero	Toma de temperatura inicial y final Los barcos	Cartas terapéuticas	Hojas de periódico Hojas en blanco Lápices
		12	4 de junio	Cartas de despedida Los trenes Confianza en el equipo Mis obstáculos y mis metas	Juego Escritura	Hojas con preguntas de obstáculos y metas Hojas con dibujos de bardas Hojas con dibujos de caminos Periódico
Autoestima	Fomentar la autoestima de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I,	9	7 de mayo	Toma de temperatura inicial y final Carritos y conductores	Juego	Hojas Colores Plumones
Vida cotidiana sin diabetes	identificando gustos, intereses y aspectos en su vida cotidiana.	11	21 de mayo	Mi silueta Las balsas Anuncio publicitario ¿Mi anuncio publicitario?		Lápices Bolígrafos Hojas Tijeras Revistas Pegamento
Relaciones interpersonales	Fomentar el auto concepto del adolescente con diabetes	13	11 de junio	Las diferencias		Hojas con canchas de fútbol

en sus relaciones interpersonales.			La alineación del juego El partido		Lápices Pelotas
Cerrar y evaluar el proceso del grupo terapéutico	14	18 de junio	Los vagones del tren La estación del tren Entrega de reconocimientos Convivio y juego libre	Contrado- cumentos Juego	Hojas con los vagones del tren Hojas con la estación del tren Reconocimientos Comida y bebidas para compartir Platos Vasos Servilletas Pelotas

A continuación se presenta una descripción detallada del proceso terapéutico y de las actividades llevadas a cabo durante el mismo. Esta descripción se encuentra dividida por las temáticas trabajadas, las cuales fueron elegidas por los adolescentes.

3.4.1 A ciegas (Integración)

El inicio de la intervención fue un tanto complicado, pues a pesar de que los adolescentes habían trabajado con anterioridad a través de las actividades de la asociación, no platicaban o interactuaban fuera de estas. La mayoría de las actividades de inicio, giraron en torno a la integración, como fue la petición de los adolescentes.

Lo primero que se buscó fue cohesionar al grupo y que ellos pudieran tener identidad propia y adquirir la membresía, lo cual resulta ser importante cuando se trabaja con grupos. Gran parte de estas primeras sesiones estaban conformadas con juegos que propiciaban la conversación en relación a ellos y su grupo. Con la finalidad de que reflexionaran acerca del grado de acercamiento y confianza que tenían, propuse la actividad denominada “A ciegas” que consistió en caminar con los ojos cerrados por el espacio. Fue complicado que eligieran a la persona que los guiaría, nadie quería jugar este rol y hablaban poco entre ellos.

Finalmente, Kevin, se ofreció a guiar, sin embargo; a pesar de que se dio la instrucción de ir pasando las indicaciones a la persona que se encontraba detrás de él y así sucesivamente, para que no se golpearan o lastimaran, solamente algunos lo hicieron. Chocaron con las ramas de los árboles y las escaleras en varias ocasiones y varios abrieron los ojos.

Durante la conversación acerca de la actividad realizada, mencionaron aspectos como poca confianza entre ellos, así como poca comunicación y varios hablaron de pena o vergüenza,

asimismo llegaron a conclusiones acerca de los malos resultados que tendrían como grupo si “la mala comunicación” (cómo ellos la nombraron) reinara:

“Si al no dar instrucciones nos golpeábamos, imagínense lo que pasaría después”
(Aurora, sesión 1, 16 de enero, 2016).

Seguidamente se realizaron actividades para que se nombren como grupo; el objetivo era propiciar la cohesión grupal, y su sentido de cooperación y pertenencia. La instrucción fue que ese nombre tendría que identificarlos y todos deberían estar de acuerdo. El nombre elegido fue “Unlimited Swat”. Cabe mencionar que elegirlo fue complicado, pues había muchas propuestas y consideraban que ninguno los identificaba en su totalidad.

P: Swat de la película, como ejército

J: Ejército sin límites, me gusta.

Luis: De acuerdo, sí, voto por eso

Julio: Nosotros no tenemos límites para hacer las cosas, nosotros podemos.

(Patty, Julio y Luis, sesión 1, 16 de enero, 2016).

Es importante resaltar que al final, los adolescentes no estuvieron tan contentos con el nombre, por lo que prefirieron no usarlo. Sus argumentos fueron que a pesar de ser un grupo y de participar juntos y sentirse bien, cada quien era un individuo único, por lo que se decidió respetar su decisión. Varias de las actividades fungían como generadoras de conversaciones, pues al inicio casi no hablaban, incluso en ocasiones lo hacían con monosílabos. La intención era romper el hielo poco a poco, sin que los integrantes se sintieran forzados y apoyar a la identificación entre ellos al contar aspectos de sus vidas y narrar sus experiencias. “Yo siempre siempre y yo nunca nunca” fue una dinámica que aportó para que ellos hablaran de sus secretos y se identificaran. “yo siempre siempre escucho música”; “yo siempre siempre digo que estudio y me duermo en mi cuarto”; “yo he stalkado a mi ex”; “yo nunca nunca comería mariscos” son algunas de las afirmaciones que hicieron los jóvenes. Otra actividad que aportó a la integración

del grupo fue “las firmas”. Esta también contribuyó a aumentar la empatía entre ellos. Trató de recolectar un número de firmas de personas que tuvieran cierta característica. Por ejemplo: 3 firmas de personas que tengan 15 años; 5 firmas de personas a las que le gusten las hamburguesas; 3 firmas de personas que tengan hermanos, etc. Todos consiguieron sus firmas a excepción de Carlos quien se sentó en su lugar y no hizo por pararse en alguna ocasión. Sin embargo, había una característica que pedía que consiguieran la firma de una persona tímida, por lo que la mayoría de los chicos lo buscó para que firmara dicha opción. Joaquín dijo en voz alta, *él (refiriéndose a Carlos) no se acerca porque es tímido, poco a poco tendrá confianza y se acercará*. Y fue con él para conseguir la firma. Este tipo de actividades sin duda afianzó la cohesión en el grupo aportó en el grado de confianza grupal, permitiendo la expresión con mayor fluidez en las sesiones subsecuentes.

Un aspecto importante para el proceso grupal, fue el establecimiento de reglas, las cuales fueron propuestas y aprobadas por el grupo. Los adolescentes mencionaron puntos como no utilizar celulares cuando se encontraran en sesión, tener 15 min de tolerancia y si llegaban después de ese tiempo, tendrían un castigo impuesto por el grupo. La confidencialidad fue un aspecto recalcado en varias ocasiones, pues comentaron que lo que decía en el grupo, debía quedarse ahí y no ser contado fuera. También hablaron de la importancia de la actitud con la que llegaban al grupo, pues consideraban que esta debía ser adecuada y pronta para trabajar.

3.4.2 Cartas a los cuidadores y vasijas de luz o de esperanza (relación empática entre padres e hijos).

El tema del control que los padres ejercen sobre sus hijos con diabetes fue un aspecto muy resaltado en las conversaciones. Sus relatos se encontraban llenos de situaciones en las cuales sus

padres los presionaban para que dejaran de comer algunos alimentos, o para que se checaran o inyectaran. Por ello se procedió a externalizar el sentimiento que estas acciones les implicaban. Lo primero que se realizó fue un ejercicio de imaginación, a través del cual se les llevó a un suceso cotidiano para ellos:

Ahora comenzaremos uno de los temas que eligieron, el control que tienen los papás sobre ustedes. Busquen un lugar en el espacio y pónganse cómodos, siéntense o acuéstense, les voy a pedir que dejemos lo que tengamos agarrado. Cierren los ojos, no se vale abrirlos, cuando ya estemos listos cerramos los ojos. Les voy a pedir que respiremos profundo y exhalamos... de nuevo... y una última vez, piensen en qué sucede en cada uno de ustedes... qué sucede en mí cuando llega mi mamá y me pregunta si ya me chequé...comienzas a caminar, estás saliendo de tu habitación, en ese momento, aparece una persona lo primero que te dice es ¿cuánto tuviste de glucosa? Sigues caminando y es hora del desayuno, de repente hay una rebanada de pastel en la mesa, quieres comerla y alguien llega y te dice: Recuerda que eso no puedes... ¿Ya te checaste?, sin embargo, la comes a escondidas. Cuando pensaste que ya la habías librado, llega de nuevo esa persona y te dice, es hora de inyectarse ¿Te comiste el pastel? Tienes que hacer tu corrección, recuerda que no debías comerlo. Algo comienza a suceder dentro de ti ¿qué es lo que sientes? Caminas de nuevo y vas a tu habitación, hoy es sábado, por favor, sigues caminando y decides acostarte, comienzas a respirar y todo ha pasado...

Poco a poco vamos abriendo los ojos. Les voy a pedir que piensen ahora en ¿Qué es lo que pasa, qué es lo que piensas, qué sientes? ¿Cómo es ese sentimiento? Si lo tuvieran que dibujar, lo tuvieran que pintar, ¿Cómo lo dibujarían, de qué tamaño sería...su forma, de qué color lo pintarían? Que se concentren un poquito, lo piensen y podemos comenzar (Terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

Después de este ejercicio procedieron a realizar el dibujo de ese sentimiento para después compartirlo con el grupo. Con este dibujo se pretendía externalizar dicho sentimiento. El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo de toda la terapia, su objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su «personalidad» o «psicología» (Payne, 2002). Sin embargo,

para los adolescentes fue complicado hacerlo al inicio y decidieron que fuera a través del juego de botella.

J: A veces me enoja que estén atrás de mi a cada rato, que me estén repitiendo las cosas...cuando me están repite y repite lo que debo de hacer, de checarme e inyectarme y todo eso, es lo que me molesta, ya se lo que tengo que hacer y a que horario y me molesta que estén atrás de mi a cada segundo que lo haga que lo haga y que lo haga.

T: ¿Qué es lo que haces cuando esa molestia se apodera de ti?

J: Solo me encierro en mi cuarto y cuando saben que me encierro en mi cuarto nadie se acerca... nadie se debe acercar (Julio y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

C: No me dejan de fastidiar.

T: ¿Cómo le llamarías a eso que sientes?

C: Molestia

T: ¿Es grande o pequeña?

C: Grande, mucho

T: Del 1 al 10 que número le pondrías

C: Me enoja mucho en 9.

T: ¿Qué sucede cuándo ese enojo se apodera de ti? ¿Qué hace Carolina cuando ese enojo se apodera de ella?

C: Golpeo a la gente...le grito a los que están cerca.

T: ¿Qué hacen tus papás cuando ese enojo aparece?

C: Me regañan

(Carolina y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

A: Mmm...tristeza...de repente pues está nublado, pero no de parte de mis papás de parte de mi hermano, es que tiene delirio de creerse mi papá... Es que más que me controlen mis papás, mi hermano es el que me controla.

T: ¿Y cómo es?

A: Grande

T: Del 1 al 10

A: 8

T: ¿Él vive contigo?

A: Sí, y tiene como delirio de creerse mi papá. Me lleva 13 años.

T: ¿cuándo esa tristeza llega a ti qué pasa? ¿Qué hace Ana cuándo la tristeza la invade?

A: Llora

(Ana y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

Después de realizar este ejercicio, procedimos a analizar los pros y los contras de ese sentimiento, con la intención de comenzar a co-crear argumentos alternos a la historia narrada (re-autoría). De igual forma se comenzaron a identificar excepciones en el relato para incluirlas en las historias.

K: Lo bueno es que en un futuro sé que me va a hacer bien, no voy a caer en los hospitales, no voy a estar sufriendo en un futuro que me quieran amputar mi pie o cosas así, ya sabes... lo malo es que como me enojo, o sea si me llego a enojar, me castigan y me quitan las cosas.

T: y cómo es el sentimiento cuando te castigan y te quitan las cosas

K. Pues mal, pero ya después digo, fue mi culpa

T: Entonces al final, cuando el enojo pasa, cuando se va el enojo, entonces encuentras salida.

K: Sí. Me siento mejor

T: Alguna vez lograste el control sólo

K: Sí

T: Que sucedió ese día

K: Me cuidé y no comí tantas cosas que no debo.

(Kevin y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

Los documentos terapéuticos fueron utilizados en este momento a través de las cartas. Los adolescentes escribirían una carta a través de la cual agradecerían a sus padres o cuidadores los cuidados y atenciones que han tenido con ellos, para dar paso a un nuevo momento de vida, el momento en el que ellos se harían responsables de su propio cuidado.

Joaquín: papá y mamá me da gusto que ustedes se interesen en mi cuidado de diabetes, sé que a veces soy un poco necio, casi no me gusta checar me, pero ustedes siempre están ahí para apoyarme y sé que tarde o temprano, sin que ustedes se den cuenta, sin que ustedes me digan nada yo lo haré por mi propia cuenta y les doy gracias por todo, sé que a veces soy un poco mamón, pero gracias por estar detrás de mí, diciéndome que tengo que hacer.

Carolina: Hola, Papá y mamá, gracias por cuidarme, protegerme y respetarme, por ustedes nunca me ha pasado nada malo y les agradezco por eso. Gracias papás, los quiero pocho y pocha.

Diana: Mamá, yo siempre me pongo feliz cuando me cuidas, sólo que hay veces que me dices para cuando me siento bien y yo te digo que sí y me lo vuelves a preguntar hasta que me cheque la azúcar. Pero le doy gracias a Dios por darme una mamá preocupada porque eso significa que nos quieres a los tres, porque hay mamás malas y feas y tú eres buena y bonita. Te quiero.

Sandra: hola papá y mamá les agradezco por el cuidado que dan aunque me molesta que a cada rato me lo tengan que decir, sé que es por mi bien. Yo lo tendré que hacer. Los quiero.

(Joaquín, Carolina, Diana y Sandra, sesión 4, 27 de febrero, 2016).

Las historias se narraron, re-narraron y fueron construyendo relatos diferentes.

Encontraron alternativas distintas, dándole importancia al cuidado de sus padres y que aunque en ocasiones les moleste su insistencia, entendían y reconocían el gran trabajo que han hecho con ellos. Asimismo, mencionaron que aún no son adultos y que sí deben hacerse más responsables de su cuidado, pero aún no pueden estar completamente sin sus padres. Llegaron a la conclusión de que ellos los cuidan porque los aman y se los agradecen.

Yo puse que me sigan apoyando y que a pesar de que sean más empáticos y de que caiga en fastidio yo sé que al levantarme ellos están ahí (Joaquín, sesión 7, 16 de abril, 2016).

No me importa que no reduzca su sobreprotección porque está bien si ellos no me apoyan quien lo va a hacer, porque son unas de las pocas personas que en verdad que cuando estas en ese momento con esa enfermedad que se acercan y con eso me demuestra que me quieren (Luis, sesión 7, 16 de abril, 2016).

Se habló también de las responsabilidades en las relaciones y de si ellos creían que tenían alguna responsabilidad en la relación que tienen con sus padres, a lo que ellos respondieron afirmativamente. Con esto se reforzó el sentido de agencia personal, es decir, el ser capaz de tomar decisiones y actuar en tu propia vida, de reflexionar acerca de tus propias

acciones y asumir la responsabilidad del rol que juegas en tus propias historias (Anderson, 2003, 2006a; De Jong y Kim Berg, 2002 ; Blanco , 2004 ; White & Epston , 1989 en Tarragona, 2008).

Se conversó de algunas ocasiones en las que lograron tener una mejor relación con sus padres, buscando con ello, acontecimientos extraordinarios. Asimismo se ahondó en las acciones que realizaron durante dichas excepciones y que podrían ser repetidas en futuras situaciones para obtener resultados favorecedores.

Puse porque me quieren, quieren que me sienta bien, quieren lo mejor para mí y no les gusta verme enferma en lo otro puse, comer a mis horas, porque no siempre como y monitorearme cuando deba e inyectarme cuando deba (Sandra, sesión 6, 19 de marzo, 2016).

Porque me quieren, se preocupan por mí, quieren verme saludable y porque me valoran. En el otro puse ser responsable al checarme varias veces al día...no comer lo que no debo, ajá, lo que no me conviene y ser responsable al así inyectarme... (Orlando, sesión 6, 19 de marzo, 2016).

Después de esto, los integrantes del grupo ya incluían en sus historias nuevos discursos que hablaban de cooperación entre ellos y sus padres para vivir su situación de vida. También en sus relatos se podían observar narraciones más empáticas cuando se referían a aspectos relacionados con sus padres y el cuidado que tenían para con ellos. Sin embargo, los padres tenían discursos saturados del problema aún.

Por sugerencia de los adolescentes se realizó una sesión con los padres en la cual ellos tomarían el rol de sus hijos y vivirían “Un día con diabetes”.

El primer ejercicio realizado fue el “nudo”. En dicho ejercicio, una pareja (madre e hija) se quedó en el salón y el resto de los asistentes salió a la terraza para tomarse de las manos y enredarse unos con otros, haciendo un nudo. La pareja de madre e hija debía ponerse de acuerdo y desenredarlos. La metáfora utilizada para este ejercicio fue ser un equipo. También fue posible, a través de los demás participantes o testigos externos, apoyar para hacer más significativa la

historia a partir de sus comentarios y opiniones. Esto es especialmente importante cuando se habla de historias alternativas que una persona trata de expandir en el contexto de otras historias dominantes que ya están bien arraigadas y que han influido en su o su identidad de manera negativa (Tarragona, 2008).

Terapeuta: Aunque una comparación muy burda situaciones complicadas se nos presentan todos los días, pero al final de día tenemos que tener en cuenta que ustedes son un equipo, trabajando juntas es más fácil resolver los retos que se presentan y si están separados es más complicado. Equipo ¿Cómo se sintieron, desenredaron rápido a los demás?

C: Más o menos

T: ¿Qué hicieron?

C: Ponernos de acuerdo, escuchar. Acá porque en la casa es cosa porque su enfermedad pues hay cosas que no le parecen, ay mamá todo el día me estás, es que yo siento que ella no agarra responsabilidad, no sé, la verdad es que no sé qué tiene que pasar para que ella agarre responsabilidad, es nuestro pleito de todos los días. O sea, cuando vas a empezar a agarrar conciencia, responsabilidad de la enfermedad, porque ella ya tiene 12 años con eso. Desde que amanece ¿ya te checaste, cuanto tienes, que vas a cenar? Ella ya tiene 16 años esta es tu responsabilidad, ella ya está grande. Gracias a Dios está bien. No se siente mal, pero el día que se sienta mal.

R: Yo observé que Carmen, dejó que Aurora tomara las decisiones, confió en ella, porque ella observaba, pero le preguntaba a Aurora, para que pueda desenredar. Yo creo que es algo muy similar en su vida, tal vez si ella confiara más en Aurora. (Carmen, Rosa (mamá) y terapeuta, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Un aspecto central en la sesión fue el momento del cambio de roles. Los padres tuvieron que checar el nivel de glucosa con el que se encontraban, así como inyectarse (meter y sacar la aguja) en tres ocasiones. Para algunos fue más sencillo que para otros. Algunos “hicieron trampa” y no se inyectaron, pero “sus cuidadores” insistieron para que cumplieran el tratamiento. De igual forma, comieron verduras precocidas sin condimento o guisante, mientras los adolescentes comían papas fritas y jamaica. Es importante señalar que las porciones fueron dictadas por nutriólogos de la asociación.

Guillermo (padre de Carolina): estoy controlada, estoy controlada, déjame, anda a trabajar, es tu obligación.

Aurora: no te inyectaste, dale, esta insulina se está calentando, como tú no vas a perder tu tiempo al O'horan.

Carmen (madre de Aurora): luego me salen bolas.

Diana: Todo, te lo comes todo.

Mayra (madre de Diana): yo le pongo limocito

Guillermo (Padre de Carolina): Ya no quedan más papas

Aurora: ya se acabaron

Mayra (Madre de Diana): Cómelo, y mira, ve que me enseña, para que yo me lo coma, me enseña una bebi.

Aurora: Mi colesterol está alto ¿quieres que suba el tuyo?

(Sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Esto aportó en el refuerzo de empatía sobre todo de padres a hijos, ya que a través de este tipo de dinámicas pudieron narrar historias diferentes, desde el otro lado de la moneda. Durante las inyecciones los padres comenzaron a hablar entre ellos, contaron anécdotas de sus vidas y de situaciones que han tenido con sus hijos. También esta actividad brindó un espacio para compartir pensamientos y reflexiones acerca de lo que percibían en sus hijos, al llevar el tratamiento.

Ahora que me tocó inyectarme lo pensé, imagínate ellos que lo tienen que hacer 3 a 5 veces al día [...] una vez si se le bajó y ella sola, se les taba bajando [...] le pasó que se le bajó, tenía 55 y se inyectó llamamos a la ambulancia, llegaron los paramédicos, llegó a 26, los paramédicos dijeron que era para internar, se quedaron y la checaban cada 10 min, los paramédicos se fueron cuando ella ya estaba en 71. Es que ella se equivocó, se checo y vio 195, no sé dónde lo vio, y se inyectó, se puso 2 unidades (Mayra (madre de Diana), sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Dunne y Rand, 2003; Freeman, Epston, y Lobovitz (1997 en Tarragona, 2008) señalan que es posible integrar prácticas narrativas con la expresión artística y dramática en su trabajo con niños y adultos (Dunne y Rand, 2003; Freeman, Epston, y Lobovitz, 1997). Las expresiones

dramáticas ayudan para facilitar la narración de la historia. Durante esta sesión se utilizó un ejercicio dramático básico, el role playing. Los participantes se dividieron en equipos y plantearon situaciones que normalmente vivían, tratando de desempeñar lo mejor posible los roles que tenían. En esta historia inevitablemente se requiere un razonar sistémico, se requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que forman parte de la historia a contar. Quien es quien, qué rol juega en la historia, donde transcurren los acontecimientos que se están relatando, que hizo él o ella cuando yo hice, que hice yo cuando él o ella hizo esto o aquello. Como en una pieza de teatro, cada personaje ejecuta su papel y sigue un guion del que no es consciente pero que sabe interpretar a la perfección. Los acontecimientos que van transcurriendo, van teniendo sentido o significación en el argumento total de la historia (Zlachevsky, 2003). Permitiéndoles visualizar la otra parte de la historia e incluyendo estas nuevas miradas y alternativas a su propio guion.

Es entenderlos, entenderlos más, porque si es cierto como padres, pues sabemos, pero no nos había tocado, bueno a mí no, a lo mejor la vacuna, lo normal, en el hospital, pero yo cuando me inyecté ahorita pensé, y ellos que se inyectan siempre, cuantas veces, pues si es cierto, uno cuando se enferma dice, pues bueno, pero para ella es todos los días [...] (Mayra, madre de Diana), sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Con el objetivo de afianzar las nuevas historias y de especificar más las acciones a seguir para mejorar la empatía y la relación entre padres e hijos se procedió a realizar la actividad las vasijas de la luz o de la esperanza: por parejas, padre o madre, hija o hijo, hicieron una vasija con plastilina, a la cual le dejaron un hoyito por dónde entrara la luz. Se les contó la siguiente metáfora:

Terapeuta: Esta vasija es la vasija de la esperanza o de luz, y estas vasijas en ocasiones se van llenado de piedritas, esas piedritas son los problemas o las dificultades que vamos teniendo día con día. Llega el momento en el que este hoyo se cubre por completo y ya no deja que pase la luz. Les voy a pasar unas

hojitas en las que irán escribiendo cuáles son esos problemas o dificultades que se crean por la situación de la diabetes... ¿Qué hace la diabetes cuando aparece?

Entre las piedritas mencionaron el limitarse en sus actividades cotidianas y la dependencia a la insulina, los miedos y preocupaciones constantes de los padres antes las hipoglucemias y las hiperglucemias y sus complicaciones, la poca comunicación entre padres e hijos, la afectación de la economía y los altos niveles de estrés que en ocasiones culminan con gritos y regaños. Después de platicarlas por parejas se les dio la siguiente instrucción.

Terapeuta: Llegó la hora de vaciar las vasijas. Comiencen a pensar en aquellos momentos en los que le han ganado a los problemas, ¿qué hubo de diferente? ¿En alguna ocasión, en alguna ocasión al menos le han ganado a los problemas, qué pasó de diferente? ¿Qué hice diferente? ¿Qué hizo mi hijo o mi hija? Debe haber alguna excepción por ahí. Pensemos en ellas y en lo que sucedió.

Las vasijas fueron vaciadas de dichas piedras que estorbaban el camino de las familias presentes y se les otorgaron nuevas hojas para escribir esos momentos y esas acciones que podrían encontrar diversas alternativas, nuevos caminos y nuevos guiones para contar historias diferentes. En esta ocasión las historias hablaron de trabajo en equipo, comunicación asertiva, responsabilidad y cuidado por parte de los adolescentes, regulación de emociones, paciencia y confianza hacia sus hijos, apoyo psicológico y amor. Este último elemento reinó en los discursos.

R: Hubo una ocasión en la que no le bajaba, estaba alta, y yo también ya estaba harta y con estas palabras discúlpenme la expresión, pero ya estoy hasta la madre. Llegó un momento en que le dije sabes que Joel, ya no te voy a regañar ni te voy a presionar más; tú sabes lo que haces, ese día sentí que toqué fondo y dejé de presionarlo, me dejé de presionar yo misma. A raíz de eso es que siento que me comunico en cuanto a lo que es su tratamiento muy bien, porque es él y yo, sabemos cómo se controla este tipo de cosas. El papá y su hermano, no saben mucho sobre su tratamiento, pero si se involucran.

T: Entonces en el momento en que le dijiste adiós diabetes y dejaste de presionar, la situación mejoró.

R: Sí, la verdad sí, yo sentía que me estaba ganando a mí, que no podía salir, sentía que ya estaba viviendo para la diabetes, yo no podía salir, no confiaba en él, yo ya puedo salir más tranquila a la calle, sin estar oye Joel cómo estás, ya comiste etc. yo puedo estar todo el día fuera, y yo siempre le digo, si te sientes mal, márcame.

(Rosa, madre de Joel y terapeuta, sesión 10, 14 de mayo, de 2016).

C: Pues ahora le digo las cosas y ya no hace tanta bilis como de antes, por ejemplo, ella de por sí es necia, pero la veo diferente.

T: ¿Cómo es diferente ahora?

C: La veo más contenta, menos enojona, pero yo ve que es gracias a ella (apunta a la bebé, su nieta) a veces tengo que hacer algo y le digo oye me ves a la niña y la ve, o le digo me pasas esto, sí mami, veo que es un poco más diferente. Pero en decir cómo se siente no, y como los puedes ayudar si no te dicen

T: En alguna ocasión Aurora te ha dicho qué es lo que siente, en alguna

M: No

T: Vamos a intentar hacer un esfuerzo

C: ella es muy de apapacharme, me apapacha mucho. Siempre me dice mamá te amo, el 10 de mayo [...] ella es diferente, hizo unos papelitos y los pegó en el cuarto y me dijo, ven acá y no tiene por qué decírmelo, porque es algo que ella siente [...] yo la verdad soy muy sentimental y sus hermanos se estaban burlando de ella, ay mamá te conformas con eso, hay que ridícula, y yo le dije ay sabes que me conformo más con eso, porque sé que ella lo siente, yo sé que ella me ama y yo la amo a ella, sabes que mamá te amo, te amo, todo el día [...]

A: pues es que es algo diferente, porque es mi mamá, pero también la siento como mi amiga [...] pero ajá, cuando me siento triste o algo, pues la abrazo y así y pues esté... pues, días especiales que yo siento que es un día que debo recordar, pues es siempre, porque no sé, digo que cuando se vaya ya no voy a sentir lo mismo y cada día que está conmigo es especial (se abrazan y se besan, lloran).

(Carmen, madre de Aurora, Aurora y terapeuta, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Al inicio de la sesión se les entregaron unas hojas con las preguntas: ¿Qué piensas del trato que tienen tus padres hacia ti en relación a tu diabetes? Y ¿Qué piensas del cuidado que tiene tu hijo (a) consigo mismo en relación con la diabetes? Asimismo, al finalizar la sesión se les entregó la misma hoja, pidiéndoles que escriban si hubo algún cambio en su percepción. Estas preguntas se realizaron con el objetivo de favorecer la relación empática entre ellos, es

decir si los padres podían, después de la sesión, entender más a sus hijos en cuanto a las dificultades para seguir el tratamiento y si los hijos podían entender más el porqué del cuidado de sus padres hacia ellos. Las respuestas fueron positivas, pero sobre todo tomando más en cuenta el punto de vista de la otra persona.

R1. Son un poco sobreprotectores, pero todo bien, aunque a veces me estresan un poco.

R2. Ya entendí que todo lo hacen por amor.

(Aurora, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. Me cuida

R2. Me quiere y yo la quiero mucho

(Diana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. Pues me cuidan, son un poco protectores.

R2. Lo que hacen lo hacen porque me quieren y quieren que esté bien.

(Ana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. Pues a pesar de tantos años, pienso que todavía no agarra conciencia.

R2. Pues me voy más tranquila porque sé que ella si sabe lo que tienen que hacer y cómo cuidarse yo soy la que la atosiga y por rebeldía no lo hace.

(Carmen, madre de Aurora, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. Creo que tiene el conocimiento necesario para hacerlo y dejar de “suponer” cosas en relación a los tiempos de medición.

R2. Convencido de que Carolina es capaz de llevar un mejor control de las situaciones que se le presentan día con día.

(Guillermo, padre de Carolina, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. A veces es un poco complicado llegar a acuerdos con él.

R2. Que a pesar de la situación, estamos los dos juntos y lo vamos llevando juntos. (Rosa, madres de Joel, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

La sesión cerró con una conversación grupal, en la cual las familias expresaron sus aprendizajes durante la sesión. Los padres de familia fueron los que más hablaron y sus

comentarios giraron en torno a lo que sintieron durante el día en el cambio de roles, pues consideraban que la situación en la que viven sus hijos no es nada fácil.

Pues ahora sí que entender a nuestros hijos, pero nunca me había puesto una inyección, podemos decir que, si nos duele porque son nuestros hijos, pero es la primera vez que vengo, que me pico, que me checo a cada rato. La entiendo más [...] pero lo que ahorita valoro más, porque yo la quiero mucho y ahora la quiero más, yo siempre le he dicho que tú eres una niña, buena sana, y no estás enferma, es un padecimiento que hay, y nadie se muere de diabetes, porque es un control, para mí fue algo bueno el haber venido [...]
(Mayra, madre de Diana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Los adolescentes por su parte, mencionaron estar más conscientes de que el cuidado que tienen sus padres hacia ellos se debe al amor que les tienen y que están preocupados y al pendiente de su salud. Esperan que la situación mejore en casa en cuanto a su relación. Asimismo se encontraban a la espera de ver que sucedía en sus hogares después de la sesión:

Estamos bien, pero espero que mejore con el tiempo (Joel, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Pues no sé qué vaya a pasar cuando llegue a mi casa, hay que esperar (Carolina, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Me llevo una vasija de plastilina con papelitos (risas) jaja. Pues que ya estamos más unidos, que están poniendo de su parte para apoyarnos (Ana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

3.4.3 Venciendo obstáculos y fijando metas (Autocontrol)

El tema de autocontrol de la diabetes como de sus emociones, fue un punto que los adolescentes destacaron como importante para el trabajo en el grupo. Ellos mencionaron que sus emociones influyen en sus niveles de glucosa, por lo que fue un punto que refirieron querer

platicar. Asimismo, el control de su diabetes, en términos de un cuidado adecuado y de la adherencia al tratamiento son temas centrales que ellos mencionaron como importantes.

Los adolescentes conversaron acerca de lo que ellos entienden por autocontrol o autorregulación:

Autocontrol es aquella capacidad de regularse a sí mismo a base de un automonitoreo y control voluntario (Joaquín, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Es tener controlados mis niveles de azúcar por mí mismo (Joaquín, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Es que yo haga las cosas como deben ser y mantenerme bien controlada para estar bien (Dafne, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Al cuestionarlos sobre obstáculos que les impiden llegar a su autocontrol mencionaron cuestiones como preocupaciones, comer alimentos que no deben, exámenes, enojos innecesarios, rebeldía o llevarle la contra sus padres y no seguir las indicaciones médicas. Del mismo modo platicamos acerca de sus logros en este tema y de los acontecimientos extraordinarios que sucedieron en el pasado, cuáles fueron las acciones que realizaron y se exploraron otras ocasiones en las que también resultaron victoriosos con el autocontrol.

Estuve bien en mis lecturas y en mi actitud (Carolina, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Sí, sentí alegría porque pude lograrlo y no necesité ayuda de nadie. (Dafne, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Traté de medirme para estar bien, dejar de comer en exceso y comer menos azúcares, hacer ejercicio, es difícil para mí hacer ejercicio y una vez lo hice, vencí los obstáculos y lo hice (Lorena, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Cuidar lo que como, hacer ejercicio, hacer lo necesario para estar bien y seguir las indicaciones del médico. (Sandra, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Con base en el entendido de que a lo largo de nuestra vida, revisamos constantemente nuestras historias y posiblemente modificamos el significado de los eventos y de las relaciones que hemos establecido, así como de que nuestras narrativas personales no son estáticas, sino fluidas y se dan en el contexto de nuestras relaciones e intercambios lingüísticos con otras personas (ver Gergen, 1994; Anderson, 1997 en Tarragona, 2003) las conversaciones tenían la finalidad de mostrar nuevas alternativas y esperanzas para el futuro en el contexto del grupo, que funcionaba como medio para reforzar aspectos positivos. La intención fue basarse en el mapa de conversaciones de re-autoría con preguntas del panorama de la acción y de la experiencia con el objetivo de contribuir a que los adolescentes ligaran estos eventos, en un argumento alternativo hacia un particular tema o territorio, el autocontrol.

Se realizaron preguntas del panorama de la acción y de la experiencia. Estas últimas, específicamente, están relacionadas con las implicaciones que estos argumentos alternativos tienen en términos de la comprensión de las personas acerca de su propia identidad; invitan a la gente a reflexionar de manera diferente en sus propias identidades y las identidades de otros (Carey y Russell, 2004 en Campillo, 2007)

T: ¿Qué te dice de ti que hayas logrado vencer estos obstáculos?

C: Pues que sí puedo estar mejor en mi diabetes sin que me lo digan

T: ¿Qué crees que pensó tu familia el día que venciste esos obstáculos y lograste la autorregulación?

C: Pues se pusieron contentos porque vieron que sí puedo controlarme yo sola.

T: ¿Qué valoras de esa experiencia?

C: Todo lo que hice, fue difícil.

(Carolina y terapeuta, sesión 12, 4 de junio, 2016).

T: ¿Qué te dice de ti, que hayas logrado vencer estos obstáculos?

A: Que con esfuerzo y dedicación puedo lograr mis objetivos.

T: ¿Qué crees que pensó tu familia el día que venciste esos obstáculos y lograste la autorregulación?

A: Se sintieron orgullosos.

T: ¿Qué valoras de esa experiencia?

A: Todo, como me sentí muy feliz y ver felices a los que me rodean.

(Ana y terapeuta, sesión 11, sesión 12, 4 de junio, 2016).

A través de las preguntas del panorama de la acción y de la experiencia también se puede proyectar el argumento preferido hacia el futuro, con la finalidad de contribuir más adelante a nuevas conclusiones de identidad, encontrando los valores, esperanzas y sueños que guían las acciones de alguien para prever las futuras acciones que fluirán de estos compromisos.

En relación a sus esperanzas y sueños para ellos y la autorregulación en un futuro, los adolescentes comentaron:

Ser disciplinado y constante en lo que quiero (Luis, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Hacer mi vida normal y ser exitosa, quiero lograr la autorregulación y mantenerla (Sandra, sesión 12, 4 de junio, 2016).

3.4.4 Mi anuncio publicitario (Autoestima y vida cotidiana sin diabetes)

La adolescencia es una etapa marcada por las intensas transformaciones biopsicosociales. Los adolescentes que son portadores de una enfermedad crónica, como DM1, tienen que hacer frente las exigencias que se derivan de la enfermedad y el tratamiento. Además de ocuparse de los aspectos habituales de esta fase. El factor psicosocial, es un aspecto importante para ellos (Novato, Grossi & Kimura, 2008). La autoestima se ve afectada al ser señalados por los pares debido a la diabetes.

Con el objetivo de ampliar sus discursos y vislumbrar aspectos y características más positivas de su persona, que dieran como resultado historias más ricas y significativas para ellos, se pidió que realizaran el dibujo de su silueta en una hoja en blanco. Ellos podrían elegir el color que más les gustara para ello. Se les pidió que en la mano derecha escribieran lo que más les

gustaba de ellos; en la mano izquierda lo que menos te gustaba de ellos; en el pie derecho, debían escribir algo para lo que se consideraran muy hábiles o buenos, en la pierna izquierda algo para lo que no; en el estómago tres personas que fueran importantes para ellos y para los que ellos fueran importantes también; en la parte de la cara o la boca lo que más les gusta comer; debajo de los pies, lo que más odian comer y arriba de la cabeza debían completar la siguiente frase : lo que pienso de mí es.

Todo esto les daría la opción de conocerse más y mejorar el autoconcepto y con ello la autoestima. Asimismo, tendrían material para engrosar sus historias alternativas y comenzar a manejar discursos más positivos de su persona.

Au: Soy muy relajita, muy bonita, inteligente, necia y me gusta sonreír.

L: soy divertido, soy glotón y soy deportista.

A: que soy inteligente, orgullosa, honesta a veces me enojo rápido, no soy perfecta, pero me gusta como soy.

(Aurora, Luis y Ana, sesión 9, 7 de mayo, 2016)

Estos nuevos relatos dieron pie a la siguiente actividad, los adolescentes harían un anuncio publicitario de sí mismos. Podrían incluir lo que quisieran, la condición era que el anuncio debía invitar a una compra. Se analizó el contexto y se habló de algunas campañas de publicidad de marcas de renombre, reflexionando acerca de qué es lo que dicen, cuáles son las imágenes que manejan y cuál es la forma en promocionan su producto. Recordemos que a psicología narrativa parte de la idea de que el individuo se encuentra inmerso en un contexto social y cultural, del cual no puede ser desprendido y que influye en sus historias y experiencias.

T: [...] A ver imagínense, cuando están viendo un anuncio en la televisión, qué anuncio se les acuerda mmm... el anuncio de sabritas

C: A que no te puedes comer solo una

T: Ándale, a que no te puedes comer solo una. Y te ponen a William Levy a una policía y no sé qué tanta cosa

A: A Messi.

C: A Enrique Iglesias
(Carolina, Ana y terapeuta, sesión 11, 21 de mayo de 2016).

Al inicio se les dificultó pensar en los puntos que pondrían en sus carteles, y en ocasiones se apoyaban entre ellos diciendo algunos que tal vez no habían sido pensados por los demás. Con esto fue posible observar la participación de los testigos externos en el refuerzo de nuevos significados y señalando características que tal vez no habían sido observadas por los jóvenes:

T: ¿Qué es lo que tú tienes de bueno C?

C: No sé.

A: Es buena peleando.

C: (Hizo señas asintiendo) es verdad.

(Terapeuta, Carolina y Ana, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

L: No sé

T: A ver qué otras cualidades ven ustedes en él

Au: Creo que es muy necio, Creo que es una persona muy alegre

A: es muy alto

T: Yo creo que puede ver el lado positivo de las cosas y puede reírse y salir adelante, aunque la situación a veces sea un tanto extrema, como que le ve lo bonito a la vida.

L: Sonríe y asiente

(Terapeuta, Luis Aurora y Ana, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Protti (1980, en Gergen y Warhus, 2003) mencionan que las preguntas circulares no presumen revelar lo que existe, sino generar información que haga una diferencia en la manera en que la persona o la familia entiendan su situación. La intención es editar la historia de los jóvenes que se encuentra saturada del problema.

T: ¿Quién sigue? ¿Julio? ¿Por qué deberíamos compara a Juan?

J: Sé cocinar, me gusta hacer deporte, soy buena persona, me gusta ver series y jugar mucho.

T: y... ¿Todo eso cómo te ha ayudado en tu vida?

J: soy una persona relajada.

T: ¿Qué sucede cuando hay una situación complicada?

J: Me pongo a ver tele y pienso mejor.

T: ¿Qué crees que piensan tus papás de la forma en que reaccionas de las cosas?

J: Que es bueno porque veo las cosas de manera distinta

T: que es lo que más te destaca como persona

J: ser buena persona, soy tranquilo

(Julio y terapeuta, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Los adolescentes hicieron sus anuncios publicitarios e intentaron vender “su producto” a sus compañeros. Los anuncios destacaron aspectos positivos de los muchachos y a través de ellos compartieron características y habilidades desconocidas por el resto del grupo e incluso no tan presentes para ellos. Las historias de los jóvenes se engrosaban cada vez más con aspectos positivos de sí mismos y de lo que pueden aportarles a los demás.

Carolina les enseñará artes marciales para defenderse y si no, yo los defenderé, es divertida, sabe cocinar y comer, es comprensiva, guarda secretos, es muy muy sociable. Advertencia: puede cambiar, no me presiones si no explotará. Advertencia: cómprala si no sufrirás las consecuencias (Carolina, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Las intervenciones del terapeuta, en las conversaciones tenían la finalidad de co-crear junto con los adolescentes sus historias. Según Harold Goolishian (1995 en Armenta Mejía, 2002): “La terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/ co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes y sin imponerles una historia...Nuestra historia no debe estar nunca por encima de la historia del cliente” (p.5).

A: soy buena amiga, soy divertida, sé cocinar, sé escuchar, dibujar, soy relajista, sé guardar secretos, soy amable, cómprenme, nota: cuando me molesto no soy tan buena y hago enojar a las personas.

T: ¿y cuál es tu principal virtud de todas esas cosas?

A: Que se escuchar a los demás

T: y cómo eso te ha ayudado

A: pues tengo muchos amigos

T: y cómo eso crees que te ayude en el futuro

A: pues puedo tener más amigos, la gente puede confiar en mí. Puedo tener una perspectiva general de las cosas

(Ana y terapeuta, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

3.4.5 El partido (Relaciones interpersonales)

Como se mencionó anteriormente la diabetes mellitus tipo I, genera en los adolescentes dificultades en sus relaciones interpersonales, pues en ocasiones son rechazados por sus pares, debido al desconocimiento de su situación de vida, la enfermedad y todo lo que el tratamiento implica. Es por ello que se realizó una dinámica que propiciara la conversación acerca de estas historias muy pocas veces contadas.

Terapeuta: Vamos a empezar con una dinámica sencilla, necesito 2 equipos. La dinámica va a tratar de hacer puntos. Y el equipo que gane es el que va a decidir en la tercera dinámica. Un equipo se para frente al otro y va a observar, después de un 5 min, saldrá y el equipo que se quede va a hacer cambios, en su imagen, en lo que quieran, la blusa, etc. Cuando el otro equipo regrese tiene que observar de nuevo al equipo que hizo cambios y adivinar las diferencias. Por cada diferencia que le atinen tienen un punto. Y luego cambiamos ¿de acuerdo?

Los participantes se mostraron entusiasmados y decidieron dividirse en equipo de mujeres y de hombres. Los varones hicieron nueve puntos y las mujeres diez, por lo que resultaron ganadoras. La metáfora que se utilizó, fue las diferencias en el juego como en la vida. La conversación giró en torno a las diferencias encontradas en las personas durante su vida diaria y en sus relaciones interpersonales y cómo perciben y manejan éstas.

T: ¿Qué piensan de las diferencias que había en el juego?

S: Normal

L: Fue divertido

T: Fue divertido tener diferencias, qué es lo que pasa cuando nos topamos a una persona diferente a nosotros.

M: Nada, yo creo que está bien.

Terapeuta: A veces en nuestras situaciones de vida cotidiana, vemos a las personas diferentes a nosotros, en algunas historias me ha tocado observar que hay ocasiones en las que las personas rechazan a otras por ser diferentes, y esto causa conflicto en las personas rechazadas. La realidad es que todos somos diferentes, absolutamente todos somos diferentes, que hoy fueron diferencias de ropa, etc, pero que allá afuera nos topamos con gente que nos rechaza porque mis gusto o intereses difieren, tal vez a mí me gusta el helado y a él las galletas; o yo soy alta y ella bajita. El chiste es aceptar que todos tenemos diferencias, pero eso no me hace ser menos o más que otros, tenga cinturón o no, playera o no, agujetas amarradas por dentro o por fuera, o diabetes tipo 1, lo importante es lo que yo soy y como me siento conmigo mismo.

L: que a alguien le gustan los hombres y algunos las mujeres (Risas)

J: Yo creo que está bien, es rico tener diferencias, todos somos diferentes y no debemos sentirnos mal porque tenemos diabetes.

A: si, todos somos diferentes, pero iguales

S: sí. Así es, yo puedo hacer de todo, aunque tenga diabetes.

(Ana, Luis, Joaquín, Sandra y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

La siguiente actividad permitió reconocer las relaciones interpersonales que mantienen, de igual forma aportó en la identificación de sus redes de apoyo y para darse cuenta cuáles son las fortalezas con las que cuentan al entablar sus propias relaciones interpersonales. Con esto la historia se siguió engrosando hacia aspectos positivos que les brindaran esperanza para un mejor futuro. La nueva historia permitiría darle significado a sus relaciones actuales y valorar el apoyo que sus familiares, amigos y personas cercanas les brindan.

La metáfora utilizada fue un partido de futbol, el partido de sus vidas. Se les entregó una hoja que representaba una cancha de futbol, se les pidió que en la mitad de la cancha escriban los nombres y las posiciones de las personas que estarían en su equipo y del otro lado, los nombres y las posiciones de las personas que se encontrarían en el equipo contrario. Seguidamente se les proporcionó una hoja con una serie de preguntas (Apéndice C).

Se prefirió que respondieran las preguntas de manera escrita para luego compartirlas debido, pues esto favorece el proceso de reflexión. Al respecto Tarragona (2003) menciona que

este proceso aporta muchos temas interesantes para la conversación pues los clientes reportan que con frecuencia al escribir tienen ideas nuevas, se “dan cuenta” de cosas. De igual forma refiere que al leer los escritos en voz alta intensifica los sentimientos y al ser otras personas testigos de su experiencia se aporta una sensación de validación y aceptación.

La mayoría de los adolescentes descubrió, a través de este proceso, que existen muchas más personas en su equipo de las que ellos imaginaron; personas que juegan de su lado, que los quieren y apoyan. Refirieron que su equipo generalmente estaba conformado por sus padres, hermanos, familia extensa como tíos, abuelos, primos y sus amigos.

T: ¿Cuántos jugadores tienen de tu lado de la cancha?

C: 20

T: ¿Quiénes son esos jugadores?

C: Amigos, primos, mis papás y así, mmm... Me faltó tía Julia Y tío Pepe

J: Carolina tiene 2 equipos ahí, va a ganar por un montón

*L: Cuando termine el partido 54 a 0 a favor del equipo de Carolina
(Carolina, Joaquín, Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).*

Cómo se mencionó anteriormente, a través de esta metáfora también pudieron identificar, sus puntos fuertes cuando se trata de entablar nuevas relaciones interpersonales, brindándole discursos alternativos que al reafirmarse les proporcionan seguridad y nuevos significados.

T: Ya sabemos cuáles son los puntos fuertes de su posición, ahora como estas herramientas favorecen al partido. Recuerden que nuestro partido es de relaciones interpersonales, ¿Cómo los puntos fuertes de Lorena favorecen sus relaciones? ¿Cómo te ayudan a relacionarte esos puntos?

L: Soy rápida para ser amigos

(Lorena y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

T: Luis ¿Cuál es la posición que tu jugarías?

L: Medio central

T: ¿Cómo es que elegiste esa posición para ti?

L: Porque es el armador es el que guía todo el partido

T. ¿Tú te sientes así en tus relaciones interpersonales?

L: O sea es el que tiene el control, no de hacer lo que quiera, es el que tiene el control de las situaciones, de sus situaciones.

(Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

T: ¿Qué posición jugarías Marco?

M: Defensa

T: ¿Cómo es que escogiste esa posición? ¿Cuáles son las fortalezas de esa posición?

M: Es como un segundo portero. Tú decides si pasa o no el balón, que pasa y que no contigo.

(Marco y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

Los integrantes del grupo identificaron también las diferencias encontradas entre “los jugadores de su equipo” y cómo esas diferencias aportan en su juego. También hablaron de qué estrategias tendrían que llevar a cabo para mejorar sus relaciones interpersonales.

T: Ana ¿Cómo crees que esas diferencias aportan a tu equipo y al partido?

A: Todos son diferentes, todos tienen una cualidad y todos aportan para que el equipo vaya bien.

(Ana y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

T: En la vida cotidiana, nosotros jugamos partidos a diario, nos topamos con gente que está de nuestro lado y nos topamos con gente que tal vez no nos encanta y que tal vez los mandemos al otro equipo e incluso los expulsemos porque ni siquiera los queremos en la cancha de juego. Sin embargo, yo no puedo controlar lo que las demás personas hacen, dicen o piensan. Yo no puedo controlar que las 5 conocidas de Joaquín, que están en su escuela, hagan, digan o piensen de manera distinta, eso no lo puedo controlar y Joaquín, tampoco lo puede controlar, yo no puedo controlar que las personas que están del otro lado de la cancha de Carolina, hagan digan o piensen qué si pueden controlar, la posición que ustedes quieren jugar en este partido, yo puedo controlar que pasa como dijo Marco y que no pasa, que entra a la portería y que no entra, que dejo pasar conmigo y que no dejo pasar. Yo puedo controlar hacia donde me muevo como dijo Luis y puedo tener el control de mí y de mis emociones. ¿Cómo puedo hacer para mejorar los resultados de mi propio juego, de mi propio partido?

A: Ser mejor persona

J: Como pensar con la cabeza

T: ¿Cómo es ser mejor persona?

J: Tomar mejores decisiones, pensarlas bien antes de hacerlas, hacer tácticas.

S: Tener más comunicación y pasar más tiempo como mi familia.

L: Entrenar

T: ¿En qué te entrenarías?

L: En... no sé cómo decirlo, tener una responsabilidad sobre mí y no hacer lo que los demás piensan (Ana, Joaquín, Sandra, Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

Los significados son co-construidos con quienes compartimos nuestro vivir. Por ello fue importante definir los hechos y acontecimientos relacionados con las relaciones interpersonales de cada uno de los jóvenes, es decir para cada dominio de existencia. Esta significación común con la que los personajes interpretan los hechos, hace que las personas puedan anticipar con relativa certeza lo que es posible esperar de sí mismo y de otro, en el dominio de existencia en que conviven. Al mismo tiempo les crea una serie de expectativas de lo posible o imposible de encontrar en el espacio de encuentro común y articula lo que pasa a ser “la realidad” de los acontecimientos, de los hechos, de las cosas, para cada dominio de existencia (Zlachevsky, 2003). Al contar sus historias de relaciones interpersonales y desmenuzarlas, incluyendo a sus personas cercanas o equipos, los adolescentes tuvieron la oportunidad de anticiparse a las realidades de como entablan relaciones y prever situaciones que tal vez no les sean tan cómodas. Asimismo, pudieron identificar sus fortalezas en esta temática y aprovecharlas en el futuro.

Capítulo 4. Evaluación de los efectos

4.1 Evaluación del proceso de intervención desde la perspectiva de los adolescentes y sus cuidadores

La evaluación del resultado de los efectos obtenidos mediante la intervención terapéutica es sin duda uno de los aspectos más difíciles de afrontar en una psicoterapia. Esta dificultad está en el hecho de que diferentes escuelas de psicoterapia poseen distintos criterios para establecer la eficacia de la terapia, que resultan estrechamente dependientes de las distintas perspectivas teórico aplicativas a menudo opuestas entre ellas (Rioja y Pinto, 2008).

La tradición terapéutica modernista se basa en el concepto de la verdad. De allí que en la terapia se intente localizar "el problema real", "las causas de la dificultad", "las fuerzas subyacentes", "las estructuras determinantes", además de evaluar los efectos de otras técnicas y resultados terapéuticos. En cambio, para la que toma en cuenta la construcción social, como lo es la psicoterapia narrativa, no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común, sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente (Gergen, y Warhus, 2003).

La terapia narrativa le da peso a la relación paciente-terapeuta y trata el concepto de identidad personal como una construcción social fluida. El atractivo de esta Terapia Narrativa va más allá de la técnica, ya que representa un cambio fundamental de dirección en el mundo terapéutico que se ha denominado la Tercera Ola (Castillo, Ledo y Pino, 2012).

La evaluación realizada para la presente investigación, se realizó desde dos puntos, a) la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico, pues como se mencionó anteriormente,

esta es un aspecto importante para la terapia narrativa y no podía pasar desapercibido y b) la utilidad del proceso terapéutico en cuanto a los objetivos del programa de intervención; ambas con base en el discurso de los adolescentes, quienes son los protagonistas del proceso terapéutico y de la presente investigación. También se tomó en cuenta el punto de vista de sus padres o cuidadores, los cuales asistieron a algunas sesiones específicas para el trabajo de la empatía entre ambas partes. A continuación, se describen:

- a) *La evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico* se llevó a cabo tomando en cuenta dos rubros: el primero de éstos hace referencia al análisis de las sesiones realizado a través de la guía de evaluación de la experiencia (Apéndice E) basado en las características planteadas por Tarragona (2008) de las terapias posmodernas y narrativas correspondientes a la relación terapéutica; el segundo hace alusión a las respuestas recibidas a la pregunta: ¿Cómo te sentiste durante el proceso terapéutico? Tomando en cuenta tu experiencia y la actitud del terapeuta. Dicha pregunta les fue realizada durante la última sesión de manera escrita y se recalcó la importancia del anonimato y la sinceridad para poder realizar una retroalimentación adecuada. Asimismo, se hizo énfasis en que no existían respuestas correctas e incorrectas. Estas también se analizaron bajo la guía de evaluación de la experiencia, descrita anteriormente.
- b) *La utilidad del proceso terapéutico.* Esta se evaluó con la metáfora “los vagones del tren”. Se narró a los participantes, la siguiente historia: Hace aproximadamente 6 meses comenzamos un viaje juntos, tomamos un tren con el mismo sentido, ustedes decidieron que llevar a ese viaje y que poner en esos vagones, algunos decidieron llevar más cosas, los demás menos, otros decidieron no subirse, ustedes saben que pasó con cada uno. Parte de lo que decidieron poner en ese tren, es lo que está aquí, integración, relación con sus

padres o cuidado de estos por su situación de vida, autoestima y autorregulación, relaciones interpersonales y una vida cotidiana sin diabetes. Después de contarles esto se les otorgó una hoja con trenes dibujados. Cada tren simbolizaba uno de los temas que ellos eligieron trabajar y a sus objetivos (los cuales se mencionaron con anterioridad) y contaba con cinco vagones. Los trenes correspondían a una escala, donde los vagones se encontraban enumerados del 1 al 5; siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta. Los adolescentes escribieron una I, en el vagón dónde consideraban que se encontraron cuando iniciaron el proceso terapéutico y un F donde consideran que se encontraban al finalizar el mismo. Junto a cada tren se encontraba un espacio en donde ellos explicaron el porqué de sus puntuaciones. Esto lo repitieron con cada rubro (Apéndice F).

4.2 Resultados

4.2.1 De la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico

El primer aspecto descrito en la guía para la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico, es *la terapia como asociación o en conjunto*. Tarragona (2008) menciona que el proceso terapéutico, es un esfuerzo conjunto entre los clientes y los terapeutas, dando lugar a una relación igualitaria, en la que no se perpetúen estereotipos y jerarquías. Esto fue posible observarlo en los comentarios realizados por los jóvenes, en los cuales se referían constantemente al terapeuta por su nombre, mostrando confianza y comodidad. Asimismo, hablaban de lo que les preocupaba, gustaba o no, con sinceridad, dejando ver su apertura para el trabajo, en un ambiente seguro.

[...] Soy mejor persona ahora y me gusta venir más y vengo más entusiasmada y participativa. Me gustó compartir con Argelia porque nos soportó y se portó increíble con nosotros (Anónimo, respuesta escrita, 18 de junio, 2016).

El segundo aspecto mencionado por Tarragona (2008) es *la valoración de la multiplicidad de voces o perspectivas*. Este punto hace referencia a que en ocasiones el escuchar puntos de vista distintos a los tuyos, favorece la reflexión y enriquece el proceso terapéutico y por tanto la experiencia del cliente. Aunque Tarragona se enfoca más en lo referente a los equipos reflexivos o a las familias, en la presente investigación, el grupo de intervención terapéutica, fungió como el hilo conductor de nuevas opiniones y voces. Los adolescentes escuchaban y participaban en la construcción de nuevas alternativas para las historias de sus compañeros, al mismo tiempo que tejían nuevas historias propias y grupales.

Ana: Con mis papás estoy bien, es mi hermano que se pasa, pero me molesta que no confié en mí.

Kevin: ¿Cómo que no confían en ti?

Ana: sí, siempre está atrás de mí y me regaña

Kevin: Pero... tal vez es porque te quiere...

Ana: Sí, yo sé, en eso tienes razón... pero cansa. (Ana y Kevin, sesión 5, 5 de marzo, 2016).

Me sentía muy bien, porque poco a poco conoces a más personas que te sacan sonrisas y te ayudan con tus cosas [...] me sentí feliz al estar con ellos y me sirvieron de mucha ayuda en mi vida cotidiana... (Anónimo, respuesta escrita, 18 de junio, 2016).

Bien contento, enriquecido con las historias de vida de cada uno de los compañeros, de todos, siempre siempre hay experiencias, siempre hay detalles, siempre hay, aprende uno o recuerda uno lo que ha vivido y es momento de afianzar algunas cosas de trabajar algunas otras [...] (Guillermo, papá de Carolina, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

El tercer aspecto incluido en la guía de evaluación es *el cliente como estrella*, es decir, el cliente es el protagonista del proceso terapéutico, es visto como

el experto en su propia vida (Tarragona, 2008). El grupo proporcionó un espacio en el cual, ellos pudieran narrar sus experiencias y contar sus propias historias sin ser censurados o cuestionados. Un espacio en dónde ellos se sintieron libres y fueran los primeros actores del relato; pero sobre todo un espacio dónde se sintieron escuchados. Fue posible observarlo, cuando los adolescentes comentaron sentirse tranquilos; recalcaron que era un espacio dónde ellos podían hablar. Los padres, por su parte, también mencionaron sentirse escuchados y tener un espacio dónde se valoraban sus experiencias.

Yo me voy contenta porque la gente ha participado más y todos participamos, e incluso me desahogué, me escucharon, me sentí escuchada (Ana, sesión 3, 7 de mayo, 2016).

Joel es el mismo de siempre, lo quiero mucho, me voy agradecida, con este momento que nos has dado, en el cual nos podemos abrir, y expresar y creo que yo también ahora que lo analizo, creo que también yo, si él se cierra, creo que yo también me pongo en mi caparazón y tampoco le digo, lo abrazo, también mi tiempo, siempre uno está pensando en el trabajo, mis cosas y pasan ellos a ser un segundo término (llora) [...] (Rosa, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

El siguiente rubro evaluado es *la transparencia*. Tarragona (2008), la define como hacer todo lo posible para estar libre de prejuicios en los encuentros con los clientes. Menciona que, aunque es imposible no tener valores personales, opiniones o preferencias, el terapeuta debe ser abierto sobre éstos cuando son relevantes para la terapia. El cliente debe sentirse libre y sin presiones. Durante el proceso terapéutico, fue posible observar un ambiente de respeto en todos los sentidos, no solamente del terapeuta para ellos, sino también dentro del grupo. Los puntos de vista, opiniones y experiencias, fueron escuchados sin imposiciones de ninguna índole. Durante las primeras sesiones un participante, tuvo complicaciones para hablar, debido a su timidez y el grupo respondió con empatía y respeto.

Joaquín dijo en voz alta, *él* (refiriéndose a Carlos) *no se acerca porque es tímido, poco a poco tendrá confianza y se acercará*. Y fue con él para que le firmara la hoja y le firmó una característica de su hoja. Cuando los chicos le decían a Carlos, que si les podía firmar su hoja, él asentía con la cabeza y cuando se alejaban sonreía (Joaquín, sesión 2, 30 enero, 2016).

Terapeuta: Carlos es tu turno.

Carolina: No va a hablar

Terapeuta: Yo creo que sí, hoy lo logró y eso me alegra mucho. Recuerden que cada quién a su tiempo, debemos respetar a cada uno. Nosotros esperaremos cuando él se sienta listo.

Carlos: Me sentí bien, contento...

Terapeuta: gracias Carlos.

Carolina: yo igual que él (Apunta a Julio)

Terapeuta: ¿Cómo es igual que él?

Carolina: pues sentí que hablé más porque antes no hablaba, no me presionas[...]

El último aspecto señalado en la guía de la evaluación es el *agente personal*. Tarragona (2008), menciona: “El terapeuta debe respetar y animar al cliente a ser capaz de tomar decisiones y actuar en su vida”. A menudo se utiliza la metáfora de "estar en el asiento del conductor de la propia vida. Este punto se observa claramente, con la metáfora utilizada en la última sesión, “el maquinista”.

El tren detuvo su curso y se ha detenido en un lugar... ¡Al fin en una estación!... Espero que este viaje te haya sido ameno, pero sobre todo útil y que te haya dado la oportunidad de pensar en ti, en tus situaciones de vida y de encontrar nuevos caminos que recorrer. Las vías del tren pueden desviarse o re desviarse las veces que sea necesario, las veces que tú así lo decidas. Quiero decirte que tu tren estará listo para cuando desees emprender otro viaje. El día de hoy oficialmente te otorgo el cargo de ¡MAQUINISTA!... ¡Maquinista de tu propio tren! ¡Maquinista de tu propia vida! ¡Felicidades!

4.2.2. *De la utilidad del proceso terapéutico*

Los vagones del tren, permitieron conocer la percepción de los adolescentes acerca de los avances que tuvieron en cada rubro establecido por ellos al inicio de la exploración y percibir si ellos observaron alguna diferencia en estas temáticas al finalizar las sesiones.

En lo relativo a la integración del grupo, los adolescentes comentaron haber percibido un avance, tener mayor confianza, platicar más y pedirse consejos acerca de lo referente a su tratamiento. El que pudieran hablar acerca de su tratamiento no era una necesidad plasmada por los jóvenes, sin embargo, sí lo era por parte de la asociación, pues consideraban pertinente que ellos pudieran tener comunicación, por cualquier duda que les pudiera surgir acerca de la diabetes, ya que, al ellos conocer bien el procedimiento, podrían orientarse entre sí, en caso de emergencia.

Mejoramos la integración ya que hablamos más. Ahora tengo el whats y face de algunos y nos hablamos. A veces le pido consejos a algunos o me resuelven dudas que surgen (Sandra, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Pues me siento bien, porque siento que todos podemos convivir un poco más y tenemos más confianza (Ana, sesión 12, 14 de junio, 2016).

En cuanto a *la relación con sus padres y el cuidado o control que tienen sobre ellos debido a su tratamiento*, los jóvenes comentaron que ahora sus padres muestran entenderlos mejor y ellos les mienten menos acerca del seguimiento que están llevando con su diabetes. También refieren una mayor comunicación con sus padres y que ellos se muestran más empáticos con sus sentimientos y emociones. Inclusive, los pocos que reportaron no tener problemas con sus cuidadores respecto a su tratamiento, reportaron una mejor comunicación.

Me siento como que me comprenden más y eso me alegra mucho (Lorena, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Ahora hablamos más, no les miento acerca de lo que como o como me siento y siempre me apoyan (Sandra, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Casi no hablaba con mis papás, ahora sí (Joaquín, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Nunca he tenido mucho problema con ello, pero ahora creo que entienden un poco más las cosas y como me siento (Ana, sesión 12, 14 de junio, 2016).

En el aspecto respectivo a la autorregulación (de su diabetes y de las emociones), los participantes mencionaron tener un avance y controlarse un poco más. Sin embargo, que no todos lo han logrado. Comentaron estar más conscientes de la importancia de llegar a ella, por su salud y mencionan poner de su parte, aunque todavía consideran que se encuentran en camino hacia esta meta.

Antes era un poco difícil aceptar esto, pero después lo consideré bien y pude controlarlo mejor (Orlando, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Pues antes no me gustaba cuidarme, pero ahora me doy cuenta que estoy mal porque me sentía muy mal, es mi diabetes y ya me estoy cuidando (Celina, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Puedo controlarme más, pero me falta más trabajo (Carolina, sesión 12, 14 de junio, 2016).

No me regulé mucho, pero hice el intento (Aurora, sesión 12, 14 de junio, 2016).

La autoestima es un rubro que se encuentra aludido en los adolescentes con diabetes, pues en ocasiones se sienten señalados, por lo que resulta importante reforzarla. En este punto los jóvenes mencionaron sentirse más seguros y contentos consigo mismos, conocerse mejor y apreciar aspectos que tal vez antes no habían notado. Mencionaron con mayor facilidad sus características y habilidades al margen de la diabetes.

Soy muy social, agradable, responsable, soy fuerte y puedo lidiar con lo que la vida me ponga (Sandra, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Conozco más cosas sobre mí y me quiero mucho más (Ana, sesión 12, 14 de junio, 2016).

En lo referente a sus relaciones interpersonales, los adolescentes comentan haber observado el apoyo que tienen por parte de sus familiares y amigos. Reconocieron la importancia de éstos en sus vidas y todo lo que ellos les brindan. Asimismo, identificaron las diferencias que existen entre las personas, ya que no todos tienen las mismas características físicas, emocionales, habilidades e intereses, dándose cuenta que absolutamente todas las personas son diferentes. Hacer esta reflexión les sirvió para sentirse más seguros en sus relaciones interpersonales, pues llegaron a la conclusión de que no es la diabetes lo que señala la diferencia entre las personas, sino que las personas son diferentes en sí mismas. De igual forma identificaron las fortalezas que poseen para entablar relaciones interpersonales sanas.

No todos somos iguales y pensamos diferente, pero todos jugamos por lo mismo (Ana, sesión 14, 18 de junio, 2016).

Al inicio me sentía insegura por tener diabetes sobre todo porque las demás personas ignoran lo relacionado con esto y a veces te tratan diferente, pero ahora me siento mucho más segura porque sé que puedo hacer todo lo que las demás personas hacen (Sandra, sesión 14, 14 de junio, 2016).

En lo referente al rubro de *vida cotidiana sin diabetes* los jóvenes mencionaron en varias ocasiones que ellos son más que sólo diabetes y que están conscientes de todo lo que pueden hacer, independientemente de la situación de vida en la que se encuentran. Exploraron sus cualidades, gustos e intereses y pudieron mirar otros caminos diferentes. Mencionaron estar tranquilos en cuanto a la enfermedad e incluso llevarla más como una compañera de vida.

[...] te hace entender que vives con un padecimiento porque estará toda la vida, pero ya la miras como una amiga (Luis, sesión 14, 18 de junio, 2016).

A continuación, se presenta una tabla que muestra los promedios alcanzados del análisis de las puntuaciones proporcionadas por los adolescentes. Estos promedios, fueron obtenidos de las puntuaciones iniciales y finales, referidas por los adolescentes para cada temática en la actividad “los vagones del tren”, la cual ha sido desglosada en el apartado anterior (Evaluación del proceso de intervención desde la perspectiva de los adolescentes y sus cuidadores) y puede ser consultada en el anexo F.

En la tabla es posible observar que los adolescentes refieren un avance en todos los rubros; entre el 1.4 y el 2.5 de promedio. La temática mejor calificada fue la integración del grupo. Como se mencionó con anterioridad esta temática fue señalada por los adolescentes, como la más importante a trabajar. Asimismo, la autorregulación obtiene la menor calificación. Es probable que esto se deba a que a pesar de que han podido reflexionar acerca de esta y están más conscientes de la importancia que tiene para su salud, todavía consideran que se encuentran en proceso de lograrla.

Tabla 2

Percepción numérica de avance de los adolescentes, en temáticas trabajadas.

Aspecto a trabajar	Promedio puntuaciones iniciales	Promedio puntuaciones finales	Diferencia puntuación final e inicial
Integración	1.1	3.6	2.5
Relación con tus padres/cuidadores y el cuidado que tienen sobre ti	2.1	3.7	1.6
Autoestima y autoconocimiento	2.1	4.3	2.2
Autorregulación	2.2	3.6	1.4

Relaciones interpersonales	3	4.5	1.5
Vida cotidiana sin diabetes	2.1	3.7	1.6

Capítulo 5. Discusión

La diabetes se puede encontrar en todos los países. Las cifras mundiales cada vez son más alarmantes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013), si las tendencias siguen como hasta ahora, para el 2035 unos 592 millones de personas, o un adulto de cada 10, tendrán diabetes y estos incrementos tendrán lugar en regiones de países en desarrollo, cómo lo es México. Se espera que México para el 2035 sea el sexto país, a nivel mundial, con mayor número de personas con diabetes, con un total de 8.7 millones y para el 2035 ocupará el quinto lugar con 15.7 millones de personas. Estas cifras son impresionantes.

Como se mencionó con anterioridad, la diabetes tipo 1, aunque es menos común que la tipo 2, también está en aumento y cada vez afecta a más niños y adolescentes. Muchos de ellos, tienen dificultades para enfrentarse emocionalmente a su enfermedad (Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luziriaga Tomas, 2002) encontrándose cada vez más cansados de las presiones para que puedan seguir con su tratamiento.

La presente investigación tuvo como objetivo, proporcionar una intervención psicológica que promoviera una mejor adaptación emocional del adolescente con diabetes a su situación de vida, sin embargo; no cualquier tipo de intervención. White (2002) menciona que la mayoría de las veces nos familiarizamos con terapias que se relacionan con experiencias de desmoralización, fatiga y agotamiento, saturadas del problema. Por lo que se eligió un tipo de terapia que interviniera y brindara concepciones alternativas a los clientes, la terapia narrativa.

A lo largo de la investigación, los adolescentes con diabetes mellitus contaban historias saturadas del problema, que fueron transformándose en historias con finales alternativos que podían ayudarles a vivir su situación de vida, de forma diferente, como alguno de ellos mencionó, llevando la diabetes de la mano como amiga.

A pesar de tener un diagnóstico médico de diabetes mellitus, el cual, por razones evidentes no podría ser modificado, los participantes del grupo ya no querían ser mirados desde la óptica de la diabetes, querían ser vistos como personas con experiencias de vida mayores y mucho más grandes que solamente la diabetes mellitus tipo I, por lo que el ir narrando y deconstruyendo historias, también se convirtió en ir conociendo y conociéndose más a través de sus propios relatos. La conversación y la relación igualitaria entre terapeuta y paciente, les permitió ser los protagonistas de sus historias y tomar el control desde el inicio, partiendo aguas y señalando los temas que deseaban abordar con la intervención. Pues como Gergen y McNamee (1996, en Armenta, 2002) menciona, que el diagnóstico no es algo que se “descubre” sino algo que tiende a “crearse o construirse” a través del proceso de la conversación.

Los adolescentes se encontraban subyugados bajo un lenguaje de poder. El poder de las palabras, que ejercían los miembros de su familia, médicos, nutriólogos y demás personas relacionadas con su cuidado y/o tratamiento, al pensar y señalar constantemente la diabetes como representación del adolescente. Al separar claramente la distinción del problema “diabetes” de la distinción de la persona, se hizo posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción. Asimismo, hizo posible que los adolescentes se liberaran de este peso sobre sus hombros, sintiéndose con ello más libres y con identidad propia, separándose de la enfermedad (White, 1993).

Las conversaciones generadas a través de los juegos, permitieron generar un proceso deconstrutivo por medio del cual los adolescentes contemplaron su experiencia con mayor perspectiva, «escribieron historias más ricas» y sentaron las bases del cambio futuro (Payne, 2002). De igual forma estas conversaciones, giraban en torno a aspectos que ellos eligieron, como sus pasatiempos, relaciones interpersonales, gustos, secretos y travesuras, apoyando con

esto la identificación entre los integrantes y favoreciendo la cohesión e integración grupal, la cual fue una meta planteada al inicio por los mismos jóvenes. Es importante destacar que esta relación de camaradería fue llevada incluso fuera del proceso terapéutico, pues algunos generaron relaciones de amistad, e intercambiaron contactos telefónicos y redes sociales, que les permitieron además de una relación más cercana, un intercambio de experiencias y solucionar dudas de su tratamiento.

El uso de documentos, sin duda, favoreció el proceso de empatía de hijos a padres. De acuerdo con Payne (2002) los documentos terapéuticos, resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. La persona puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos y pueden o no ser para el uso privado de la misma. Después de la escritura de la carta hacia sus padres, (la cual no fue entregada) y del proceso de externalización, realizado previamente para el sentimiento que presentan cuando sus padres los presionan los jóvenes concluyeron la importancia que tiene todavía para ellos el cuidado de sus padres. Mencionaron que el apoyo que ellos les brindan es muy importante para que puedan llevar su tratamiento y refirieron entender mejor la postura de sus cuidadores. Al respecto Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomas (2002) comentan que los adolescentes cuyos padres permanecen implicados en el manejo de la diabetes de sus hijos durante la adolescencia, respetando el rol que a ellos les corresponde, presentan un mejor control metabólico, por lo que es necesario mantener la supervisión de los padres en el manejo de la diabetes durante la adolescencia y evitar o minimizar el conflicto padres-adolescente por ello.

La sesión realizada con padres e hijos en la cual las historias se contaron desde el otro rol (padres e hijos intercambiaron papeles durante la sesión) afianzaron la empatía de los padres

hacia sus descendientes, mostrando de manera palpable, las experiencias de vida que los adolescentes experimentan día con día y revelando con ello nuevas formas de relacionarse y caminos de esperanza hacia una mejor relación familiar.

Los adolescentes reconocieron que la autorregulación (en su tratamiento y de sus emociones), es un punto en el cual todavía hay mucho camino que recorrer, mencionaron que es una lucha constante y de día con día. Sin embargo, también refirieron que les fue posible reflexionar acerca de la importancia de esta y comenzar a realizar cambios. El grupo cumplió la función de testigos externos. White (1993) menciona la importancia de que las personas que narran y vuelven a narrar tengan un «público». En sus primeros escritos tendía a sugerir a las personas que identificaran a gente con la que les gustaría compartir las «narrativas revisadas» de sus vidas, en especial sus recién descubiertos éxitos en la lucha con el problema, fuera de la terapia. Podrían ser amigos, familiares etc. Los testigos externos pueden compartir sus propios recuerdos con la persona, no para cuestionar o restar importancia a su relato sino para reforzarlo con las resonancias que les produce.

Martínez Chamorro, Lastra Martínez y Luzuriaga Tomas (2002) también destacan la importancia de que los adolescentes con diabetes participen en grupos de apoyo emocional y de otra índole como campamentos para personas con diabetes, pues estos espacios brindan un mejor ajuste emocional, mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto en un mejor control metabólico.

Antes de la intervención psicoterapéutica, los adolescentes contaban historias dominantes acerca de su persona y sus relaciones interpersonales, relatos que giraban en torno a la diabetes y a como esta les hacía ser en ocasiones rechazados o señalados, llevándolos a esconderle a los demás, lo más posible, su condición de vida. Mencionando sentirse inseguros para entablar relaciones de amistad o para realizar algunas actividades. Cuando alguien viene a ver al terapeuta

es con frecuencia porque circunstancias terribles y/o complejas les han hecho llegar a conclusiones altamente negativas acerca de ellos mismos. Esto puede incluir comprenderse a sí mismos como “perdedores” o “desvalidos” o “merecedores de la infelicidad” o “locos” o cualquier cantidad de conclusiones de identidad problemática (Russell, y Carey, 2004).

La intervención psicoterapéutica a través de la terapia narrativa les permitió incorporar eventos para cuestionar dichas historias y ampliar sus discursos de manera tal que crearan relatos alternativos más sanos y adaptativos. La práctica de re-autoría está basada en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones. Siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas. Como tales, nuestras identidades no están hechas de una sola historia. Estamos compuestos de múltiples historias problemática (Russell, y Carey, 2004).

Los adolescentes identificaron características positivas y negativas de su persona, gustos e intereses, habilidades y aptitudes. Asimismo, identificaron las relaciones interpersonales con las que ya cuentan y el apoyo que estas redes les brindan. Todo esto aportó para poder co-construir historias alternativas y nuevos discursos.

Finalmente la búsqueda de acontecimientos extraordinarios, la externalización realizada por los adolescentes, los nuevos discursos matizados de historias alternativas, la empatía lograda en la relación padres e hijos, los momentos de reflexión a través de preguntas del panorama de la acción y de la experiencia, dieron como resultado adolescentes más seguros de sí mismos, con historias más sanas y adaptativas y que les llevaron a tener más visible la vida cotidiana que llevan teniendo a la diabetes como una compañera de vida.

5.1 Conclusiones

Los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, viven una vida cargada de presión por el tratamiento continuo al que se ven sometidos. Chequeos constantes, inyecciones diarias; médicos, enfermeras, nutriólogos, endocrinólogos, son personas con las que conviven cotidianamente; los cuidados de los padres o cuidadores directos y de la familia extensa, ser el foco de atención y que la mayoría de los temas de conversación giren en torno a tu cuidado y tratamiento, es sofocante sobre todo en la adolescencia, que resulta ser un momento en el desarrollo en el que se busca independencia.

Formar una identidad con un pasajero extra incluido en el viaje, la diabetes, teniendo que adaptarse a un doble camino, la adolescencia y la enfermedad, resulta ser doblemente complicado.

Los días y las noches de estos adolescentes se encuentran saturados de discursos dominantes relacionados con la enfermedad, perdiendo así identidad propia y pasando a relacionarse con los demás como si fueran solamente la diabetes misma.

Considero que un punto importante para el avance en el presente proceso terapéutico, es la relación que se entabló a través de la terapia narrativa, donde la figura del terapeuta, es vista desde un punto de igualdad y de acompañamiento, lo cual desvanece la jerarquía y el poder impuesto en relaciones establecidas anteriormente y coloca a los adolescentes en una posición, donde su voz es escuchada y valorada, pues ellos son los expertos en su propia vida. Esto a mi punto de vista, hizo que los jóvenes se sintieran cómodos y que el proceso terapéutico fluyera.

La búsqueda de historias alternativas y de acontecimientos extraordinarios permitió visualizar nuevas historias que infundieron esperanza con miras al futuro en los adolescentes. Sus narraciones complementaban historias de una sola cara, proporcionando nuevas alternativas

para su viaje, su vida. Al parecer el narrar y re-narrar historias les proporcionó elementos que se encontraban escondidos, habilidades, aptitudes, gustos e intereses que se estaban ocultos y que fueron tomando voz en sus historias.

A través de las conversaciones de reautoría, se crearon y co-crearon argumentos alternos en cuanto a sus relaciones interpersonales y la manera de relacionarse haciendo que los significados de los discursos cambien también y reconociendo con ello las redes de apoyo que tienen y el valor que poseen en su vida. El vislumbrar todas las características que poseen, independientemente de la diabetes e incorporarlas a sus discursos, marcó la pauta para mejorar su autoestima y sentirse más seguros en su vida cotidiana.

Asimismo, el compartir historias y opiniones y mirarse en el mismo tren, favoreció la identificación y con ello la integración grupal.

La externalización del sentimiento que poseían al ser constantemente cuestionados por sus padres, permitió a los adolescentes colocarlos fuera de sí mismos, para comprender mejor la emoción y analizarla desde fuera sin sentir culpas. Al sumarse los documentos terapéuticos como la carta se reforzó la empatía de los hijos a los padres, lo que les ayudó en la reflexión del porqué de las acciones de sus padres, llegando a la conclusión de la importancia de estos como supervisores en su tratamiento.

Las historias contadas desde un nuevo rol, afianzaron la relación padres e hijos y proporcionaron nuevos argumentos a los relatos antes contados, robusteciendo la relación empática entre ambos.

De igual forma, estas conversaciones apoyan en la toma de responsabilidad de los jóvenes, correspondiente a sus acciones y a su propio control, pues como varios de ellos mencionaron, es su diabetes y ellos son los que resultan afectados. Sin lugar a dudas, este es un

tema que costará aún más trabajo, sin embargo, creo que se tuvieron avances en este rubro, al lograr la reflexión de los jóvenes y el comienzo del camino hacia la meta.

Considero que los jóvenes tendieron nuevas rieleles para emprender diversos viajes y pudieron constatar que su vida cotidiana, no está llena solamente de la diabetes, sino que tienen muchísimas cosas que aportar a ellos mismos, sus familias y círculos en los que se desenvuelven.

Finalmente se puede decir que la terapia narrativa fue útil para la adaptación de los adolescentes con diabetes mellitus a sus diversas situaciones de vida pues permitió lo que ellos solicitaron en reiteradas ocasiones, ser escuchados y ser vistos de forma independiente a la diabetes mellitus, de igual forma les proporcionó nuevas alternativas para narrar sus historias y posicionarse como maquinistas de su propio tren o de su propia vida.

5.2 Limitaciones

Durante el proceso terapéutico, también fue posible encontrar algunas limitaciones, que deberían ser tomadas en cuenta. Las cuales se describirán a continuación.

La edad de los adolescentes fue un factor que fungió como una limitante. Esta se encontraba comprendida en un amplio rango, entre los 13 y los 17 años, lo cual provocaba en ocasiones diferencias en las formas de pensar y en los gustos e intereses, dando lugar a dificultades para la integración del grupo al inicio del proceso terapéutico.

Otro factor que actuó como limitante fue la rotación constante de los miembros del grupo terapéutico. Muchos de los adolescentes que participaron y que acuden normalmente a la asociación, viven fuera de la capital del estado, lo cual les implicaba viajar para las sesiones. Algunos viven en comisarías de Mérida y no se encuentran tan alejados, sin embargo; otros tienen su residencia en otros municipios. Esto complicaba su traslado, pues varios de ellos,

tenían que salir muy temprano para llegar a la hora de la sesión. Asimismo, algunos no conseguían transporte para salir de sus residencias y no podían llegar o lo hacían con retardo. Sin embargo, los adolescentes se portaban empáticos con sus compañeros y los apoyaban, comentándoles lo visto anteriormente.

Aunado a lo anterior se encuentra la situación económica; la diabetes es una enfermedad con un costo elevado, y esto dejaba a las familias con poca estabilidad económica. A esto se le suma, el vivir fuera de Mérida, lo cual trae consigo mayor coste, debido a los transportes que tenían que utilizar.

Finalmente, la asociación maneja un calendario de sesiones quincenal, debido a los factores anteriores. El espacio temporal alejado, en ocasiones interrumpía la continuidad de las sesiones, lo cual hacía que los participantes tuvieran menos reciente lo visto en la sesión anterior y se tuviera que ahondar más en ella, disminuyendo algunas veces, el tiempo efectivo de la sesión.

5.3 Sugerencias para investigaciones futuras

Las personas con diabetes mellitus tipo I, como todas las demás personas, viven diversas situaciones a lo largo de sus vidas; sin embargo, por las condiciones específicas de la enfermedad, manifiestan diversas necesidades y cambios a lo largo de su vida. Esta investigación permitió conocer sus puntos de vista y experiencias desde sus propias voces y con ello proporcionó directrices para investigaciones futuras.

Si bien la autorregulación fue un tema mencionado por los adolescentes para abordar en la intervención, fue también un aspecto en el que, a mi punto de vista, es necesario seguir ahondado. Conocer más a fondo las experiencias referentes a esta autorregulación y re-narrar

historias seguramente favorecerían la construcción de nuevos relatos. Considero que esta temática debería ser tratada a parte para poder dedicarle el tiempo suficiente y deconstruir aún más los relatos referentes a ésta.

Asimismo, considero que valdría la pena realizar más sesiones de padres e hijos, pues enriquecerían mucho los relatos y se trabajaría en conjunto, pudiendo con ello, tener avances más rápidos.

El trabajo con los padres también podría ser un área a abordar ya que también podrían verse favorecidos con un grupo de apoyo, en el que las experiencias de los demás enriquezcan las propias. De igual forma al realizar las pocas sesiones que se llevaron a cabo con ellos, estos expresaban abiertamente la necesidad de tener un espacio en dónde pudieran hablar de lo que les sucedía.

Finalmente creo que llevar el proceso con un co-terapeuta, abriría una nueva alternativa de trabajo y que enriquecería las sesiones con opiniones y puntos de vista diferentes, ampliando así las historias y co-construyendo con experiencias y diálogos diversos.

Referencias

- Almirón, M., Gamarra, S. y González M. (2005). Diabetes gestacional. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, (152) 23-27. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.pdf
- Ander-Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social IV. Técnicas para la recogida de datos e información*. Buenos Aires: Lumen.
- Armenta (Mejía), Javier. (2002). Proactividad y psicoterapia: Una visión narrativa/centrada en la persona. [En Segrera (Miranda), Alberto (Ed.); &Gómez del Campo (Estrada), José (Ed.); & Lafarga (Corona) Juan (Ed.), Carl Rogers: Una manera de ser (número especial)] *Prometeo: Fuego para el Propio Conocimiento*, (33), 27-35.
- Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M., Ugarte, F. y Willshaw, E. (2007). Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente. *Revista chilena Pediatría*, 78 (5), 534-541. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000500012&script=sci_arttext
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000500012&script=sci_arttext
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). Clasificación de la diabetes mellitus. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. 23-27. Recuperado de http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf
- Asociación Mexicana de Diabetes del Sureste. (2015). *Diabetes en números*. Recuperado de www.fmdiabetes.org.mx/sureste

- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En J. Navarro, A. Fuertes y T. Ugidos (Comps.): *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 211-245). Salamanca (España): Amarú.
- Builes, M. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (4) 463-475.
- Campillo Rodríguez, M. (1996). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1) 193-208.
- Campillo Rodríguez, M. (2001). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. Recuperado de <http://www.paginasprodigy.com/hipnosis-capaf/pdefes/Narrativa%20como%20alternativa%20Psicoterap%C3%A9utica.pdf>
- Campillo Rodríguez., M. (2007). El Uso de la Metáfora y la Terapia de Juego en la Conversación Externalizante Procesos Psicológicos y Sociales. Vol. 3 Año 2007 No. 1 y 2. Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver., México.
- Campillo Rodríguez, M. (s.f). Terapia Narrativa de juego. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/09/Terapia-narrativa-de-juego.PDF>
- Castillo I., Ledo H. y Pino Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 10 (4), 59-66.
- Castro Cabeza, G., Rodríguez Chamorro, I. y Ramos Mejía, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2 (2), 147-150.
- Chase, P. (2008). Un primer libro para entender la diabetes. Estados Unidos de América:Children´s Diabetes Foundation.

- Cruz Roja Mexicana para la Juventud. (2012). Diabetes. A todos nos puede dar. Recuperado de http://www.planetaj.cruzrojamexicana.org.mx/pagnacional/secciones/Juventud/Contenido/PlanetaJ/diabetes_mellitus.htm
- Dreher, J. (2012). Fenomenología: Alfred Schütz y Thomas Luckman. En De la Garza, E.; y Leyva, G. (2012). *Tratado de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <http://www.socialsciencesmeditationnews.org/weblog/wp-content/uploads/2013/08/Fenomenologia-y-Sociologia-Drecher.pdf>.
- Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la terapia constructivista y construccionista*. Chile: CIPRA Círculo de Psicoterapia Constructivista. Recuperado de <http://cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). ATLAS de la Diabetes de la FID 6ª edición. Recuperado de www.idf.org/diabetesatlas.
- Freeman, J., Epston, D y Lobovits, D. (2010). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. España: Paidós.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. España: Universidad EAFIT.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria*, 3, 13-45.

Gobierno del estado de Yucatán. (2013). Plan Estatal de Desarrollo 2012-2018.

México: Autor

International HIV/AIDS Alliance. (2002). *Una Guía para Facilitadores de Talleres*

Participativos con ONGs/OBCs que Trabajan en VIH/SIDA. Recuperado de

http://www.aidsalliance.org/assets/000/001/048/fgs0302_Facilitators_guide_sp_origina1.pdf?1413459083

Ledón Llanes, L. (2012). Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tlng=en.

López De Martín, S. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Martín, E., Querol, M., Larsson, C. y Renovell, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Diabetología*, 23(2): 88-93. Recuperado de <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/23-2.pdf#page=18>

Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 15, 63-67.

Martínez Chamorro, M., Lastra Martínez, I. y Luzuriaga Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 42 (180) 114-119.

Martínez Martínez, B. y torrez Velázquez, I. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Psicología y Salud*, 17 (2) 229-240.

Martínez-Taboas, A. (2012). La narrativa como guía de vida: las psicoterapias narrativas.

Ciencias de la conducta, 27 (1), 81-102. Recuperado de

http://www.albizu.edu/Portals/0/Documents/cau/sju/Revista/2012/6_La_Narrativa_como_Gu%C3%ADa_de_Vida.pdf

Mendoza Romo, M., Velasco Chávez, J., Nieva de Jesús, H., Andrade Rodríguez, H., Rodríguez Pérez, C. y Paulou Fraga, E. (2013).

Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético.

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51 (3) 248-250.

Merlinsky, G. (2006, Diciembre). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: notas para una pedagogía de la investigación. *Revista Cinta de Moebio:*

Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales, 27, 27-33. Recuperado de

http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2197&clave_busqueda=157274

Naranjo, D. y Hood, K. (2013). Problemas psicológicos en los niños con diabetes.

DiabetesVoice, 6 (especial), 38-40.

Novato, T, Grossi, S., & Kimura, M. (2008). Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes

com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 562-

567. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400005>

Nutre y mueve tu vida. (2015). Recuperado de 2015.

<http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/nutre/somos.php>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria

Universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Luxemburgo: Autor.

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Temas de salud. Enfermedades crónicas.
 Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011) *Informe sobre el Sistema de Salud en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México: Autor.
- Ortiz Parada, M. (2006). Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia psicológica*, 24 (2) 139–148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>
- Ortiz Parada, M. (2008). Estabilidad de la Adherencia al Tratamiento en una Muestra de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia psicológica*, 26 (1), 71-80. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100006
- Ortiz, M. y Ortíz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133 (3) 307-313.
- Pavan, P., Barbosa, M. y Fernández, G. (2011). Fenomenología. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 15 (29), 9-15. Recuperado de <http://www.index-f.com/cultura/29pdf/29-009.pdf>
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. España: Paidós.
- Pineda, N, Bermúdez, V, Cano, C, Ambard, M, Mengual, E, Medina, M, Leal, E, Martínez, Y, & Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17.

Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100003&lng=es&tlng=es.

- Pinillos Díaz, J. (2002). Posmodernismo y psicología. Una cuestión pendiente, *Anales de psicología*. 18(1), 1-11.
- Rioja, M. y Pinto, B. (2008). Terapia narrativa aplicada a un niño con problemas de conducta “Andrés el travieso”. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 6(1), 61-79. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000100004&lng=es&tlng=es.
- Ramírez Villaseñor I. (2005). La narrativa del paciente como herramienta terapéutica. *Pan American Family Medicine Clinics*, 1, 59-66.
- Rodríguez, M. (2014). *Investigación cualitativa. El método de la doble pregunta y las siete llaves del conocimiento cualitativo*. Guatemala: Fundación para la investigación científica y el desarrollo de la tecnología.
- Rozo Castillo, J. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿Tiene algún sentido la terapia? Recuperado de <http://www.psicologiainvestigativa.com/construccionismo-social-terapia/>
- Russell, S. y Carey, M. (2004). Re.autoría: Respuestas a las preguntas más frecuentes. *En Narrative Therapy*. Adelaide: Dulwich Centre Publications,
- Russell, S. & Carey, M. (2002). Externalising – commonly asked questions. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2. Recuperado de <http://dulwichcentre.com.au/articles-about-narrative-therapy/externalising/>

Salvador Ortiz, M. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psykhe (Santiago)*, 13(1), 21-31.

Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282004000100002.

Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego. 2da edición*. México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud de México. (2007). *Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Autor.

Secretaría de Salud y Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2008). *Tomando el control de mi diabetes*. México: Autor.

Sepúlveda Ramírez, M., Alcaíno Maldonado, C. y García Acuña G. (2012). Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas. Juegos, imágenes, diálogos. Chile: Andros impresores Recuperado de http://www.psicojuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios_psicoterapia_evolutiva_constructivista_ninos_adolescentes.pdf

Sociedad Mexicana de Nutrición y endocrinología. (2007). Diagnóstico de diabetes en los niños. México: Autor Recuperado de <http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/diagnostico%20diabetes%20en%20los%20nios.pdf>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y familia*, 16 (1).

- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas. Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14 (3), 511-532. Recuperado de [http://www.fesna.org/pdfs/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS%20\(texto%20margarita%20tarragona\).pdf](http://www.fesna.org/pdfs/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS%20(texto%20margarita%20tarragona).pdf)
- Tarragona, M. (2008). Postmodern/poststructuralist therapies. En J. L. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies* (pp. 206- 236). New York: Wiley
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Calidad en la educación superior*. 3 (1), 119-139.
- Villalobos Pérez, A. Brenes Saenz, J, Quiros Morales, D. y León Sanabria, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de costa rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), 31-38.
- Weismann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 35 (6) 1-7. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF
- White, M. (1997). Terapia Narrativa y Posestructuralismo. En Dulwich Center Publications (Trad.), *Narratives of Therapists' lives*, (pp. 220-235). Australia (Trad.). Disponible en sitio web: www.dulwichcentre.com.au/terapia-narrativa-y-postestructuralismo.pdf
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.
- White, M. (2005). Workshop notes. Dulwich Centre, Recuperado de www.dulwichcentre.com.au.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Zlachevsky, A. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación.

Revista Limite 10. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83601003>

Apéndice A

Externalización

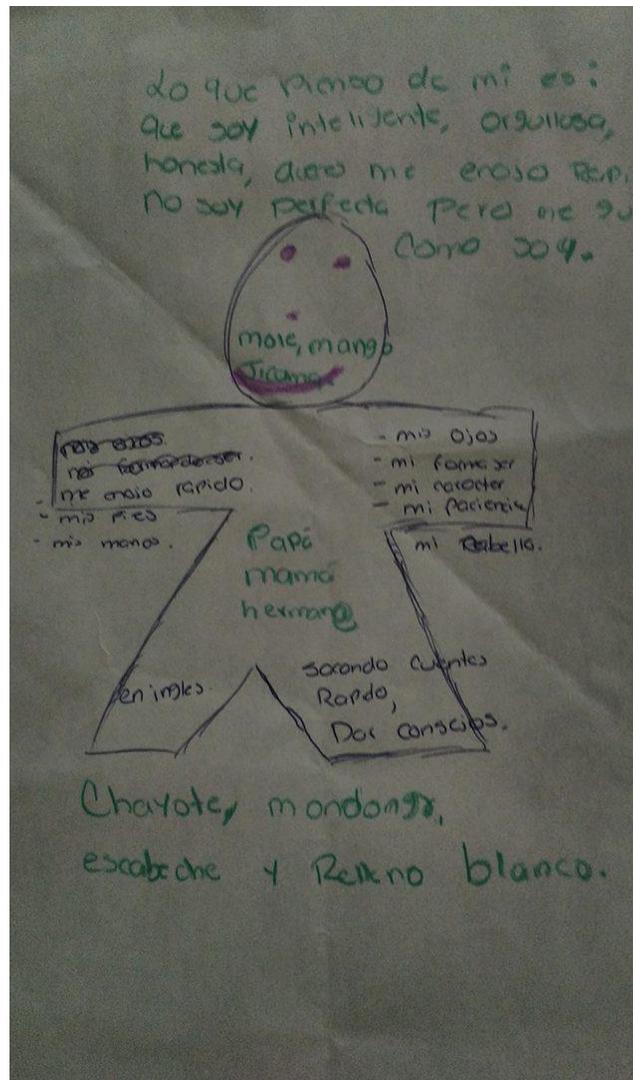
Dibujo de sentimiento ante presión de los padres, de un adolescente con diabetes mellitus I.



Apéndice B

Silueta

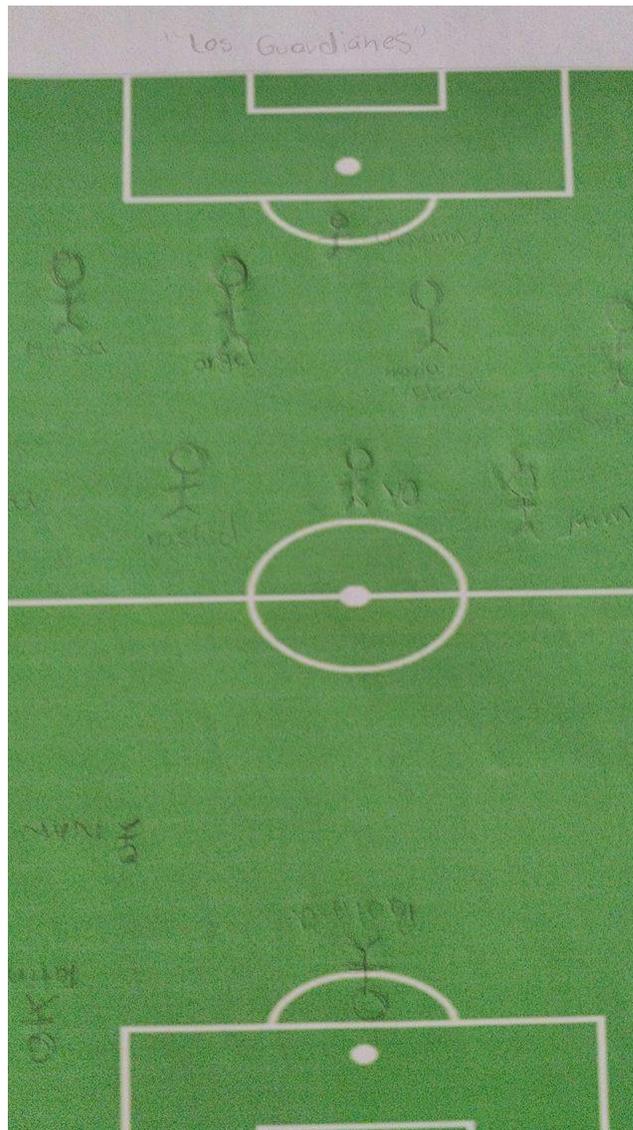
Dibujo de silueta con gustos e intereses de una adolescente con diabetes mellitus I



Apéndice C

El partido

Representación de redes de apoyo y relaciones interpersonales de una adolescente con diabetes mellitus I



Apéndice D

Guía de preguntas para relaciones interpersonales

1. ¿Cuántos jugadores tienes en tu lado de la cancha?
2. ¿Quiénes son estos jugadores?
3. ¿Quiénes están en el otro lado de la cancha?
4. ¿Cómo es tu relación con los jugadores de tu equipo?
5. ¿Cómo es tu relación con los jugadores del otro equipo?
6. ¿Qué posición jugarías y por qué?
7. ¿Cuáles son los puntos fuertes de esa posición?
8. ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta tu posición que favorecerán el partido?
9. ¿En qué se diferencian los jugadores?
10. ¿Cómo esas diferencias aportan al partido?
11. ¿Qué te dice de ti los partidos que juegas diariamente?

La presente guía fue elaborada con base en el mapa de conversaciones de re-autoría que integran preguntas del panorama de la acción y de la conciencia. Para esto se realizaron revisiones a lo planeado por Russel y Carey (2004); White (2005) y Tarragona (2008).

Apéndice E

Guía de evaluación de la experiencia terapéutica

Aspectos a evaluar	Definición
<i>La terapia como asociación o en conjunto</i>	El proceso terapéutico es un esfuerzo conjunto entre los clientes y los terapeutas.
<i>Valorando la multiplicidad de voces o perspectivas</i>	Se incorporan diferentes perspectivas o voces en terapia, mediante el uso de preguntas o de personas en la terapia.
<i>El cliente como estrella</i>	El cliente es el protagonista del proceso terapéutico. El cliente es visto como el experto en su propia vida. El terapeuta trata de no asumir el papel de un experto.
<i>Transparencia</i>	Los terapeutas deben hacer todo lo posible para estar libre de prejuicios en sus encuentros con clientes. Aunque es imposible no tener valores personales, opiniones o preferencias, el terapeuta debe ser abierto sobre éstos cuando son relevantes para la terapia.
<i>Agente personal</i>	El terapeuta debe respetar y animar al cliente ser capaz de tomar decisiones y actuar en su vida. A menudo utilizan la metáfora de "estar en el asiento del conductor de la propia vida.

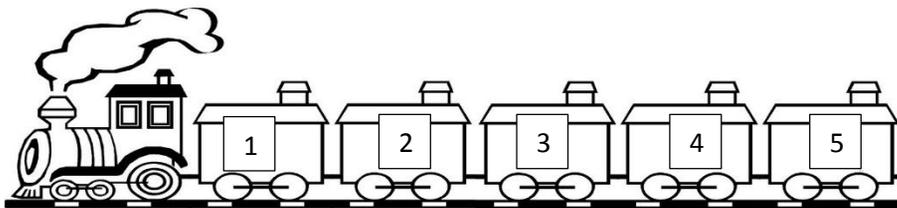
La presente guía fue elaborada con base en las características planteadas por Tarragona (2008) de las terapias posmodernas y narrativas. Específicamente se tomaron en cuenta las correspondientes a la relación terapéutica.

Apéndice F

Los vagones del tren

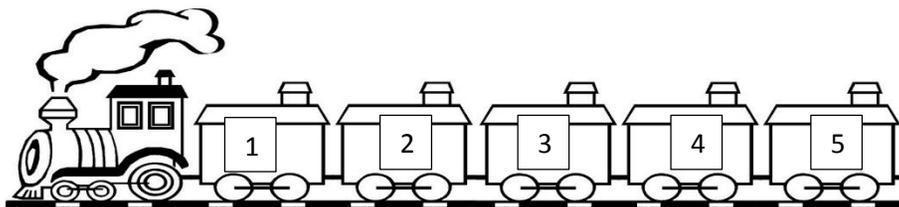
Los siguientes trenes representan los temas que tú, junto con el grupo, decidieron trabajar a lo largo del proceso la intervención terapéutica. Como puedes ver, cada tren tiene 5 vagones, numerados de 1 al 5. El vagón número 1, representa la puntuación más baja y el 5 la puntuación más alta. Escribe una I, en el vagón dónde consideras que te encontrabas (en cada tema), al iniciar el proceso terapéutico y un F donde consideres que te encuentras al finalizar el mismo. Junto a cada tren hay un espacio en el cual podrás escribir una reflexión acerca del porqué de la puntuación que te otorgaste. Es importante señalar que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que te pido seas lo más sinceramente posible. Gracias.

LOS VAGONES DEL TREN

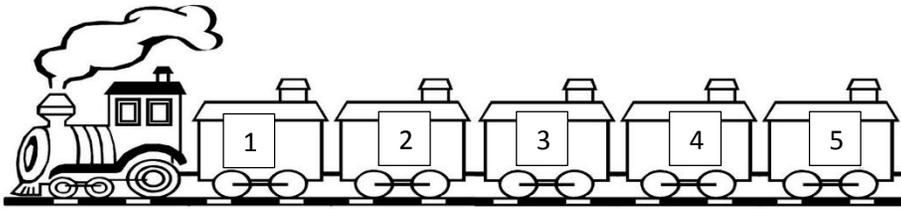


INTEGRACIÓN

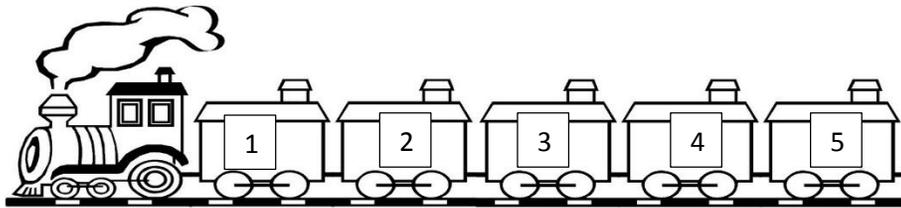
RELACIÓN CON TUS PADRES/ CUIDADORES Y EL CUIDADO QUE TIENEN SOBRE TI



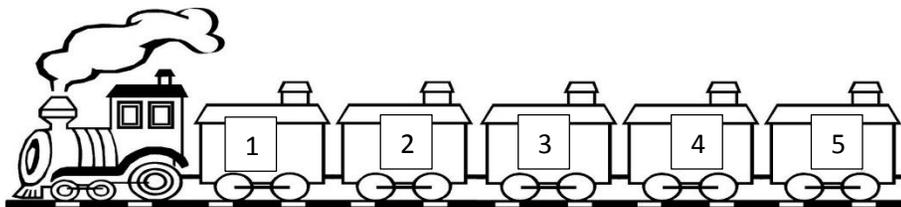
AUTOESTIMA Y AUTOCONOCIMIENTO



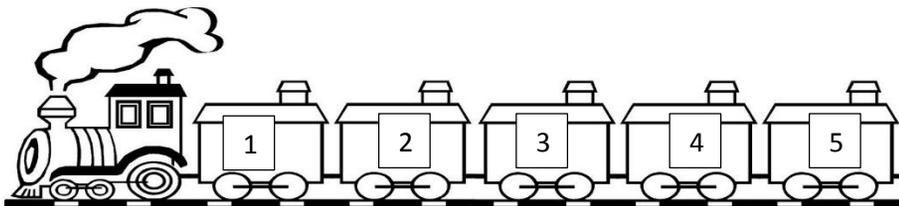
AUTORREGULACIÓN



RELACIONES INTERPERSONALES



VIDA COTIDIANA SIN DIABETES



Apéndice G

Certificado



Certificado de Excelencia

Se concede a

Por ser el

MAQUINISTA DE SU PROPIO DESTINO

_____ *Fecha* _____ *Firma*

www.ParaImpedirGratis.com

Apéndice H

Cartas descriptivas

Taller con adolescentes. Sesión 1. Exploración

Objetivo general. Conocer a los participantes y propiciar un ambiente de confianza y calidez entre los miembros.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Registrar el número de asistentes.	Registro	Anotarán su nombre en las listas y se colocarán sus gafetes. Toma de temperatura.	Plumones, etiquetas, listas de asistencia y bolígrafo Se preguntará a los participantes cómo han llegado a la sesión y como se sienten.	10 min
Conocer el objetivo y finalidad de las sesiones grupales que se llevarán a cabo.	Explicación de la finalidad del grupo	La facilitadora dará una breve explicación acerca de la finalidad del grupo y se habla de la importancia de la confidencialidad y el respeto que se deberá llevar en las sesiones.		15 min
Facilitar un ambiente de confianza en el grupo	Presentación Artista favorito	Los adolescentes escogerán a su artista favorito. Se presentarán diciendo su nombre, cuál es su artista favorito y dirán por qué les gusta dicho artista.	Ninguno	20 min
Conocer a los participantes e iniciar la narración de sus historias de vida.	Máscaras	Los adolescentes realizarán una máscara y la adornarán con lo que consideren les representa. Al finalizar expondrán en plenaria dicha máscara.	Hojas en blanco, tijeras, plumones y colores	60 min

Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión Termómetro.	Se les preguntará con que se van y como se sienten. Asimismo, se toman acuerdos acerca de los tiempos que se respetarán y se habla de la siguiente vez que nos veremos.	Ninguno	15 min
----------------------	------------------------------------	---	---------	--------

Taller con adolescentes. Sesión 2. Exploración

Objetivo general. Conocer las experiencias de los participantes a partir de que se enteraron que tenían diabetes.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Registrar el número de asistentes.	Registro	Anotarán su nombre en las listas y se colocarán sus gafetes. Toma de temperatura.	Plumones, etiquetas, listas de asistencia y bolígrafo Se preguntará a los participantes cómo han llegado a la sesión y como se sienten.	10 min
Facilitar a través del dibujo la remembranza de su historia con la diabetes.	Mi dibujo	Se pedirá a los participantes que hagan un dibujo suyo el día que se enteraron que tenían diabetes.	Hojas en blanco, lápices y colores.	20 min
Conocer la historia de los participantes desde que se enteraron que tenían diabetes.	Mi historia con mi amiga la diabetes	Los participantes tomarán de base el dibujo anterior y narrarán en plenaria la historia de su vida a partir de que se enteraron que tenían diabetes.	Reportera	60 min
Identificar las temáticas de interés del grupo de adolescentes para poder abordarlas en las sesiones posteriores.	Síntesis	Se pedirá a los participantes que escriban en un rotafolio los temas que descubrieron tienen en común las historias, así como los temas principales que les gustaría sean abordados en las sesiones posteriores.	Hojas y lápices	20 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	10 min

Cartas descriptivas de la intervención

Sesión 1. Sábado 19 de enero de 2016

Objetivo general. Generar en los participantes el fenómeno de membresía grupal.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Romper el hielo y generar un clima de apertura y trabajo en equipo. Reflexionar acerca del nivel de integración que tienen como grupo.	A ciegas	Los integrantes caminarán con los ojos cerrados por el espacio, teniendo un líder que los guiará. El líder será el único que tendrá los ojos abiertos. Y podrá decirle al compañero que viene detrás, las indicaciones pertinentes, las cuales se irán pasando de uno en uno. Al finalizar se realizará una reflexión de la actividad.	Ninguno	20 min
Mejorar la integración grupal.	Nombre del grupo	Los integrantes inventarán un nombre para llamar al grupo. La única consigna es que todos deberán estar de acuerdo.	Hojas y lápices	30 min
Mejorar la integración grupal.	Logotipo	Los participantes realizarán un logotipo del grupo, con base en el nombre que eligieron.	Hojas, lápices y colores	20 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	20 min

Sesión 2. Sábado 30 de enero de 2016

Objetivo general. Promover la integración de los adolescentes con diabetes mellitus como grupo.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Romper el hielo y generar un clima de apertura y trabajo en equipo.	Chismógrafo	Los participantes se sentarán por parejas y de espaldas a estás. Deberán responder una serie de preguntas de su pareja sin mirarla. Lista de preguntas: ¿Cuál es su nombre? ¿De qué color es su playera? ¿Tiene uñas largas o cortas? ¿Tiene aretes? ¿Usa reloj? ¿Qué zapatos tiene	Hojas y bolígrafos	20 min
Mejorar la integración grupal. Propiciar la plática entre ellos y el conocimiento	Las firmas	Los participantes deberán recolectar firmas de sus compañeros dependiendo de la consigna que se les pida, por ejemplo: 3 firmas de personas a las que les guste las hamburguesas, 1 firma de persona tímida, 2 firmas de personas que tengan hermanos etc. Al finalizar el tiempo debieron recolectar el número de firmas solicitadas.	Hojas y bolígrafos	30 min
Propiciar el conocimiento de los demás integrantes del grupo.	Yo siempre siempre o yo nunca nunca	Los participantes deberán hacer afirmaciones de su vida cotidiana o “secretos” y las personas que hayan hecho lo que el participante dijo, deberán ponerse de pie. Por ejemplo: yo siempre siempre juego futbol o yo nunca nunca he bebido.	Ninguno	25 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 3. Sábado 20 de febrero de 2016

Objetivo general. Externalizar el sentimiento que los participantes presentan cuando son presionados por sus padres, debido a su situación de vida.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Establecer las normas que regirán el grupo.	Reglamento	Los participantes a través de una lluvia de ideas elaborarán el reglamento de acuerdo a las acciones o actividades que realicen.	Hoja plumones	10 min
Crear un clima de participación y caldear la sesión.	Caminar y sentir	Los participantes deberán caminar por el espacio en diferentes direcciones y seguir la instrucción del terapeuta para ir cambiando de ritmos. Es importante cuidar el recorrido propio para evitar chocar con alguien más.	Ninguno	10 min
Mejorar la integración grupal. Propiciar la plática entre ellos y el conocimiento. Deconstruir historias.	Los múltiples	Los participantes mencionarán múltiples de números elegidos al azar; el participante que se equivocará, dudara o no respondiera correctamente, será acreedor de un cuestionamiento por parte de grupo. Estos cuestionamientos girarán en torno a su vida cotidiana, podrán ser “secretos” o aspectos no tan comunes.	Ninguno	10 min
Externalizar el sentimiento que tienen en torno al control que los padres ejercen sobre ellos por su situación de vida.	Externalización	Los participantes darán forma y nombre a lo que ellos sienten cuando sus padres los presionan con la forma en cómo ellos llevan su tratamiento. Al finalizar compartirán en grupo su dibujo y hablarán de él.	Hojas en blanco y de colores, plumones, lápices, borrador, tajador, colores.	30 min
Reflexionar acerca de la externalización.	Reflexión	Los participantes escribirán los pros y los contras de que, lo que dibujaron, se apodere de ellos y se realizará una breve plenaria.	Hojas y lápices	20 min

Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	10 min
----------------------	---------------------	--	---------	--------

Sesión 4. 27 de febrero de 2016

Objetivo general. Adoptar la función de responsable de su propio cuidado (los adolescentes).

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	10 min
Trabajar en equipo.	Los barcos	Se colocarán periódicos en el piso. Los participantes deberán caminar sobre ellos cada vez que escuchen la palabra barcos. Las hojas de periódico irán disminuyendo en número y en tamaño, de manera que al final todos tengan que quedar en una hoja de periódico. Para ello es indispensable trabajar en equipo.	Hojas de periódico	20 min
Devolver las funciones y la responsabilidad a cada participante en la relación padre. Hijo	Cartas de despedida	Los participantes escribirán una carta a sus padres, en la cual agradecerán lo que han hecho por ellos hasta ahora, como cuidarlos y velar por su salud y aceptarán la responsabilidad de su propio cuidado.	Hojas y bolígrafos	40 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 5. Sábado 05 de marzo de 2016

Objetivo general. Mejorar la integración grupal.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Crear un clima de participación y caldear la sesión.	Pasa la bola	Una pelota pequeña pasará de una persona a otra. Cuando la pelota llegue a sus manos deberán comentar cómo se sienten ese día.	Pelota	15 min
Mejorar la integración grupal. Propiciar la plática entre ellos y el conocimiento grupal.	El círculo de la confianza	Se forma un círculo con las personas que se encuentran y uno de los integrantes se coloca al centro de él, con los ojos cerrados. Los demás integrantes deberán colocarse cerca o lejos de él, dependiendo de qué grado de afinidad sientan hacia esa persona, ya sea más o menos afinidad. Después uno de los integrantes caminará frente al otro y lo mirará a los ojos. Al escuchar la palabra cambio deberán pasar frente a la otra persona para realizar la misma actividad y así los harán todos los participantes. Al finalizar se realizará una plenaria acerca de cómo se sintieron y qué es lo que pudieron observar.	Ninguno	30 min
Propiciar el conocimiento de los demás integrantes del grupo. Deconstruir historias.	Papa caliente	Se tomará una pelota que pasará de mano en mano. Una persona ajena al círculo y con los ojos cerrados dirá la frase papa caliente de forma seguida, mientras los demás integrantes se pasarán la pelota. Cuando se mencione se quemó la papa, la persona que tenga la pelota en las manos narrará una parte de su historia o responderá una pregunta que los demás integrantes le realicen. Las preguntas girarán en torno a la relación con sus padres con base a su situación de vida.	Pelota	30 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 6. Sábado 19 de marzo de 2016

Objetivo general. Encontrar argumentos alternativos a la historia de presión de los padres hacia los participantes.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	15 min
Mejorar la integración grupal. Propiciar la plática entre ellos y el conocimiento grupal.	Características positivas	Se forma un círculo con las personas que se encuentran, un integrante caminará al frente del otro y le tendrá que decir una característica positiva que ha observado en él o que le gusta de esas personas. Se tendrá que hacer con todos los integrantes.	Ninguno	10 min
Encontrar argumentos alternativos a sus historias.	Reflexionando	Se pedirá a los adolescentes que lean las cartas escritas previamente. Después escribirán una relación de aspectos por los cuales consideran que sus padres los presionan, asimismo escribirán cuál consideran que es la responsabilidad que ellos tienen esta relación y qué es lo que pueden hacer para reducir esta presión por parte de sus padres. Al finalizar deberán compartir lo escrito.	Hojas Lápices	30 min
Identificar acciones para el cambio	Milagro	Se planteará a los participantes la pregunta: ¿Cómo notarían ustedes que sus papás han cambiado? ¿Qué es lo que ellos harían que a ustedes les dejaría ver el cambio? Se pedirá que los escriban en y después platicarlo en plenaria.	Hojas Lápices	20 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 7. Sábado 16 de abril de 2016

Objetivo general. Compartir sus historias de vida con otras personas con la finalidad de deconstruirlas.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	10 min
Formar equipos. Mejorar la integración grupal.	Las balsas	Se pedirá a los participantes que caminen en diferentes direcciones y se pondrá en el piso hojas de periódico. Se les dirá que cuando pare la música ellos tendrán que ocupar una hoja. Nadie puede encontrarse fuera de la hoja de periódico porque perderían. Las hojas de periódico irán reduciendo y/o disminuyendo de tamaño. Al final deberán quedarse todos en una hoja de periódico y deberán organizarse de tal manera que todos entren en ella.	Ninguno	20 min
Encontrar argumentos alternativos a sus historias.	Mi historia con la diabetes.	Se pedirá a los participantes que elaboren por equipos una historia que hable acerca de la relación de ellos con sus padres tomando en cuenta la situación de vida que presentan (diabetes mellitus) La historia debe plasmar cómo ellos se sienten y que solución podrían dar. Cada historia deberá escribirse para que alguien más pueda leerla y mirar el proceso que ellos viven Al finalizar las historias serán compartidas en plenaria.	Hojas de colores Lápices	45 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 8. Sábado 23 de abril de 2016

Objetivo general. Devolver a los padres la información obtenida durante la fenomenología.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	15 min
Informar a los padres de familia acerca de la información obtenida en la fenomenología.	Exposición de puntos importantes de la fenomenología	El facilitador expondrá la información obtenida durante la fenomenología y la forma de trabajar con los adolescentes. Asimismo, resolverá las dudas que los padres de familia tengan en cuanto al trabajo que se está realizando.	Proyector multimedia Lap top	60 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 9. Sábado 7 de mayo de 2016

Objetivo general. Favorecer la autoestima en los adolescentes con diabetes mellitus

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	10 min
Mejorar la confianza entre los integrantes del grupo	Carritos y conductores	Los participantes se formarán en parejas. Uno de los integrantes de la pareja cerrará los ojos y será el carrito, el otro integrante será el conductor. El conductor llevará al carrito por todo el espacio. Los conductores no podrán hablar, por lo que tendrán que ponerse de acuerdo con anticipación. Después cambiarán de rol, de tal forma que ambos integrantes de la pareja sean carritos y conductores.	Ninguno	15 min
Favorecer el autoconocimiento y el auto aceptación, bases de la autoestima.	Mi silueta	Se pedirá a los integrantes que dibujen una silueta en la hoja. Seguidamente se pedirá que respondan a las siguientes preguntas: En la mano derecha ¿Qué es lo que más te gusta de ti ¿ En la mano izquierda ¿Qué es lo que menos te gusta de ti? En el pie derecho, escribe algo para lo que eres muy bueno o muy hábil. En la pierna izquierda, escribe algo para lo que no eres tan bueno. En la parte del estómago, escribe mínimo 3 personas que son importantes para ti y que para ellos también eres importante. En la parte de la cara o la boca, escribe lo que más te gusta comer. En la parte de debajo de los pies, escribe lo que más odias comer. En la parte de la cabeza, completa la siguiente frase: lo que pienso de mí es _____	Hojas Lápices Colores Plumones	20 min

<p>Formar equipos. Mejorar la integración grupal.</p>	<p>Las balsas</p>	<p>Se les contará a los participantes, que se encuentran en un barco y que ese barco naufragó. Para que puedan salvarse es necesario que construyan balsas. Las balsas podrán construirse con un número determinado de integrantes. Si se piden balsas de 5, deberán agruparse en equipos de 5 personas; si se les pidieran balsas de 3, se agruparán en balsas de 3 personas y así sucesivamente. Los participantes caminarán en círculo hasta escuchar la instrucción para armar sus balsas. Cuando se mencione la palabra tormenta deberán cambiarse de lugar.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>20 min</p>
<p>Reforzar al auto concepto y trabajar la autoaceptación. Deconstruir historias</p>	<p>Mi historia con la diabetes.</p>	<p>Se pedirá que compartan con sus parejas las siluetas hechas con anterioridad y que identifiquen si les costó responder alguna pregunta y por qué. Deberán compartir si alguna recuerda alguna situación en específico.</p>	<p>Hojas con siluetas.</p>	<p>25 min</p>
<p>Finalizar la sesión.</p>	<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>10 min</p>

Sesión 10. Sábado 14 de mayo de 2016

Objetivo general: Favorecer la empatía de padres a hijos y de hijos a padres en relación a las situaciones de vida que se presentan alrededor de la diabetes mellitus tipo I.

Objetivo	Actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo
Llevar un control de los asistentes al taller y que estos se conozcan.	Registro y bienvenida	Se realizará el pase de lista, se procederá al cobro de la cuota de la asociación y se pondrán una etiqueta con su nombre. Que cosas diferentes piensas ahora Chicos cambio en algo tu pensamiento	Lista bolígrafos	15 min
Conocer la percepción que tienen los padres de familia acerca del cuidado de sus hijos hacia sí mismos con respecto a su situación de vida.	Hoja de evaluación	Se proporcionará una hoja a los padres con la siguiente pregunta: ¿Qué piensas del cuidado que tiene tu hijo (a) consigo mismo en relación con la diabetes? Asimismo, se proporcionará una hoja a los chicos con la siguiente pregunta: ¿Qué piensas del trato que tienen tus padres hacia ti en relación a tu diabetes?	Hojas con preguntas Bolígrafos	5 min
Conocer a los integrantes del grupo con el que se trabajará y que éstos se conozcan entre sí.	Presentación y Cambio de roles	Los participantes dirán su nombre y cómo les gusta que les digan. Asimismo, dirán papá o hijo de quien son. Al finalizar la presentación se dará la instrucción de realizar un cambio de roles, es decir los padres pasarán a ser los hijos y los hijos serán los padres durante las actividades que se realizarán, hasta que se les avise de lo contrario. Lo primero que tendrán que hacer es chequearse su nivel de insulina	Glucómetro Pluma Tiras Lancetas Jeringas	10 min

		e inyectarse (solamente se introducirán la aguja, sin ninguna sustancia).		
Facilitar un ambiente de colaboración y cooperación entre los miembros.	El nudo	Los participantes se tomarán de las manos formando un círculo. Seguidamente se enredarán sin soltarse. Un padre e hijo (a) se quedarán fuera del círculo y no mirarán la forma en cómo se anudaron los demás integrantes. Su tarea será desenredar el nudo.	Ninguno	20 min
Lograr la empatía de padres a hijos en una situación tan cotidiana como es la comida.	Desayuno	Se servirá un pequeño refrigerio el cual constará de papas fritas, refrescos, agua y verduras precocidas. Se pedirá a los padres que coman solamente las verduras y el agua. Los hijos en el papel de padres podrán comer papas y beber refrescos.	Papas Verduras precocidas Refrescos Vasos	20 min
Trabajar la empatía de padres a hijos.	Segundo chequeo	Se realizará la segunda medición de la glucosa por parte de los padres y la segunda inyección.	Glucómetro Pluma Tiras Lancetas Jeringas	5 min
Lograr la empatía de padres a hijos en relación a la situación de vida (diabetes).	Role playing	Se pedirá a los participantes que formen equipos (4 personas; 2 padres y 2 hijos) y representen una situación cotidiana en casa en relación con la diabetes y la situación de vida. Se les proporcionará 10 min para preparar su role playing y durante 20 min podrán pasar los equipos a representar su situación. Esta situación deberá tener una solución diferente a la que normalmente tiene.	Ninguno	30 min
Trabajar la empatía de padres a hijos.	Tercer chequeo	Se realizará la tercera medición de la glucosa por parte de los padres así como la correspondiente inyección.	Glucómetro Pluma Tiras Lancetas Jeringas	5 min

	<p>Vasijas de luz</p>	<p>Para comenzar la creación de la "vasija de la esperanza o de luz" se cuenta una historia acerca de que todos nacemos con una luz que brilla en nosotros que se va tapando con los problemas. Al terminar se modela una vasija con plastilina, con un pequeño agujero en el fondo para dejar pasar la luz.</p> <p>Proceso y preguntas: se llena la vasija con piedritas que representan a los problemas o situaciones complicadas en relación a la diabetes, hechas de plastilina negra o café o del color de los problemas, que se van colocando en la vasija nombrando lo que problema hace: ¿qué nombre le daría?, ¿cómo es un problema en la vida del adolescente?, ¿cómo se presenta? Y se cuentan historias acerca de cómo afecta su vida. Se va llenando la vasija hasta que no pasa luz. Una vez nombrados lo problemas y creadas las piedritas, el segundo paso se anuncia: ¡la hora de vaciar la vasija llegó! Se pone entre las manos y se piensa en los momentos en que uno se ha librado de los problemas, para sentir la voluntad de no tenerlos más en la vida. Se da la vuelta de un tirón y se sacan las piedritas-problemas que interrumpen la vida. La luz regresa pasando por el hoyito.</p> <p>Se les proporcionan hojas en forma de flores. Se escribe en ellas historias de alguna vez en que se ha podido evitar alguno de los problemas Alguna situación extraordinaria en la que le ganaste al problema (en la que te pudiste llevar bien con tu hijo o hija, en la que venciste el miedo , en la que tú te controlaste sólo, en la que te acercaste y conversaste con tu padre. , ¿Me podrías contar</p>	<p>Plastilina de diferentes colores, un cuadrado de cartón., hojas y lápices.</p>	<p>40 min</p>
--	-----------------------	---	---	---------------

		<p>algo sobre algún momento en que descubriste que podías ignorar el problema? Cuéntame cómo has podido hacerle travesuras al problema en vez de que este te las haga a ti. Con las preguntas de las conversaciones externalizantes emergen las maneras de oponerse a los problemas y lo que puede ayudar a cambiar las rocas-problemas para que no se presenten. Las narraciones de las experiencias enriquecen la conversación acerca de las habilidades utilizadas, aunque estas sean imaginarias o no sean exactas, y se va creando un camino para la formación de significados acerca de ser capaz de transformar a los problemas. Se identifican y se nombran las habilidades conectándolas con los deseos y esperanzas para que en su vida se abra un camino alternativo.</p>		
<p>Reflexionar en grupo acerca de lo vivido y aprendido en la sesión.</p>	<p>Plenaria</p>	<p>Los participantes se sentarán en círculo y hablarán de sus historias y experiencias adquiridas durante la sesión.</p>	<p>20 min</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Evaluar la sesión y conocer la percepción de los participantes.</p>	<p>Evaluación final y cierre</p>	<p>Se les proporcionará la hoja del inicio y se le preguntará que su percepción ha cambiado o si miran algo de manera diferente ahora que pudieron escuchar o compartir historias y /o experiencias con sus padres o hijos. Se agradecerá la asistencia y se dará por terminada la sesión.</p>	<p>15 min</p>	<p>Hojas de evaluación y bolígrafos.</p>

Sesión 11. Sábado 21 de mayo de 2016.

Objetivo general. Favorecer la autoestima de los adolescentes con diabetes mellitus.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	10 min
Mejorar el autoconcepto de los integrantes del grupo y con ello la autoestima	Anuncio publicitario	Los adolescentes harán un anuncio publicitario de su persona, para después pasar frente al grupo y tratar de venderse.	Hojas Colores Plumones Revistas Tijeras Pegamento	40 min
Reflexionar acerca de mis propias habilidades y cualidades.	¿Mi anuncio publicitario?	Los participantes responderán preguntas relacionadas con el panorama de la acción y de la conciencia referente a lo que contaron en su anuncio publicitario.	Hojas de colores Lápices	25 min
Finalizar la sesión.	Cierre de la sesión	Termómetro. Se pedirá a los participantes que comenten como se sienten y con qué se van.	Ninguno	15 min

Sesión 12. Sábado 04 de junio de 2016.

Objetivo general. Favorecer el autocontrol de la diabetes en los adolescentes con diabetes mellitus.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Conocer el estado en el que se encuentran los participantes al llegar al taller.	Toma de temperatura	Los participantes comentarán como se encuentran emocionalmente al llegar a la sesión.	Ninguno	10 min
Mejorar la confianza entre los integrantes del grupo.	Confianza en el equipo	Los integrantes del grupo se colocan de pie y muy juntos, formando un pequeño círculo. Uno pasa al centro, cierra los ojos, y con los pies juntos se deja caer hacia atrás. El grupo lo sostiene, evitando que se caiga; pero lo apoya cuando ya sin equilibrio, está por caer. Se quiere que se perciba la sensación de depender del grupo.	Ninguno	15 min
Identificar las metas y obstáculos relacionados con el autocontrol de la diabetes mellitus que los adolescentes identifican.	Mis obstáculos y mis metas	Se platicará con los participantes acerca del siguiente punto a tratar: la autorregulación o autocontrol. Se les pedirá que respondan la siguiente lista de preguntas: Para ti ¿qué es autorregulación? ¿Cuáles son los obstáculos que te impiden llegar a ese autocontrol? ¿Alguna vez lograste la autorregulación? ¿Qué sucedió ese día? ¿Cuáles fueron los pasos que hiciste para llegar a la autorregulación? ¿Puedes decirme otras ocasiones en las que venciste esos obstáculos? ¿Qué te dice de ti que hayas logrado vencer estos obstáculos?	Hojas con preguntas Lápices Hojas con dibujos de bardas Hojas con dibujos de caminos	45 min

		<p>¿Qué crees que pensó tu familia el día que venciste esos obstáculos y lograste llegar a la autorregulación? ¿Qué valoras de esa experiencia? ¿Qué esperanzas o sueños tienes para ti y la autorregulación en un futuro? ¿Cuál es tu postura en relación a tu futura autorregulación? Los participantes deberán colocar en las imágenes de las bardas, los obstáculos que les impiden llegar a su autorregulación. Seguidamente recibirán unas hojas con una pista dibujada. Se explica que ellos están en una carrera o camino, su punto de inicio es el día de hoy y la meta es su propia autorregulación. En las preguntas de reflexión ellos habían respondido con estos pasos, por lo que se les pide que reflexionen y los enlisten en las estrellas que se encuentran en sus pistas. Al finalizar se pedirá que compartan en plenaria.</p>		
<p>Finalizar la sesión.</p>	<p>Los vagones del tren.</p>	<p>Se entregará a los participantes una hoja con dibujos de trenes y se les contará la siguiente historia: Hace aproximadamente 6 meses comenzamos un viaje juntos, tomamos un tren con el mismo sentido, ustedes decidieron que llevaron a ese viaje, ustedes decidieron que poner en esos vagones, algunos decidieron llevar más cosas, algunos menos, algunos decidieron no subirse, ustedes saben que pasó con cada uno. Parte de lo que ustedes decidieron poner en ese tren, es lo que está aquí, integración, relación con sus padres o cuidado de estos por su situación de vida, autoestima, autoconocimiento y autorregulación, además de estos también está relaciones interpersonales, una vida cotidiana sin diabetes y emociones.</p>	<p>Hojas con vagones de tren lápices</p>	<p>20 min</p>

		<p>Después de contarles esto se le pedirá que escriban un A donde consideran que comenzó cada rubro y una F donde consideran que finalizó. Tomando en cuenta el vagón número 1 es la puntuación más baja y el vagón número 5 la puntuación más alta. De esta forma evaluarán cada aspecto que se ha trabajado. Hay un tren para cada rubro.</p>		
--	--	---	--	--

Sesión 13. Sábado 11 de junio de 2016.

Objetivo general. Favorecer el auto concepto del adolescente con diabetes en sus relaciones interpersonales.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Introducir a la Mejorar la integración grupal	Encuentra las diferencias	El grupo se dividirá en 2 equipos. Cada equipo deberá observar a su equipo contrario durante 5 min. Uno de los equipos saldrá de la habitación y el equipo que se queda deberá cambiar aspectos de su vestimenta, cabello etc. El equipo que salió deberá entrar a la habitación y encontrar las diferencias, para luego cambiar el rol con el primer equipo. El equipo que encuentre un mayor número de diferencias será el ganador.	Ninguno	25 min.
Favorecer el auto concepto del adolescente con diabetes en sus relaciones interpersonales.	La alineación para el juego	Se proporcionará a los adolescentes una hoja con una cancha de futbol y se les contará que ahora jugarán un partido: el partido de las relaciones interpersonales. Se les pedirá que escojan un nombre para su equipo y un nombre para un equipo contrario. Podrán poner su alineación como gusten. Asimismo, tendrán que responder las siguientes preguntas ¿Cómo se llama tu equipo? ¿Cuántos jugadores tienen de tu lado de la cancha? ¿Quiénes están del otro lado de la cancha? ¿Cómo es tu relación con los jugadores de tu equipo? ¿Cómo es tu relación con los jugadores del otro equipo? ¿Qué posición jugarías y por qué? ¿Cuáles son los puntos fuertes de esa posición? ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta tu posición que favorecerían al partido? En qué se diferencian los jugadores ¿Qué te dice de ti los partidos que juegas diariamente?	Hojas con la cancha de futbol Colores Plumones	45 min.

		<p>¿Qué puedes hacer para mejorar tus resultados?</p> <p>¿Cómo ves en un futuro esos resultados?</p> <p>Al finalizar se compartirán las respuestas en plenaria.</p>		
Cerrar la sesión	Fubol	Los participantes cerrarán la sesión con un juego de futbol que represente un poco lo visto anteriormente.		20 min

Sesión 14. Sábado 18 de junio de 2016

Objetivo general. Retroalimentar el proceso del taller de psicología y realizar el cierre del mismo.

Objetivo	Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
Retroalimentar el taller	Los vagones del tren	Se narrará de nueva cuenta la historia de los vagones, contada en la sesión 12 y se pedirá que llenen de la misma forma los vagones del tren, pero con los rubros, relaciones interpersonales y vida cotidiana sin diabetes.	Hojas de vagones del tren	15 min
Reconocer el desempeño de cada uno durante el taller. Retroalimentar el proceso completo.	La estación del tren. Entrega de reconocimientos	Después se les entregará un ahoja con la siguiente historia: Después de un largo recorrido de 7 meses, llegaste a tu destino. El tren detuvo su curso y se ha detenido en un lugar... ¡Al fin en una estación!... Espero que este viaje te haya sido ameno, pero sobre todo útil y que te haya dado la oportunidad de pensar en ti, en tus situaciones de vida y de encontrar nuevos caminos que recorrer. Las vías del tren pueden desviarse o re desviarse las veces que sea necesario, las veces que tú así lo decidas. Quiero decirte que tu tren estará listo para cuando desees emprender otro viaje. El día de hoy oficialmente te otorgo el cargo de ¡MAQUINISTA!... ¡Maquinista de tu propio tren! ¡Maquinista de tu propia vida! ¡Felicidades! Los chicos deberán escribir un comentario al final de la hoja, dónde retroalimenten el trabajo realizado a lo largo del taller. Se procederá a entregar los reconocimientos.	Hojas de estación de tren	30 min
Convivir	Convivio y juego libre	Los participantes comerán lo que llevaron para compartir y jugarán los juegos que deseen.	Comida Bebidas Platos Vasos Pelotas	45 min