

Recibido: 4 de abril de 2001
Aceptado: 10 de julio de 2001

Diabetes tipo 2. *Salud-competencia de las familias*

**José Rubén
Quiroz Pérez,¹
Rutila
Castañeda Limones,²
Patricia
Ocampo Barrio,³
Patricia Leonor
Pérez Sánchez,⁴
María del Carmen
Martínez García⁵**

¹ Coordinador auxiliar
de Salud Reproductiva
y Materno-Infantil

² Investigador asociado A,
División de Investigación
Epidemiológica

y en Servicios de Salud

³ Jefe de Educación e
Investigación Médicas,
Unidad de Medicina
Familiar 94

⁴ Coordinador delegacional
de Investigación Médica,
Delegación 2 Noreste

⁵ División de Investigación
Epidemiológica,
Coordinación de
Investigación Médica

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Correspondencia:
José Rubén Quiroz Pérez,
Calle 631 número 40,
Col. San Juan de Aragón,
Deleg. Gustavo A. Madero,
07979 Distrito Federal,
Tel.: 5796 1941.
Correo electrónico:
joserubenquiroz@usa.net

Palabras clave
Salud-competencia
familiar, diabetes tipo 2

Key words
Family health-
competence,
diabetes type 2

RESUMEN

Objetivos: evaluar la salud-competencia de las familias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según el tiempo de evolución de la enfermedad, y compararla con la de familias de personas sin diabetes, así como determinar la diferencia que presenta entre los pacientes controlados y los no controlados.

Diseño: en la primera fase el estudio fue transversal descriptivo y en la segunda, transversal comparativo.

Material y métodos: 622 individuos con diabetes tipo 2, adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social; para el análisis comparativo, 114 personas con diabetes y 114 personas sin la enfermedad. Se aplicó instrumento de autoevaluación de Beavers. Los sujetos fueron clasificados según cifras de glucosa, calificación de salud-competencia familiar y sus indicadores. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante asociación de variables por χ^2 ; la validación del instrumento, por métodos de Split y alfa; y comparación de medias, por U de Mann-Whitney. **Resultados:** el tiempo promedio de diagnóstico fue de nueve años; 49.1 % tuvo otros padecimientos crónicos; 125 enfermos estaban controlados. La confiabilidad del instrumento fue buena y el promedio de salud-competencia de 2.18. En su mayoría las familias resultaron ser adecuadas (53.7 %) y sanas (88.1 %). Hubo diferencia significativa en la salud-competencia familiar entre las personas con diabetes y el grupo control ($p < 0.05$), y diferencia negativa en los pacientes con menos de seis años comparados con aquéllos con seis a 12 años de saberse diabéticos. La diferencia entre los controlados y los no controlados resultó significativa.

Conclusiones: las familias de los pacientes diabéticos tipo 2 son afectadas por la enfermedad en la salud-competencia, por lo que es necesario involucrar y orientar a todos los integrantes de ese grupo sobre la diabetes y su control.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the deterioration of family health-competence with time of evolution of patients with type 2 diabetics. To compare the degree of family health-competence among families of patients with diabetes and subjects without diabetes, and the difference between controlled and non-controlled patients.

Patient and Methods: To design the study: In the first phase, cross-sectional descriptive and second phase, cross-sectional comparative. Population: 622 patients with type 2 diabetic. For comparative analysis, the sample was 114 diabetics and 114 non-diabetics. The instrument of self-report of the Beaver Family Health-Competence was applied. Patients were classified by categories to calculate glucose and the qualification of family health competence as well as their indicators. The following statistical analyses were made: association among universal variables and characteristics by χ^2 for N samples.

Results: The mean years of diabetes diagnosis was nine years. Mean of glycemia was of 166.77 mg/dL, 125 non-controlled and 376 controlled. The mean of health-competence was of 2.18. The optimal families were 0.2 %, adequate 53.7 %, midrange 34.2 %, borderline 9.6 % and severely dysfunctional, 2.3 %. The healthy families were 88.1 % and pathologic, 11.9 %. With comparison of family health competence among the group of diabetics and the group control the difference is $p < 0.05$. Comparison of groups for times of diagnosis of diabetes type 2 was not significant. The difference in family health-competence between controlled patients and not controlled patients was significant because in controlled patients it was better.

Conclusions: Families of patients with diabetes type 2 are affected in their family health-competence; therefore, it is necessary to involve and to guide the manner of controlling it family regarding the relationship of the illness and the entire.

Antecedentes

Desde el final del siglo XIX, la concepción de familia ha cambiado y ha generado necesidades de atención a las que la sociedad ha dado respuesta mediante movimientos como el trabajo social, la reforma sexual de la posguerra, la educación de la vida familiar, la creación de la profesión de consejero matrimonial, el establecimiento de la terapia sexual, el desarrollo de la psiquiatría social y de la terapia familiar.¹ La finalidad es obtener una armonía familiar que produzca individuos sanos y productivos para la sociedad.

Las características de las familias cobran especial interés ante padecimientos como la diabetes mellitus, enfermedad crónica de distribución mundial que afecta a niños y adultos, cuya magnitud y trascendencia es tan importante que varias revistas monotemáticas están dedicadas al problema.

Si bien se ha profundizado en la etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la diabetes y continúan las investigaciones al respecto, son pocas las incursiones en los aspectos psicosociales y su relación con la enfermedad.^{2,3} Estas últimas se han enfocado a determinar cuál sería el reforzador del apego al tratamiento, su repercusión en la personalidad o en el desempeño global;^{4,7} de igual forma, también ha sido abordada la relación entre el funcionamiento familiar y el control de la enfermedad.^{8,9}

La mayor parte de los estudios han sido realizados en familias de pacientes con diabetes mellitus tipo 1. En aquellas con jefes de familia que presentan diabetes tipo 2 se ha examinado cómo la pareja resuelve la problemática producida por la enfermedad,¹⁰ las actitudes asumidas por los pacientes de acuerdo con su grupo étnico,¹¹ cómo se identifica el cuidado de la diabetes de acuerdo con la educación proporcionada a las familias latinas,¹² las características de las familias y su manejo de la enfermedad,¹³ en donde se comprueba que cada una trata de diferente manera las emociones provocadas por la diabetes, además que existen diferencias en el cuidado otorgado al enfermo dependiendo de su género. A pesar de la diversidad de enfoques, no se encontraron estudios en donde se mida la *salud-competencia familiar*, la cual determina el apoyo a la persona con diabetes para resolver

las consecuencias emocionales generadas por la enfermedad.

En México, la magnitud de la diabetes mellitus tipo 2 es por demás importante: 48 % de los individuos mayores de 35 años la padece y 10 % de la población general; además, constituye la cuarta causa de muerte.¹⁴ A pesar de la trascendencia de la enfermedad, únicamente se encontró una investigación que evaluó al paciente con diabetes tipo 2 y la influencia de la familia en el control de la enfermedad.¹⁵

El paciente diabético tipo 2 presenta disminución en el aprendizaje verbal, en el razonamiento abstracto y ejecución psicomotora; en él se observa mayor estrés y 33 % más depresión que en la población general.^{16,17} Para contrarrestar estas alteraciones, el diabético necesita compartir con otros su preocupación, reír, distraerse, redefinir su situación, aceptar lo inevitable, hacer cosas espontáneas, buscar alternativas, culpar a alguien o a algo, apegarse a las indicaciones de la autoridad y autoacusarse (sentir lástima por sí mismo).¹⁷ Todo ello resulta más fácil si la familia tiene suficiente *salud-competencia familiar*, cualidad global sintomática de:

- Lo bien que la familia realiza sus funciones.
- El apoyo y sustento que se otorga.
- El establecimiento de límites generacionales claros.
- La eficacia de los liderazgos.
- La fortaleza de la coalición paterna.
- La forma como se potencializa la separación y la autonomía evolutiva de los hijos.
- La eficacia de la negociación y comunicación de los conflictos.
- El dominio moderado del poder manifiesto.
- La congruencia de la mitología familiar con la realidad externa.
- El reconocimiento por parte de cada integrante de la familia, de la responsabilidad de sus acciones.
- La capacidad para expresar los diferentes sentimientos.
- La calidez, afectividad, festividad y optimismo de la familia.
- La inexistencia o casi inexistencia de conflictos irresolubles.
- La sensibilidad consistente y la empatía.
- La atención a las necesidades de dependencia alternada con su desaprobación.¹⁸

La salud-competencia familiar tiene varios indicadores:

- *Manejo del conflicto*: conductas y aptitudes con las que se abordan los conflictos que se presentan en la familia, ya sea de manera abierta o encubierta; incluye conflictos no resueltos, lucha, culpabilización, discusión con negociación y aceptación de la responsabilidad en la resolución de las situaciones conflictivas.
- *Cohesión*: satisfacción y felicidad que se consiguen mediante la cercanía de los miembros de la familia.
- *Manejo del liderazgo*: es la distribución que existe en la familia sobre la toma de decisiones y el seguimiento que se les da a estas decisiones; incluye valoraciones de patrones fuertes y consistentes del liderazgo en la familia, ya sea compartido o individual.
- *Expresividad afectiva*: es la percepción de sentimientos de cercanía, de expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos, y la facilidad con que se expresan la calidez y el afecto.¹⁸

De acuerdo con los resultados de la evaluación, Beavers clasifica a las familias en óptimas, adecuadas, medias, limítrofes y severamente disfuncionales. Aunque se ha determinado la relación del buen funcionamiento de las familias con el control de la glucemia, no se ha medido la salud-competencia familiar.⁷ En numerosos países se utiliza el apoyo familiar —los propios miembros de la familia son los responsables del cuidado de la salud y la atención de sus integrantes— para reducir el costo del cuidado médico, la hospitalización y, sobre todo, para realizar acciones tendentes a retardar las complicaciones. En México se desconoce si las familias de las personas con diabetes tienen la suficiente salud-competencia para cumplir con estos objetivos, y en qué medida sirven de soporte emocional para que el enfermo resuelva su duelo, y qué tanta empatía y solidaridad brindan para disminuir la depresión y el estrés.

De ahí que los objetivos del presente trabajo fueran:

- 1) Clasificar a las familias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en óptimas, ade-

cuadas, medias, limítrofes y severamente disfuncionales, según los criterios de Robert Beavers.

- 2) Evaluar si la salud-competencia familiar se deteriora conforme evoluciona la diabetes.
- 3) Comparar el grado de salud-competencia familiar entre familias de personas con diabetes y de personas sanas.
- 4) Comparar la salud-competencia familiar entre los pacientes controlados y descontrolados.
- 5) Señalar los componentes de la salud-competencia familiar (salud, manejo del conflicto, cohesión, liderazgo y expresividad) que son afectados por el tiempo de evolución de la diabetes.

Material y métodos

En su primera fase el diseño fue transversal descriptivo; en la segunda, transversal comparativo. La población en estudio estuvo constituida por 26 344 diabéticos tipo 2 en control en unidades de medicina familiar de la Delegación 2 Noreste del Distrito Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social. El grupo control se integró con derechohabientes de uno y otro género, mayores de 40 años, sin diabetes mellitus, que asistían para atención médica en el primer nivel, sabían leer y escribir, y deseaban participar en el estudio.

Se hizo una prueba de campo con un grupo de 50 personas con diabetes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 94, a quienes se les aplicó el formato de autoevaluación familiar. Se cancelaron ocho cuestionarios por estar incompletos (16 %).

Respecto al tipo, la familia media fue la encontrada con mayor frecuencia, por lo que se decidió tomar este parámetro para determinar el tamaño de la muestra, aplicando la fórmula para cálculo de una proporción:¹⁹

$$Tamaño = n/[1-(n/población)]$$

$$n = Z^2 [P(1-p)] / (D^2 D)$$

Frecuencia esperada, 38 %.

Error permitido, 5 %.

Nivel de confianza de 99.00

José Rubén Quiroz Pérez et al.
Diabetes tipo 2.
Salud-competencia
de las familias

El resultado fue de 611 sujetos, más 20 % como tasa de no respuesta. Para el análisis comparativo con $\alpha = 0.01$ con un poder de 80, la media de las personas sin diabetes fue de 12.75 y en personas con diabetes de 38.1, con relación de 1:1, un riesgo relativo de 2.98 y razón de momios de 4.19.²⁰ El resultado fue 112 personas con diabetes y 112 sin diabetes.

Cuadro I
Características demográficas de 622 pacientes diabéticos adscritos a una
unidad de medicina familiar

Característica	Número	%
Sexo:		
Hombres	197	31.7
Mujeres	425	68.3
Estado civil:*		
Casados	354	57.2
Viudos	138	22.3
Divorciados	51	8.2
Solteros	45	7.3
Escolaridad:*		
Ninguna, pero sabe leer y escribir	113	19.1
Primaria incompleta	167	28.2
Primaria completa	149	25.2
Secundaria incompleta	54	9.1
Tipo de familia:*		
Nuclear	343	58.3
Extensa	235	40.0
Ocupación:*		
Labores del hogar	326	56.5
Pensionado	84	14.6
Empleado	69	12.0
Vivienda:*		
Propia	437	72.0
Rentada	75	12.4
Viven con un familiar	64	10.5
Condición dentro de la familia:		
Padre	190	30.5
Madre	411	66.1
Hijo	21	3.4

* Los pacientes restantes no contestaron

* Los pacientes restantes contestaron "ninguna"

Se citó a los pacientes de los grupos educativos, de autoayuda, clubes y clínicas de diabetes, en sus sitios habituales de reunión. Se les explicó en qué consistía el estudio y se les invitó a participar. Los pacientes no fueron elegidos aleatoriamente, sino quienes se presentaron.

Quienes aceptaron recibieron el cuestionario para evaluación de la *salud-competencia familiar*

de Beavers,¹⁸ el cual consta de 36 preguntas tipo Likert con cinco opciones de respuesta, para que lo respondieran en ese momento. Si manifestaban alguna dificultad para llenar el cuestionario, se les permitió auxiliarse de un familiar o acompañante.

De los 788 cuestionarios aplicados, sólo quedaron 622 al descartar los incompletos. La salud-competencia familiar se clasificó de acuerdo con los criterios de Beavers:

- Óptima, resultados de 1 a 1.05.
- Adecuada, 1.06 a 2.05.
- Media, 2.06 a 3.05.
- Limítrofe, 3.06 a 4.05.
- Severamente disfuncional, 4.06 a 5.05.

Con las mismas puntuaciones se clasificaron los indicadores de la salud-competencia familiar:

- *Cohesión*
 - Cercanía con límites claros, 1 a 1.05.
 - Relativamente cercanos, 1.06 a 2.05.
 - Aislamiento y distanciamiento, 2.06 a 3.05.
 - Unidad con límites vagos, 3.06 a 4.05.
 - Límites amorfos, vagos y difusos, 4.06 a 5.05.
- *Manejo del conflicto*
 - Nulo conflicto irresoluble.
 - Evidencia de conflictos irresolubles sin deterioro familiar.
 - Claro conflicto irresoluble con ligero deterioro familiar.
 - Moderado deterioro familiar.
 - Deterioro familiar severo.
- *Expresividad*
 - Directa con amplia gama de sentimientos.
 - Directa de muchos sentimientos.
 - Directa con dificultad para expresar algunos sentimientos.
 - Restricción de muchos sentimientos.
 - Poca o ninguna expresión de sentimientos.
- *Liderazgo:*
 - Igualitario.
 - Dirigido.
 - Dominio moderado.
 - Dominio marcado.
 - Caótico.

Se formaron tres grupos de acuerdo con los años de diagnóstico de la diabetes: menos de 6, de seis a 12, y más de 12. Del grupo con diabetes que no referían sentir depresión se eligieron en forma aleatoria 114 pacientes, para compararlos con 114 del grupo control.

Los pacientes se catalogaron como controlados si sus cifras de glucemia eran menores de 127 mg/dL.

En forma computarizada se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

- Asociación entre variables universales y características, por medio de χ^2 .
- Concordancia entre la opinión del paciente respecto a su control glucémico y las cifras de glucemia, mediante prueba de Kappa.
- Análisis estratificado de salud-competencia familiar con el sentimiento de estar deprimido, obteniendo el OR crudo y el ponderado de Mantel-Haenszel.
- Confiabilidad del instrumento, por medio de los métodos de Split y alfa.
- Comparación de las medias de la salud-competencia familiar y sus indicadores, por *U* de Mann-Whitney.

Además de las preguntas de evaluación familiar, en el cuestionario se investigaba género, edad, estado civil, grado máximo de estudios, unidad de adscripción, categoría dentro de la familia, convivientes, tipo de habitación, ocupación, años de duración de la diabetes, enfermedades concomitantes, depresión y cifras de glucemia.

fue de 166.77 ± 64.2 mg/dL. Se encontraban controlados 125 pacientes (25 %) y descontrolados 376 (75 %). La prueba de Kappa en los 485 casos que tenían los dos datos, resultó con valor de 0.16, lo cual demuestra que no había concordancia (cuadro II).

Para validar el instrumento de autoevaluación de la salud-competencia familiar se buscó la confiabilidad por el método de alfa de Cronbach, con el cual el resultado fue 0.7373; por el método de Split, el alfa para la parte uno fue 0.5831 y de 0.5710 para la parte dos. La correlación entre las preguntas fue de 0.6088. Para el grupo control, por el método de alfa resultó 0.6098; por el método de Split, el alfa para la parte uno resultó 0.4370, y para la parte dos 0.3624. La correlación entre las preguntas fue de 0.5228. Estos resultados significan que el instrumento es confiable para este grupo de pacientes.

Cuadro II
Control de 485 pacientes diabéticos, según su propia opinión y sus cifras de glucemia

		Según glucemia (mg/dL)	
		Glucosa < 127	Glucosa \geq 127
Según opinión	Controlados	120 (24.70 %)	257 (53.00 %)
	No controlados	1 (0.20 %)	107 (22.10 %)

Resultados

El promedio de edad de las personas con diabetes fue de 60 años, con un máximo de 89 y un mínimo de 34. El tiempo promedio de diagnóstico de la diabetes fue de 10 ± 9 años; 286 pacientes (49.1 %) refirieron tener padecimientos crónicos: el de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial (58.2 %), le siguió la artropatía (9.9 %) y los trastornos visuales (7.8 %); 329 pacientes (54.1 %) refirieron sentirse deprimidos. Los convivientes más frecuentes fueron los yernos o nueras, con 48.6 % (cuadro I).

Declaró su cifra de glucemia, 80.5 % (501) y 19.5 % la desconocía; el promedio conocido

Al asociar la salud-competencia familiar con las variables universales y características generales de la población, resultó significativa únicamente la presencia de la depresión ($p = 0.009$). La probabilidad de percibir a la familia como enferma fue 2.54 veces mayor en los pacientes deprimidos comparados con aquellos que no lo estaban (IC = 1.44 a 4.53). Después del análisis estratificado el OR crudo resultó ser de 1.55 para todos los estratos y el OR ponderado de Mantel-Haenszel, de 1.27 (IC de Cornfield 95 % = 0.63 a 2.64). La χ resumen de Mantel-Haenszel fue de 0.31, con $p = 0.57$. Por lo anterior, la percepción de sentirse deprimido resultó ser una variable confusora.

El promedio de la puntuación en la salud-competencia fue de 2.18 ± 0.72 . Ya categorizadas las familias se distribuyeron según su salud-competencia de la siguiente forma:

- Óptimas, 1 (0.2 %)
- Adecuadas, 334 (53.7 %)
- Medias, 213 (34.2 %)
- Límitrofes, 60 (9.6 %)
- Severamente disfuncionales, 14 (2.3 %)

Categorizadas en sanas y patológicas, las sanas fueron 548 (88.1 %) y las patológicas 74 (11.9 %).

La cohesión en la familia resultó con un promedio de 2.41 de calificación; la mayoría con cercanía y límites claros. La calificación promedio del manejo del conflicto fue 2.32; 56.4 % de las familias tuvo pocos conflictos irresolubles. El mayor porcentaje de las familias (58 %) presentó expresión directa de una amplia gama de sentimientos y la calificación promedio obtenida fue de 1.96. Por último, un alto porcentaje de familias (84.6%) presentó liderazgo igualitario; la calificación promedio fue de 2.65.

La comparación de las medias entre el grupo en estudio y el grupo control mostró que existió una diferencia significativa en la salud-competencia familiar y en todos los indicadores, excepto en el manejo del liderazgo. La mayor significancia se observó en el manejo del conflicto, le siguió la expresividad en la familia y el resto tuvo resultados parecidos (cuadro III).

Al comparar los grupos según el tiempo de diagnóstico de la diabetes, no hubo diferencias significativas en las calificaciones de salud-competencia ni en los indicadores. Aunque no fue significativa, se observó diferencia negativa entre los individuos con menos de seis años y aquéllos con seis a 12 años de conocerse diabéticos. Dada la falta de diferencias significativas entre los pacientes estudiados y los rechazados, los resultados pueden ser extendidos a los últimos. Al comparar la salud-competencia familiar hubo una diferencia significativa en los diabéticos controlados (cuadro IV).

Discusión

Ante la funcionalidad de los modelos de abordaje familiar se han elaborado instrumentos de autoevaluación. Al respecto, Beavers concluye que para evaluar a una familia es aconsejable emplear más de una escala de autoaplicación o combinarla con la observación.²¹ De igual forma asegura que dichos instrumentos sirven para conocer cómo percibe un individuo a su familia, y que son herramientas aceptables de muestreo para evaluar la visión de un miembro de la familia sobre la competencia global, con una consistencia de $r = 0.62$ para discriminar las familias sanas de las enfermas. La correspondencia entre el autoinforme de Beavers y un grupo de terapeutas observadores fue de $r = 0.77$ para las familias sanas, por lo que el instrumento es confiable para evaluar a las familias.

Cuadro III

Resultado de la salud-competencia familiar de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, según cinco indicadores

Indicador	Personas con diabetes		Controles		t	p	IC
	\bar{x}	δ	\bar{x}	δ			
Salud-competencia familiar	2.05	0.60	1.76	0.54	2.18	< 0.05	1.92 a 2.45
Manejo del conflicto	2.13	0.79	1.55	0.59	4.36	< 0.001	4.10 a 4.62
Cohesión en la familia	2.26	0.73	2.03	0.66	1.74	< 0.05	1.48 a 2.00
Manejo del liderazgo	2.77	0.94	2.78	0.88	-0.42	> 0.05	-0.30 a 0.21
Expresividad en la familia	1.83	0.85	1.45	0.63	2.90	< 0.005	2.63 a 3.15

Más de la mitad de los pacientes manifestó sentimiento de depresión, lo que está de acuerdo con la presencia de la enfermedad^{17,22} y probablemente con la etapa del duelo.^{22,23} Pero dado que la evaluación de la salud-competencia familiar por medio del autoinforme es una visión de quien la realiza, la depresión resultó una variable confusora, lo que no la hace un indicador confiable de la salud-competencia familiar.

Aun cuando se presentaron dificultades para resolver el cuestionario de autoaplicación por parte de las personas con diabetes, las pruebas de confiabilidad resultaron mejores para las personas con diabetes que para los pacientes control.

La mayoría de las familias resultó ser adecuada,¹⁸ es decir, sistemas relativamente sanos y competentes. En segundo término se encontraron las familias medias,¹⁸ que aunque sanas presentaron algunas dificultades para manejar los procesos orgánicos, psicológicos y sociales inherentes a la diabetes.

Si bien 88.1 % de las familias resultaron ser sanas, hubo una diferencia significativa entre las personas con diabetes y sin diabetes: aunque con una distribución similar, las familias de los pacientes sin diabetes fueron más sanas o tuvieron menor patología incluso que los diabéticos controlados: 4.4 % calificaron como óptimas, a diferencia de las familias con diabetes en que no hubo; las adecuadas fueron 72.8 y 57 %; las medias 21.0 y 36 %; las limítrofes, 0.9 y 5.3%; las severamente disfuncionales, 0.9 % y 1.8 %, respectivamente.

En los indicadores de la salud-competencia familiar también hubo diferencias significativas, excepto en el tipo de liderazgo imperante en la

familia, que en ambos grupos resultó ser igualitario en la mayoría. Aunque sin diferencias significativas entre los que tienen menos de seis años de diagnóstico de diabetes, los que tienen de seis a 12 años y los de más años, se observó que las calificaciones de salud-competencia familiar resultaron menores en aquéllos con menos tiempo; esto puede deberse a la reacción de adaptación del proceso de duelo por el que pasan los pacientes al saberse personas con diabetes.

Es muy importante el hallazgo sobre la salud-competencia familiar de las personas con diabetes, mejor en los controlados que en los no controlados, dato interesante que puede servir como soporte para el control de la enfermedad.

Comentarios y sugerencias

Los resultados muestran que las familias de personas con diabetes están más afectadas en su salud-competencia familiar que quienes no tienen diabetes, lo cual hace indispensable orientar a toda la familia sobre la enfermedad y la manera de controlarla. Además, dada la necesidad del paciente diabético de reelaborar su condición y asimilarla, en él se requiere que la educación sobre la enfermedad sea de mayor profundidad para que desarrolle sus competencias y así alcance un buen desempeño en el control de la enfermedad, previa aceptación de la misma.

El médico familiar tiene la oportunidad de participar en este control con su dirección, ya que los pacientes le tienen confianza; para

Cuadro IV
Calificación de salud-competencia familiar en el total de pacientes diabéticos, 114 diabéticos controlados y 114 individuos sin diabetes

Tipo de familia	Total diabéticos		Diabéticos controlados		Controles	
	N	%	N	%	N	%
Óptima	1	0.2			5	4.4
Adecuada	334	53.7	65	57.0	83	72.8
Media	213	34.2	41	36.0	24	21.0
Limítrofe	60	9.6	6	5.2	1	0.9
Severamente disfuncional	14	2.3	2	1.8	1	0.9
Total	622	100.0	114	100.0	114	100.0

ello puede valerse de los recursos de los grupos de autoayuda y los clubes de personas con diabetes. Con todo esto se puede romper el círculo de que la familia se deteriore paulatinamente al ver sufrir al enfermo y éste se sienta peor, lo que provoca a su vez que la familia se deteriore más.

El instrumento propuesto es de fácil aplicación y calificación, por lo que el médico del primer nivel de atención médica puede utilizarlo en forma rutinaria para evaluar la salud-competencia de las familias bajo su cuidado. Hay que buscar que las familias sean sanas y competentes, lo cual determina de alguna manera el control de la enfermedad.

Referencias

1. Broderick C, Schrader S. The history of professional marriage and family therapy. En: *Handbook of Family Therapy*. Vol. II. USA: Brunner/Mazel; 1991. p. 3-40.
2. Rubin R. Psychosocial problems and intervention in diabetes. *Diabetes Care* 1992;15(11):1640-1657.
3. Helz J, Templeton B. Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: A review. *Am J Psychiatry* 1990;147(10):1275-1282.
4. Jacobson A, Hauser S, Willett J, Wolfsdorf J, Dvorak R, Hernan L, Groot M. Psychological adjustment to IDDM: 10-year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. *Diabetes Care* 1997;20(5):811-818.
5. Lustman P, Griffith L, Gavard J, Clouse R. Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 1992;15(11):1631-1639.
6. Lustman P, Griffith L, Clouse R, Cryer P. Psychiatric illness in diabetes mellitus relation to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12):736-742.
7. Lustman P, Griffith L, Clouse R, Cryer P. Use of the diagnostic interview schedule in patient with diabetes mellitus. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(12):743-746.
8. Cardenas L, Vallbona C, Baker S, Yusim S. Adult onset diabetes mellitus: Glycemic control and family function. *Am J Med Sci* 1987; 293(1):28-33.
9. Lewis FM, Woods NF, Hough EE, Bensley L. The family functioning with chronic illness in the mother: The spouses' perspective. *Doc Sci Med* 1989;29:1261-1269.
10. Fisher L, Gudmundsdottir M, Guilliss C, Skaff M, Mullan J, Kanter R, Chesla C. Resolving disease problems in European-American and Latino couples with type 2 diabetes: the effects of ethnicity and patient gender. *Fam Process* 2000;39 (4):403-416.
11. Lipton RB, Losey LM, Giachello A, Mendez J, Girotti MH. Attitudes and issues in treating Latino patients with type 2 diabetes: views of health care providers. *Diabetes Educ* 1998;24(1):67-71.
12. Anderson RM, Goddard CE, Garcia R, Guzman JR, Vazquez F. Using focus groups to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. *Diabetes Educ* 1998;24(5):618-625.
13. Fisher L, Chesla C, Skaff M, Guilliss C, Mullan JT, Bartz RJ, Kanter RA, Lutz CP. The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000;23(3):267-272.
14. Ruiz JM. Epidemiología de la diabetes en México. Consenso en diabetes. En: *Consensos Funsalud*. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
15. Vázquez M, Escobedo J. Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el IMSS. (1979-1987). *Rev Med IMSS* 1990;28(2):157-170.
16. Valdés I, Aldrete MG, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente con diabetes tipo II. *Salud Publica Mex* 1993;35:464-470.
17. Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, Fiorelli S, Gutiérrez C, Junco E, Islas S, Lifshitz A, Méndez J, Partida G, Ávila C, Salazar B. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 1994;32(3):267-270.
18. Beavers R, Hampson R. La evaluación de la competencia familiar. En: *Familias exitosas*. España: Paidós; 1995. p. 33-60.
19. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.
20. Quiroz JR, Ocampo P. Identificación del estado de salud-competencia familiar de los prestadores de servicios médicos del primer nivel de atención de la Delegación 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis para obtener el título de especialista en Terapia Familiar y de Pareja. México: Instituto de la Familia A. C.; 1996.
21. Beavers R. Visiones de la familia desde adentro. En: *Familias exitosas*. Paidós; España: 1995. p. 89-106.
22. De-la-Fuente MR, De-la-Fuente JR. Principales síndromes psiquiátricos, trastornos depresivos. En: *Tratado de medicina interna*. Vol. 2. México: El Manual Moderno; 1994. p. 206-210.
23. Goldman H, Binger C, Malinak D. Muerte y duelo. En: *Psiquiatría general*. Volumen 2. México: El Manual Moderno; 1989. p. 89-95. 