

Revista Médica del IMSS

Volumen **42**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2004**
July-August

Artículo:

Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2

**Dulce María
Méndez López,¹
Víctor Manuel
Gómez López,²
Martha Elena
García Ruiz,³
José Humberto
Pérez López,¹
Arturo
Navarrete Escobar⁴**

¹Unidad de Medicina Familiar 77
²Coordinador Delegacional de Investigación en Salud
³Urgencias, Hospital General Regional 6
⁴Jefe delegacional de Prestaciones Médicas

Autores 2 y 4 ,
Ciudad Victoria,
Tamaulipas.
Autores 1 y 3,
Ciudad Madero,
Tamaulipas

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Víctor Manuel
Gómez López.
Tel.: (01 833) 210 0627.
Dirección electrónica:
victor.gomez@imss.gob.mx
vmgomez@yahoo.com

Palabras clave

- ✓ características familiares
- ✓ diabetes mellitus

Key words

- ✓ family characteristics
- ✓ diabetes mellitus

RESUMEN

Objetivo: identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2.

Material y métodos: mediante estudio prospectivo, transversal y comparativo abierto se estudiaron 300 pacientes diabéticos tipo 2 en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se evaluó la funcionalidad familiar con el apgar familiar, así como el grado de conocimientos sobre la enfermedad. Se consideró que existía funcionalidad familiar cuando el instrumento aplicado mostró resultados entre siete y 10, y disfunción familiar cuando fueron de cero a seis. Se consideraron dos niveles del grado de control, indicador construido al agrupar las cifras de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y tensión arterial en una sola variable compleja. Así mismo, se analizó edad, sexo y grado de conocimientos sobre la enfermedad. Se utilizó estadística descriptiva y χ^2 con un nivel de significancia de 0.05

Resultados: en el grupo identificado con funcionalidad familiar 36 % de los pacientes obtuvo una calificación mayor a 60 en una escala de 0 a 100, en comparación con el grupo disfuncional donde sólo 8 % obtuvo una calificación mayor a 60; 80 % de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras que sólo 56 % de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características ($p < 0.001$). **Conclusión:** la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.

SUMMARY

Objective: to identify association of the nonfunctional family with degree of control in the patient with type 2 diabetes.

Material and methods: by means of a prospective, transversal, and comparative open study, 300 patients with type 2 diabetes were studied at a Mexican Institute of Social Security (IMSS) Family Medicine Unit. We evaluated family functionality with Family Apgar test and also evaluated degree of knowledge concerning the disease. We considered that a functional family existed when the applied instrument showed results between 7 and 10, and the existence of a nonfunctional family when results were from 0 to 6. Two levels of degree of control were considered, and we included this indicator in group tests for numbers of fasting glucose, total cholesterol, triglycerides, and blood pressure in a single complex variable. Similarly, patients were analyzed for other variables such as age, sex, and degree of knowledge with regard to the disease. Descriptive statistics were used as well as χ^2 test (with significance level of 0.05)

Results: in the group identified with family functionality, 36% of patients obtained a score of > 60 on a scale of 0 to 100, in comparison with the group of nonfunctional families in which only 8 % of patients obtained a score of >60. Eighty percent of patients belonging to functional families showed parameters inside control limits, while only 56 % of subjects belonging to nonfunctional families possessed these characteristics ($p < 0.001$). **Conclusions:** the nonfunctional family is associated with greater frequency of noncontrol with regard to the patient with diabetes.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9 % en las poblaciones urbanas y de 3.2 % en las rurales.¹ Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan.² El principal problema de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas³ relacionadas con el grado de control metabólico.⁴

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.⁵

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.⁵

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.⁶ En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.⁷

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.⁸

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.^{9,10}

El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.¹¹

Puesto que la diabetes mellitus requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica.¹² El objetivo del presente estudio fue identificar la asociación que existe entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2.

Material y métodos

Mediante una encuesta comparativa y prospectiva¹³ realizada en la Unidad de Medicina Familiar 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Madero, Tamaulipas, entre el 1 de marzo de 2001 y el 31 de octubre de 2002, se estudiaron 300 pacientes diabéticos tipo 2 de la población que acude regularmente a consulta externa.

Para llevar a cabo esta investigación de inicio se aplicó el cuestionario mencionado como apgar familiar a los diabéticos que aceptaron participar en el estudio para evaluar funcionalidad familiar, considerando como criterios de inclusión que fueran menores de 60 años, pertenecieran a una familia nuclear y con evolución de la enfermedad menor de diez años. Además, se evaluó el grado de conocimientos sobre la diabetes por medio de un cuestionario validado previamente.

Teniendo en cuenta los resultados del cuestionario para evaluar funcionalidad familiar, los pacientes fueron distribuidos en dos grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción. Se consideró que existía funcionalidad familiar cuando del cuestionario para valorar la

funcionalidad familiar se obtuvo un resultado del apgar entre siete y 10; y disfunción familiar cuando el resultado del apgar familiar fue entre cero y seis.

Para los efectos de este estudio se consideraron dos niveles del grado de control, indicador construido al agrupar en una sola variable compleja las cifras de glucemia obtenidas en ayuno, de colesterol total, triglicéridos y tensión arterial. Los resultados se expresaron como controlado o no controlado.

Se consideró que un paciente diabético estaba controlado cuando los resultados de las mediciones de las variables reportaron las siguientes cifras:

- Glucemia en ayunas ≤ 125 mg/dL
- Colesterol total < 240 mg/dL
- Triglicéridos < 200 mg
- Tensión arterial $\leq 130/85$ mm Hg

Así mismo, se analizaron otras variables como edad, sexo y grado de conocimientos sobre la enfermedad.

Se utilizó estadística descriptiva como promedios, desviación estándar y porcentajes. Para evaluar la asociación del grado de funcionalidad familiar y grado de control, se utilizó la χ^2 con un nivel de significancia de 0.05.

Resultados

Se estudiaron 300 pacientes diabéticos con un intervalo de edad entre 27 y 60 años, con promedio de 49.18 ± 7.2 años. Se formaron dos grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción familiar, cada uno integrado por 150 pacientes.

Del grupo con funcionalidad familiar 74 % correspondió al sexo femenino, al igual que en el grupo control. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, 39.2 % tenía menos de cinco años y 60.8 % de cinco a 10 años.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar la dinámica a través de la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia en el grado de control de la diabetes mellitus tipo 2.

Los conocimientos que los pacientes tenían acerca de la diabetes mellitus se investigaron en relación con la alimentación recomendada, sintomatología, medidas de control necesarias en esta enfermedad, incluido el ejercicio físico, y complicaciones. En el grupo identificado con funcionalidad familiar 64 % (96 pacientes) obtuvo una calificación menor de 60, en comparación con el grupo de disfunción familiar donde 92 % obtuvo menos de 60. De acuerdo con la definición operacional de la variable de control en el paciente diabético, 80 % de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras que sólo 56 % de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características ($p < 0.001$).

Más de 60 % de los pacientes recibían tratamiento combinado con metformina y glibenclamida.

Discusión

El promedio de edad de los pacientes estudiados pone de manifiesto el impacto que esta enfermedad tiene en la población económicamente activa con las implicaciones sociales y financieras que ello significa, dado que más de 60 % de esta población tenía más de cinco años de evolución con la enfermedad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones propias de esta entidad clínica. Es evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación decidida de los pacientes.

Se sabe que los pacientes no siempre siguen las recomendaciones a las medidas preventivas, en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación con el riesgo que significa la enfermedad.¹⁴ En consecuencia, la contribución del equipo de salud para mejorar el control de la diabetes mellitus, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial sobre el núcleo familiar del paciente.

Cada enfermo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida.¹⁵

Al analizar el grado de control en este tipo de pacientes se obtuvieron cifras muy similares a re-

portes previos,¹⁶ donde queda de manifiesto que un gran porcentaje de diabéticos cursan sistemáticamente con cifras que corresponden a descontrol, lo que incrementa el riesgo para las complicaciones agudas y crónicas propias de la enfermedad.

El presente estudio demuestra que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

Se debe comprender que el tratamiento de la diabetes mellitus es más amplio; no sólo el conocimiento acerca de lo que es la enfermedad por parte del paciente y los aspectos relacionados con la dieta, complicaciones y control médico, llevan a un buen control de la enfermedad. Es necesario explorar el ámbito familiar, situación evidente en este estudio ya que en el grupo de pacientes con disfunción familiar un porcentaje importante de diabéticos mostró un grado de conocimiento muy bajo, lo que puede estar relacionado con falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo.

Se requiere seguir investigando en este sentido pues las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de otros factores como la promoción de la salud en el sentido amplio de la palabra, es decir, que incluya a la sociedad en general para poder incidir positivamente en los factores que contribuyen a que este grupo de pacientes esté sistemáticamente descontrolado.

Referencias

1. Lazcano-Burciaga G, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med IMSS* 1999;37(1):39-44.

2. Zúñiga-González S, Islas-Andrade S. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. *Rev Med IMSS* 2000;38(3):187-191.
3. Escobedo-De la Peña J, Rico-Verdín R. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. *Salud Publica Mex* 1996;38(4):236-242.
4. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, Asociación de Medicina Interna de México, Sociedad de Nutriología. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. *Rev Invest Clin* 2000;52(3):325-363.
5. Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS* 1983;21(4):348-357.
6. Saucedo-García JM, Foncerrada-MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981;19(2):155-163.
7. Saucedo-García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991;29(1):61-68.
8. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino-dependiente. *Salud Publica Mex* 1997;39(1):44-47.
9. Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Publica Mex* 1995;37(3):187-196.
10. Escobedo-De la Peña J, Santos-Burgoa C. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. *Salud Publica Mex* 1995;37(1):37-46.
11. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Med IMSS* 1994;32(1):39-43.
12. Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Publica Mex*. 1993;35(5):464-470.
13. Lwanga S. K, Lameshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991. p. 36.
14. Sackett D. Epidemiología clínica. Ayuda a los pacientes a cumplir los tratamientos. Argentina: Panamericana; 1996. p. 249-278
15. Márquez E. Ensayo sobre la eficiencia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. *Atención Primaria* 1998;21(4):199-203.
16. Gómez-López VM, Zúñiga-González S, García-De León E, Couttolenc-López Ma. I. Control de la diabetes mellitus tipo 2. El índice de hiperglucemia como indicador. *Rev Med IMSS* 2002;40(4): 281-284. 

