



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Valadez, Isabel de la A.; Aldrete, Ma. Guadalupe; Alfaro, Noé
INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II
Salud Pública de México, vol. 35, núm. 5, septiembre-octubre, 1993, pp. 464-470
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635506>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II

ISABEL DE LA A. VALADEZ-FIGUEROA, M.E.S.,⁽¹⁾
MARÍA GUADALUPE ALDRETE-RODRÍGUEZ, M.E.S.,⁽²⁾ NOÉ ALFARO-ALFARO, M.S.P.⁽¹⁾

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;35:464-470.

RESUMEN

En este trabajo se muestran los resultados obtenidos de la identificación y asociación de algunas características familiares del diabético tipo II, en relación con su control metabólico. La investigación se realizó en 121 familias de dos unidades de primer nivel de atención de Guadalajara, Jalisco, durante el año 1989. Se evaluaron las actitudes e información sobre la enfermedad, sus complicaciones, y medidas terapéuticas. Para esto se realizó una estimación psicosocial dividida en: etapa de desarrollo familiar, tipo de familia y funcionalidad. La mayoría de las familias demostraron actitudes negativas y conocimientos profundos. Sólo el 16.5 por ciento de los diabéticos están controlados, y se encontró una fuerte asociación odds ratio al descontrol con la pertenencia a una familia nuclear, situación en las últimas etapas del ciclo familiar (independencia y retiro), conocimientos sobre medidas de control de la enfermedad, papel familiar del diabético, antecedentes familiares de diabetes, uso actual de medicamentos y escolaridad. Los resultados indican que las familias no apoyan a sus enfermos diabéticos en su control.

Palabras clave: diabetes, familia, conocimientos, actitudes, México

Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodríguez MG,
Alfaro-Alfaro N.
Importance of family support in the
metabolic control of patients with type II Diabetes.
Salud Publica Mex 1993;35:464-470.

ABSTRACT

This paper presents the results of the identification and association of certain family characteristics of type II diabetes patients in relation with its metabolic control in 121 families of two health centers of Guadalajara, Jalisco, Mexico in 1989. The attitude and information about of the sickness, and the complications and therapeutics were evaluated through psychosocial evaluations. The majority of the family members showed a negative attitude and a profound understanding of the disease process. Only a 16.5 per cent of the patients were under control, and found a strong association between lack of control and nuclear family involved in the last cycles of this type of unit: independence and retirement.

Key words: diabetes, family, attitudes, support, Mexico

Solicitud de sobretiros: Dra. Isabel de la A. Valadez Figueroa, Francisco Labastida 655, colonia Jardines Alcalde 44290 Guadalajara, Jalisco, México.

(1) Investigador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública y Docente de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara.
(2) Investigador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Universidad de Guadalajara.

Fecha de recibido: 22 de mayo de 1992 **Fecha de aprobado:** 21 de enero de 1993

UNO DE LOS campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares o allegados.¹⁻⁷

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.⁸

En las sociedades capitalistas periféricas, la familia funciona cada vez menos como unidad de producción y más como unidad reproductiva, no únicamente desde el punto de vista biológico, con patologías genéticas y gineco-obstétricas, sino también económico, que con fenómenos de salud-enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental.^{9,10}

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.¹¹⁻¹⁵

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero.¹⁶

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.^{15,17-19}

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su 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 y, por lo tanto, en el control de la diabetes.^{20,21}

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia son de gran magnitud; aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos más relevantes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con la diabetes tipo I, (insulina dependiente), existe poca información sobre la familia del diabético tipo II.

Es importante destacar que como educadores en salud se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo II, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados del estudio de determinadas características de los familiares de pacientes diabéticos tipo II: etapa de desarrollo familiar, tipo de familia y funcionalidad, conocimientos, actitudes y prácticas alimenticias en relación con la diabetes para responder a la siguiente pregunta: ¿existe asociación significativa entre algunas características familiares del paciente diabético tipo II en relación con su control metabólico?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y comparativo en 121 familias de diabéticos tipo II, de los cuales el 52.8 por ciento son pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social y el 47.2 por ciento del Centro de Salud Comunitario "La Aurora y la Esperanza" de la Secretaría de Salud y Bienestar Social en Guadalajara, Jalisco.

La investigación se efectuó durante los meses de enero a junio de 1989; en los tres primeros meses se detectaron las familias de los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de estas dos instituciones; se tomaron como criterios de inclusión: que fueran fami-

lias captadas durante el tiempo señalado y que tanto ellas como el paciente aceptaron participar en el estudio.

Se contó con el apoyo de dos pasantes de enfermería que recibieron un entrenamiento especial, quienes realizaron de manera supervisada las siguientes actividades: captación de pacientes, visita domiciliaria a las familias de los enfermos con el propósito de aplicar una encuesta, de preferencia al cónyuge, y de solicitar la autorización (por escrito) del paciente para hacer las mediciones de glicemia y programar la toma de muestras.

La medición de la glicemia se efectuó de la siguiente manera: al paciente se le tomaron dos muestras de glicemia en ayunas, dos veces a la semana (lunes y viernes); se utilizó un medidor de reflectancia marca Refloux y ambos resultados se promediaron (debido a que los niveles de glicemia encontrados en las tomas de los días lunes resultaron en su mayoría por arriba de 300 mg, y los de los viernes dentro del límite aceptable), clasificándose los resultados como sigue: de 140 miligramos por mililitro o menos se consideró como controlado; más de 140 miligramos por mililitro como no controlado.²²

La encuesta incluyó datos generales del paciente: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, años de evolución de la enfermedad y tratamiento actual también incluyó aspectos familiares: tamaño de la familia, estructura familiar y ciclo de vida familiar, identificados a través del familiograma, y funcionalidad de la familia por medio de APGAR familiar que permitió clasificar a la familia de la siguiente manera de acuerdo a las puntuaciones obtenidas:^{20,23}

- 0 a 3 = severamente disfuncional
- 4 a 6 = moderadamente funcional
- 7 a 10 = funcional

La información sobre los hábitos dietéticos se obtuvo preguntando los alimentos consumidos en las tres comidas previas a la aplicación de la encuesta.

Para el análisis de los conocimientos, éstos se agruparon en: a) sintomatología, b) complicaciones, c) medidas de control, d) factores de riesgo, e) evolución de la enfermedad; también se consideraron las actitudes en relación a: a) dieta, b) enfermo y c) terapia. Estas variables se midieron a través de la escala de Likert o de puntos sumativos, con la que se obtuvieron respuestas desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo", éstas se cuantificaron, sumándose la puntuación obtenida en los bloques mencionados. Los co-

nocimientos se consideraron como "profundos" cuando la puntuación fue igual o mayor al 70 por ciento y como "superficiales" cuando fue menor a éste. Para las actitudes se siguió el mismo procedimiento clasificándolas como "positivas" y "negativas".^{24,25}

El análisis de los datos se realizó en dos etapas: primeramente se procesó la información utilizando frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central de acuerdo al tipo de variables. Posteriormente se examinaron las variables dependientes en los grupos de "pacientes diabéticos controlados" y "pacientes diabéticos no controlados" para la identificación de factores asociados a dicho control, dicotomizando las variables para su manejo estadístico.

Estos datos se manejaron en tablas de contingencia y se empleó la *chi* cuadrada y el *odds ratio* (OR) para determinar su asociación y significancia estadística. Se consideró como tal cuando la *chi* cuadrada resultó mayor de 3.84 ($p < .05$) y cuando el OR fue mayor de 1 y su intervalo de confianza no incluyó la unidad.

El procesamiento se realizó a través de sistemas computarizados utilizando el programa Dbase III Plus para captura, y el SPSS-PC y STATCALC para su procesamiento y análisis estadístico.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

La edad de la población estudiada osciló entre 27 y 70 años con un promedio de 56.6 años. El 48 por ciento fueron hombres, y el 52 por ciento mujeres, el 83.47 por ciento eran casados y un 57.02 por ciento tuvo un nivel de escolaridad de analfabetas funcionales. El 67.7 por ciento de los sujetos estaban dentro de la población económicamente inactiva, lo que significa que los diabéticos son económicamente dependientes, mientras que un 62.8 por ciento reciben un ingreso familiar menor o igual al salario mínimo.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 37.1 por ciento tiene menos de 5 años y su primera acción al saberse diabéticos se concretó al uso de medicamentos en el 59.5 por ciento de los casos, mientras que sólo el 9.9 por ciento usó la dieta como primera acción.

De los aspectos investigados sobre familia se encontró que:

El 41.3 por ciento no tenía antecedentes familiares de diabetes; el 44.6 por ciento cumple el papel de madre; el 49.5 se encuentra en las últimas etapas del ciclo de vida familiar (fase de independencia y retiro); el 65.2 por ciento de las familias tiene una estructura nuclear, con un tamaño de dos a cuatro miembros en el 47.1 de las mismas.

La medición de la funcionalidad familiar permitió identificar en forma global su dinámica a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar; asimismo, permitió conocer la percepción que se tiene sobre su funcionamiento a fin de determinarse si la familia es un recurso para el paciente o si contribuye a su enfermedad. Así, se encontró que el 74.3 por ciento de los pacientes ubica a su familia como funcional y el 78.8 por ciento de los familiares la consideran en el mismo rubro.

Los conocimientos que los familiares poseen sobre la diabetes mellitus se investigaron en relación a la: sintomatología, complicaciones, evolución, factores de riesgo y medidas de control; se encontró que el 72.7 por ciento de las familias cuentan con conocimientos profundos sobre estos temas.

Las actitudes en relación al enfermo, la dieta y su terapia demostraron actitudes negativas en el 83.47 por ciento de los casos.

Con base en los alimentos consumidos 24 horas antes a la entrevista, se constató que tanto familiares como pacientes consumen los mismos alimentos: tortilla, frijol, leche, huevo y pan; por lo tanto, se carece de una dieta específica para el familiar diabético.

Para la identificación de factores asociados al control de la diabetes se procedió a dividir a los pacientes en dos grupos: enfermos con cifras de glicemia igual o menor a 140 mg/ml (controlados), y otro grupo con más de 140 mg/ml (no controlados).

De los 121 pacientes estudiados sólo 20 estaban controlados (16%). Se identificaron los factores relacionados con el control de la diabetes entre los dos grupos, controlados y no controlados, con los siguientes resultados:

La ubicación de los pacientes no controlados (53.3%) en un ciclo de vida familiar en las dos últimas etapas de este (independencia y retiro), resultó significativa (Chi cuadrada de 5.41 $p < .05$ OR= 3.5 intervalo de confianza= 1.1-11.8).

CUADRO I				
Influencia de la familia en el Diabético Tipo II en dos unidades de primer nivel de atención, Guadalajara, Jalisco, 1989.				
Factores de riesgo asociados al No control				
Factor	X ²	p	OR	I.C.
Ciclo de vida familiar:				
retiro y muerte	5.41	<0.05	3.5	1.1 - 11.8
Estructura familiar:				
familia nuclear	9.70	<0.01	4.61	1.52 - 14.41
Antecedentes familiares diabéticos	5.54	<0.05	3.21	1.07 - 9.89
Rol familiar: madre	9.90	<0.01	5.50	1.52 - 20.05
Conocimientos profundos				
de medidas de control	6.24	<0.05	3.39	1.13 - 10.23
Escolaridad	4.49	<0.05	0.30	0.08 - 1.05
Analfabetas funcionales				
Uso actual de medicamentos	5.80	<0.05	0.24	0.7 - 0.86

Fuente. Directa. Centro de Salud Comunitario. Unidad de Medicina Familiar IMSS

DISCUSIÓN

La dinámica de la diabetes mellitus tipo II ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar.

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás.

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requieren del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia.

La existencia de un patrón de nuclearización de la familia moderna urbana condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de pacientes. La ubicación del 53.3 por ciento de los no controlados en las fases terminales del ciclo familiar; (independencia retiro y muerte), muestra que el problema es más grave de lo que se considera, debido a que el número de personas que pueden ser emocional y económicamente dependientes en la sociedad (ancianos), va en aumento junto con las tasas crecientes de enfermedades crónicas.

La estructura familiar influye en el control del paciente diabético tipo II y en este estudio el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares. Este resultado se relaciona con lo que gran parte de las investigaciones afirman del "aislamiento" de la familia nuclear (no sólo del sistema de parentesco sino también del mundo laboral) y del acercamiento y dependencia entre sus miembros, así como del poco intercambio de apoyo con la red de parentesco. Asimismo, la teoría de Lomnitz y Sussman manifiesta que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos, situación que corroboraría nuestros resultados.

En una familia donde existen antecedentes o complicaciones de la diabetes mellitus se espera un mayor control en el paciente diabético, pero en el presente estudio se encontró que el 65 por ciento de los enfermos controlados no tenían antecedentes de la enfermedad. Lo anterior sugiere que se presta más apoyo para el control de una enfermedad nueva dentro de la familia y que aún con antecedentes deja de brindarse ayuda cuando, des-

pués de varios años de vivir con un paciente diabético, comprenden que su conducta no alterará el curso de la enfermedad; es decir, no hay remisión.

En cuanto al papel del paciente en la familia encontramos un considerable número de madres que no están controladas y que, al depender económicamente y tener menor contacto social, frecuentemente dejan el tratamiento para emplear el tiempo y energía al cuidado que requiere su familia y esperan lograr su control metabólico con una intervención mínima o nula de la familia.

En esta investigación se encontró una relación inversamente proporcional, entre los conocimientos familiares sobre la diabetes mellitus y el control metabólico; es decir, a mejores conocimientos, menor control.

Se puede suponer que contar con conocimientos es poco útil porque hay dificultades para operacionalizarlos en la práctica diaria; éstos deben permitir al individuo realizar juicios acerca de lo que es, puede y debe ser en relación con la diabetes mellitus.

El hecho de que un gran número de pacientes son analfabetas funcionales obstaculiza el control metabólico, ya que es imposible pedirles que etiqueten o numeren los medicamentos para su administración, vigilen sus cifras de glicemia (glucosurias) y lleven un registro de ellas.

Las limitaciones del paciente diabético requieren del apoyo de la familia para superar una serie de barreras en su tratamiento (el costo de asumir el papel de paciente, ya sea social, psicológico o económico), sin embargo, en estos enfermos se demostró que el logro y conservación de la salud se consideran como una responsabilidad individual; esto se reflejó en los resultados obtenidos al estudiar las actitudes de la familia en cuanto al enfermo, su dieta y su terapia.

El problema de tipo motivacional (actitudes negativas) en cuanto al régimen alimenticio repercute en el control metabólico del paciente diabético tipo II, dado que se estima que aproximadamente la mitad de la población diabética podría conseguir un buen control simplemente con un régimen dietético adecuado.

Las actitudes tienen en esta situación concreta un significado adaptativo, puesto que representan un eslabón psicológico fundamental entre la capacidad de percibir, sentir y emprender de familiares del paciente diabético. Una familia con actitudes negativas puede propiciar respuestas de comportamiento opuestas por parte del diabético para lograr el control metabólico.

La cultura, las costumbres, las experiencias emocionales con los alimentos y la educación nutricional que conforman los hábitos dietéticos son difíciles de vencer, pues crean resistencia a la introducción de nuevos patrones de alimentación.

Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de la funcionalidad familiar, se pueden explicar por el hecho de que este tipo de preguntas invaden la intimidad del individuo y de su familia, y por que las respuestas dadas por ambos se situarían en uno de los errores de respuesta como es la "deseabilidad social".

Aun con los sesgos y limitaciones que pudiera tener este estudio, los resultados obtenidos representan ejemplos claros de la importancia de considerar a la familia como en el análisis de las conductas sociales e individuales que operan en el diabético tipo II. La información obtenida de la valoración de la familia; permiten aportar elementos significativos en el señalamiento de caminos educativos necesarios para la instrumentación de programas pedagógicos en salud.

REFERENCIAS

1. Centro de Análisis de Programas Sanitarios. Tendencias actuales en educación sanitaria. Barcelona, España: Centro de Análisis de Programas Sanitarios, 1987:93.
2. Cardaci Rodríguez D. Notas sobre la evolución histórica de la educación sanitaria en el capitalismo. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1985:3-3.
3. Schauster A. La educación para la salud: bases para el desarrollo integral del niño. Bol Of Sanit Panam 1985;98(6):513-518.
4. Dirección General de Educación Higiénica. Manual de Normas de Educación para la Salud. México: SSA, 1976.
5. Salleras Sanmarti L. Educación sanitaria. Principios métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1985:65-74.
6. Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Shires DB, Hennen K. Medicina familiar. México: McGraw Hill, 1983:35-39.
7. Mc Drury C. Autocontrol. En: Moncada G. Diabetes mellitus. 2da. ed. Madrid, España: Panamericana, 1987:72-79.
8. Lasch C. Refugio en un mundo despiadado. La familia santuario o institución asediada. Barcelona España: Ed. Gedisa, 1984:239-250.
9. Anderson M. La familia, el hogar y la revolución industrial. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. México: Fondo de Cultura Económica, 1980:16-17.
10. Pérez U, Almonte VM. La familia como sistema, consideraciones acerca del rol padre madre. Rev Chilena Pediat 1981;56 (6):480-486.
11. Gartley E. Pacientes, médicos y enfermedades. Familia y la atención de la salud y seguridad social México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982: 123-126.
12. Susman MB, Burchinad LG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbana industrial de los Estados Unidos. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. México: Fondo de Cultura Económica, 1980:27-32.
13. Organización Panamericana de la Salud La mala nutrición y los hábitos alimentarios. México: OPS, 1963:13-24.
14. Levin I. Investigación en educación para la salud orientada hacia la familia, consideraciones generales. Bol Of Sanit Panam 1980;2(38):537-542.
15. Valadez I, Aldrete G. La familia como unidad de auto-atención. Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990:19:15-17.
16. Meissner WW. Family dynamics and psychosomatic process. Family Process 1966;(5):142-161.
17. Rodney MC. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Universidad, 1984:111-139.
18. Williams JJ, Leaman T. Estructura y función de la familia. En: Howard C. Medicina familiar. México, D.F.: Interamericana, 1974 64-72.
19. Brand J, Maymhen C. Fogarty systems therapy afour dimensional concept of selfed. Washington D C.: Groome Child Guidamec Center, 1971.
20. Harwitz NC *et al.* La familia y la salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985;98(2):144-153.

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II

21. Strowig S. La educación de pacientes, un modelo para la toma de decisiones autónomas y para la acción deliberada en la autoasistencia de la diabetes En: Clínicas Médicas de Norteamérica. México, D.F.: Interamericana, 1979: vol.7:1246-1255.
22. Garber AJ, Owen EO. Diabetes mellitus. En: Stein JH. Medicina interna. Barcelona: Salvat S.A., 1984; vol. 2:18-98.
23. Cerda Ochoa A. Diagnóstico de las alteraciones en la dinámica familiar. Querétaro: Memorias del Congreso de Medicina Familiar IMSS, 1989.
24. Papalia ED, Kos Olds SW. Psicología. México: McGraw Hill, 1989:638-645.
25. Gene FS. Medición de actitudes, problemas y métodos de la elaboración de escalas psicológicas. México: Trillas, 1976:59-182.