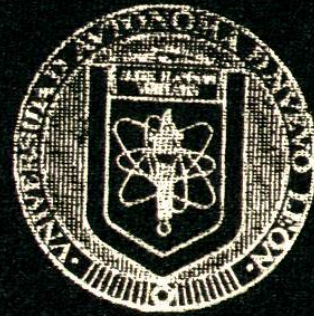


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**FUNCION FAMILIAR EN EL SEGUIMIENTO Y  
CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD  
EN SALUD COMUNITARIA**

**PRESENTA:**

**LIC. ELVIRA SAENZ LOPEZ**

**MONTERREY, N. L.**

**NOVIEMBRE DE 1992**



TM

RC660

S2

c#1



1080070869



BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

000028



AT  
LCCCO  
28

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



FUNCION FAMILIAR EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PACIENTE

## FUNCION FAMILIAR EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

### TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. ELVIRA SAENZ LOPEZ



MONTERREY, N.L.

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1992

(F080)

TM  
RC660  
52



(70869)

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**FUNCION FAMILIAR EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PACIENTE  
DIABETICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD  
COMUNITARIA**

**PRESENTA:  
LIC. ELVIRA SAENZ LOPEZ**

**MONTERREY, N.L**

**NOVIEMBRE DE 1992**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SECRETARIA DE POST GRADO**

**FUNCION FAMILIAR EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN  
TERAPEUTICO Y CONTROL GLUCEMICO**

**ASESOR**

**DR. JOSE M. RAMIREZ ARANDA**

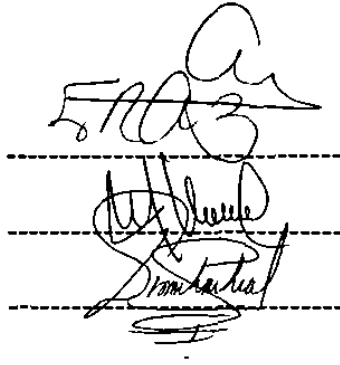
**ALUMNA**

**ELVIRA SAENZ LOPEZ**

**Monterrey, N.L., Noviembre de 1992.**



**NOTA DE APROBACION**

The image shows a handwritten signature in black ink, written over three horizontal dashed lines. The signature is cursive and appears to read 'J. M. Ramirez Aranda'. The lines are evenly spaced and extend across the width of the signature.

**PRESIDENTE  
DR. JOSE M. RAMIREZ ARANDA**

**SECRETARIA  
LIC. EN ENF. MAGDALENA ALONSO CASTILLO**

**VOCAL  
LIC. EN ENF. DORA ELIA SILVA LUNA**

**Monterrey, N.L., Noviembre de 1992.**

# **DEDICATORIA**

**A mis padres:**

**Guadalupe y Rubén**

**A mis hermanos:**

**Alberto  
Irma  
Héctor  
Raúl  
César**

**Por el apoyo y cariño que en todo momento me hicieron sentir.**

**A:**

**Rosa María**

**Beatriz**

**Anita**

**Socorro**

**Rosalva**

**Sofía**

**Mis compañeras de generación, y muy especialmente a Tere y Conchita.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Lic, Ester C. Gallegos, Coordinadora de la Maestria en la Secretaria de Post-Grado de la Facultad de Enfermeria de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al Dr. José Ramírez Aranda, asesor y miembro de la Comisión de Tesis.

A la Lic. Bertha Cecilia Salazar Gonzalez, mi admiración y respeto.

A la Lic. Orbilia Molina Seañez, por la confianza y apoyo brindados.

Al Arq. Oscar Rizk Asiz por su colaboración otorgada en la realización de este trabajo.

A todo el personal de la Secretaria de Post-Grado: Anita, Miriam, Irma, Maribell, Vicky, Roxana, Socorro y Miguel.

Gracias a todos.



## **RESUMEN**

La hipótesis a probar en este trabajo fué que las personas diabéticas de familias funcionales tenían mejor seguimiento del plan terapéutico y control glucémico.

Los instrumentos de medición utilizados fueron dos; la funcionalidad de las familias se evaluó a través del APGAR familiar, cuya validez y confiabilidad era conocida, y un cuestionario para la obtención de datos relacionados con el plan terapéutico y control glucémico, aplicados a 31 personas con Diabetes mellitus detectadas en la edad adulta y a un miembro de su familia.

Los resultados se analizaron mediante medidas de tendencia central, tablas de frecuencia absoluta y relativa y el coeficiente de correlación Cramer's V, para observar el grado de asociación entre las variables.

Se concluyó lo siguiente:

Hubo mayor respuesta al seguimiento del plan terapéutico de las personas diabéticas que pertenecían a familias funcionales, aunque la correlación establecida no fué significativa.

El funcionamiento familiar no fue determinante para que los diabéticos tuvieran un buen control glucémico. Es probable que el número de sujetos estudiados no haya permitido evidencia de los resultados.

# CONTENIDO

**Página**

## **CAPITULO I**

Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	5
Hipótesis.....	7
Importancia del Estudio.....	8
Limitaciones del Estudio.....	9
Definición de Términos.....	9

## **CAPITULO II**

Marco de Referencia.....	11
--------------------------	----

## **CAPITULO III**

Metodología.....	21
Sujetos de Estudio.....	21
Material.....	22
Procedimiento.....	25
Etica del Estudio.....	28

## **CAPITULO IV**

Resultados.....	29
-----------------	----

## **CAPITULO V**

Discusión.....	53
Conclusiones.....	57
Recomendaciones.....	58
Referencias Bibliográficas.....	59
Anexos.....	64



## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

Una de las enfermedades crónicas más comunes en todos los países es la Diabetes Mellitus, manifestando indicios de que sus complicaciones plantean problemas cada vez mayores a los servicios de salud; algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Grupo Nacional de Datos de Diabetes han hecho declaraciones en las que identifican a la diabetes mellitus como un problema de importancia creciente entre las enfermedades crónicas no transmisibles.

Actualmente, se reconoce que esta enfermedad comprende a un grupo heterogéneo de trastornos clínicos y genéticamente diferentes, en los cuales la hiperglucemia es el común denominador; siendo frecuentemente acompañada después de un tiempo por las complicaciones específicas microvasculares, macrovasculares y neuropáticas, (Rangel, 1991).

Así mismo puede separarse en dos síndromes patológicos generales; la

**Diabetes Mellitus tipo I o insulino-dependiente (DMID), la cual suele aparecer antes de la vida adulta temprana; constituyendo aproximadamente el 10 por ciento de los casos. Y la**

**Diabetes Mellitus tipo II, no insulino-dependiente (DMNID), presentándose en la edad adulta a la cual corresponden aproximadamente el 90 por ciento de los casos, (Rangel, 1991). Siendo esta última por su frecuencia la que adquiere mayor relevancia para su prevención y control en el Sector Salud.**

**Son múltiples los factores que se han asociado al aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta, entre ellos se encuentran; mayor longevidad, tipo de alimentación, estrés, sedentarismo, obesidad, factores del medio ambiente, entre otros.**

**Se ha reportado en la literatura datos de su prevalencia a nivel mundial, donde se calcula el 1.5 por ciento; y de un 6 por ciento en la población occidental, porcentaje que se eleva hasta 16 % si se refiere a personas mayores de 65 años, (OMS). En México se estima entre el 2 y 3 por ciento en población abierta (1989), a nivel estatal estudios en el área metropolitana de Monterrey reportaron cifras de 10.3 en Cd. Guadalupe y de un 5.6 por ciento en Apodaca, N.L. (1987).**

**Otro hecho relevante es el que se refiere a la mortalidad, ya sea por sí misma o sus complicaciones, durante 1981 y**

1982 en México se reportaron tasas de 21.7 y 22.9 por cada cien mil habitantes, respectivamente; en la actualidad se le ha llegado a ubicar en el tercer lugar como causa de muerte en el Distrito Federal.

Por su frecuencia y la repercusión individual, familiar y social se considera a la Diabetes Mellitus como un problema de Salud Pública que ha alcanzado una gran magnitud a nivel mundial ante esto, la Organización Mundial de la Salud ha establecido lineamientos y estrategias generales para el desarrollo de programas de atención, que persiguen metas en relación a medidas de prevención y control; el de prevenir o retrasar la aparición de complicaciones y en esa forma disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes y por ende su repercusión económico-social (Ovalle, 1991).

Se considera que la acción de estos lineamientos y estrategias generales, referidos por la OMS hacia la prevención y control de la diabetes recae en el Primer Nivel de Atención, dado que es uno de los sectores angulares en el logro de la meta general "Salud para todos en el año 2000". (Ovalle, 1991).

Sin embargo, aun cuando se conoce que la prevalencia de la diabetes varía considerablemente entre los países, grupos poblacionales y que son múltiples los factores asociados, hasta la fecha el problema de la atención médico-sanitaria de los pacientes constituye una dificultad. A la vez de que existen avances en la detección precoz del padecimiento, dentro del control de los pacientes se hace necesario una serie de actividades que rebasan por su carácter social los límites



**tradicionales en la atención,requiriendo por ello un enfoque más amplio en el contexto del cuidado donde se considera importante la intervención del núcleo familiar, para mejorar la atención del paciente. (García de Alba,1989).**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los comportamientos de salud y enfermedad de la familia como uno solo y los miembros de la familia como individuos, son interrelacionados dinamicamente y estan continuamente interactuando, asi mismo, los problemas de salud en uno de ellos afectan a los demás miembros de la familia. Su nivel de funciona mienmto y organización influyen en el comportamiento de los individuos,siendo en ella donde se establecen los niveles y practicas de salud que se imparten a sus miembros. Es por ello que cualquier disfunción (enfermedad o accidente) que afecta a uno o mas miembros de la familia, puede y frecuentemente afectará de alguna manera a los demás miembros y a la unidad como total (Friedman,1986). Por otro lado, la familia también funciona para satis facer las necesidades básicas de sus integrantes, ya sean físicas o sociales; dentro de las necesidades físicas se encuentra el cuidado de la salud y es en ésta donde la familia procura el cuidado preventivo y comparte la mayor atención en caso de enfer medad de alguno de sus miembros. (Friedman, 1986).Sin embargo, estas necesidades pueden no ser satisfechas por la familia,crean do como consecuencia una alteración de su funcionamiento que repercutirá en el comportamiento del individuo, más aúncuando requiere de atención y cuidado de su enfermedad.

En este sentido, para que la persona con una enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta, siga un plan terapéutico y

**mantenga un adecuado control glucémico implica una serie de cambios trascendentales en su conducta y comportamiento, así como del estilo de vida; estos cambios pueden representar un problema difícil de superar y es necesario que cuente con el apoyo e intervención de la familia.**

**Ramírez y Gómez (1986) y Cárdenas y Galindo (1988), refieren que el apoyo brindado por la familia en el cuidado del paciente diabético, repercute para que lleve a cabo las medidas terapéuticas en el manejo de su enfermedad.**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

**Cuál es la influencia de la función familiar en el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico del diabético, incorporado a un programa de atención en un Centro Comunitario ?.**

## **HIPOTESIS**

**H1. Los pacientes diabéticos de las familias funcionales tienen mejor seguimiento del plan terapéutico y control glucémico.**

**Ho. Los pacientes diabéticos de las familias funcionales no tienen mejor seguimiento del plan terapéutico y control glucémico.**

## **OBJETIVOS**

**Identificar a través de la aplicación del instrumento de Evaluación de la Función Familiar a las familias funcionales o disfuncionales que tienen un miembro con Diabetes Mellitus.**

**Identificar la relación entre la funcionalidad de la familia del paciente diabético en el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico adecuados.**

## **IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

**La importancia de identificar la funcionalidad de las familias que tienen un miembro con Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta, es trascendental para el profesional de enfermería, ya que ve al individuo dentro de su contexto social primario.**

**En este sentido, enfermería y principalmente el especialista en Salud Comunitaria tiene la posibilidad de intervenir directamente a nivel individual y familiar, enfocándose a aquellos aspectos donde existiera alguna alteración funcional.**

**Por otro lado, la atención requerida por la persona con esta enfermedad implica una serie de actividades que ha de realizar por ella misma y los integrantes de la familia, para llevar a cabo el seguimiento del plan terapéutico así como mantener el control glucémico adecuado; estas actividades en un momento dado pueden no ejecutarse, y enfermería a través de sus intervenciones en ambos niveles ayudaría para un cambio de conducta, con el propósito esencial de mejorar el funcionamiento familiar y el cuidado de la persona con diabetes mellitus.**

**Es también importante que al identificar como se relaciona la**

funcionalidad familiar en el seguimiento del plan terapéutico y el control glucémico, se contemplen dentro de los programas de atención al diabético, estrategias de acción con un propósito definido de involucrar a los demás miembros familiares y conjuntamente participar en el bienestar del paciente así como del núcleo familiar.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La presente investigación se enfocó a personas con Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta captados en el Programa de Atención a diabéticos, desarrollado por el Centro DIF Nuevo San Miguel, así como a su familia.

Dado que el grupo de estudio fue restringido a una población cautiva y asidua de dicho centro, no se puede generalizar a población abierta.

### **DEFINICION DE TERMINOS**

**FAMILIA** Grupo psicosocial constituida por el paciente y una o más personas, niños o adultos entre los cuales existe el compromiso de cuidarse, educarse, así como un interés sentimental mutuo.

**FUNCION FAMILIAR** Grado de interacción de los miembros de la familia que promueve la madurez emocional y física de éstos y de la familia como unidad.

**CONTROL GLUCEMICO** De acuerdo a los niveles de glucosa plasmática en ayunas (GPa) se considera:

Bueno \_ 150 mg/%  
Moderado \_ 151 a 199 mg/%  
Malo 200 mg/%.

## **SEGUIMIENTO DEL PLAN**

**TERAPEUTICO** Si el paciente lleva el cumplimiento del tratamiento en forma regular. Además de la asistencia a más del cincuenta por ciento de las citas programadas en un año.

**INTERACCION FAMILIAR** Influencia reciproca de apoyo entre cada uno de los miembros de la familia y el paciente diabético, para un fin específico.



## **CAPITULO II**

### **MARCO DE REFERENCIA**

En la búsqueda para encontrar métodos de ayuda a las personas con diabetes mellitus y mejorar su control, se ha venido ampliando el contexto del cuidado que incluyen los factores psicosociales. Un factor psicosocial que puede ejercer un efecto importante en este aspecto es la familia, por que es el grupo social primario en el cual el paciente se desenvuelve.

Mailick (1989), sugiere que tratar a una persona como si su enfermedad fuera una entidad separada o tratarse como un segmento, sin consideración al individuo en quien se aloja la enfermedad y de aquellos que conforman su entorno social, en este caso su familia, ya no es muy aceptable.

Además, la presencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia constituye un cambio radical en el entorno familiar, originado fundamentalmente por la aflicción y las posibles limitaciones del enfermo que

requiere ser atendido, cuidado y medicado. (Robles de Fabre,1987).

Considerando a la familia como el grupo primario para el individuo, es importante mencionar que es a través de la interacción familiar donde se satisfacen las necesidades básicas de afecto, físicas y sociales; el desarrollo y crecimiento individual; y prioritariamente el bienestar de cada uno de los miembros familiares. Sin embargo, las familias con un enfermo crónico manifiestan características diferentes en la interacción familiar originando alteraciones en su funcionamiento. Algunos autores refieren que la interacción entre los miembros de la familia permite cumplir con las metas del funcionamiento familiar, dando oportunidad para el crecimiento y desarrollo individual; en tanto la interacción que daña el crecimiento y desarrollo de sus miembros sería definido como una disfunción familiar. (Mengel,1988; Eustace,1987).

Se han realizado varias investigaciones respecto al funcionamiento familiar y han encontrado que la interacción familiar funcional o disfuncional afecta al paciente en su conducta para llevar a cabo tareas en el cuidado de su enfermedad; aspectos que se pueden indagar al paciente diabético noinsulino-dependiente y su familia, así como al seguimiento del plan terapéutico y control glucémico. Anderson y colegas (1981) y White (1988), en sus investigaciones demostraron asociaciones entre el control glucémico y funcionamiento familiar.

White estudió 30 niños con diabetes mellitus insulino-dependiente que estaban pobremente controlados, encontrando evidencia de disfunción familiar en la

mayoría de las familias y en las cuales había falta de involucramiento en el cuidado del paciente y conflictos familiares crónicos. El sugirió que la baja interacción familiar puede causar pobre control glucémico debido a una supervisión y apoyo inadecuado de los padres.

Asi mismo, Anderson y colegas al estudiar a 58 niños diabéticos, notaron una asociación entre el buen control glucémico y un mejor funcionamiento familiar, ala vez de más apoyo e involucramiento de la familia en el cuidado del paciente.

El personal de salud que proporciona atención primaria, generalmente se encuentra con pacientes diabéticos que no tienen un buen control glucémico o un seguimiento adecuado del tratamiento, en estos aspectos pueden influir varios factores importantes de contemplar principalmente por enfermería. Friedman (1986), refiere que la familia es una red intimamente unida e interdependiente, donde los problemas de un individuo se "filtran" y afectan a los demás miembros familiares; por ello, si la enfermera valora solo al individuo y no a la familia pasará por alto la configuración que se requiere para extender una valoración integral.

En las personas con diabetes mellitus detectada en la edad adulta, el control glucémico es importante ya que su objetivo principal es la prevención de complicaciones, no solo a largo plazo sino también las complicaciones metabólicas agudas. Se hace necesario llevar a cabo por parte del paciente medidas adecuadas que contemplen básicamente medicamento y dieta, reflejándose en el control de

alteraciones metabólicas como la hiperglucemia. Sin embargo, estas medidas crean en el paciente diabético modificaciones en su estilo de vida manifestándose también en su entorno familiar; cuando un miembro de la familia reconoce la importancia del régimen prescrito y otro no lo hace, surgen conflictos dentro de las interacciones familiares, o bien si permanecen neutrales o impiden el cambio.

Respecto al seguimiento del plan terapéutico se contemplan tres aspectos; asistencia a citas programadas, medicamento y dieta indicados, basándose en investigaciones previas con enfermos crónicos.

Cardenas (1986), refiere que en el seguimiento del tratamiento se correlacionan negativamente los siguientes factores; 1) duración de la enfermedad; 2) complejidad del tratamiento; 3) cantidad y grado de ajuste en los hábitos de vida y 4) experiencia negativa con el tratamiento. Y los factores que se asocian positivamente serían; 1) grado de conocimiento del paciente acerca de la enfermedad; 2) habilidad práctica para realizar los procedimientos involucrados (inyecciones, entre otros).

Según García de Alba (1988), las visitas periódicas que el paciente diabético realice y la supervisión regular del tratamiento (medicamento y dieta) por el personal de salud, contribuye a una respuesta favorable por el paciente en el cuidado de su enfermedad.

Los aspectos contemplados en el plan terapéutico, además de los factores que se asocian tanto positiva como negativa mente pueden tener gran influencia en el paciente, dado que la diabetes mellitus es una enfermedad de curso prolongado y tras la cual sólo se produce cierto grado de incapacidad. Por otro lado, un factor que se interrelaciona con el seguimiento del plan terapéutico es el ambiente familiar y el grado en que los miembros de la familia apoyen o se involucren en su cuidado.

Existen varias razones del porqué la familia puede influir en la conducta del paciente hacia un seguimiento del plan terapéutico; el primero y más obvio es el hecho de que se pueden romper las rutinas familiares, particularmente las horas y tipos de comidas; segundo otros miembros de la familia pueden no apoyar ciertos aspectos del tratamiento, porque no están conscientes de la seria condición de la enfermedad; o también por que algunas medidas terapéuticas pueden estar envueltas en dinámicas disfuncionales de la familia por problemas previos a la enfermedad y que pueden ser usados por el paciente o la familia para agredirse mutuamente, haciendo alusión al problema de salud que se presenta. (Mengel, 1988; Robles de Fabre, 1987).

Se han llevado a cabo investigaciones en relación de como las familias pueden influir en la conducta del paciente y de como el involucramiento o apoyo de los miembros familiares en el cuidado de un paciente con enfermedad crónica tiene el mismo efecto. Entre ellas está la de Doherty y colegas (1983), que estudiaron a 150

**pacientes masculinos en una clínica preventiva coronaria ambulatoria, encontrando evidencia de que el seguimiento del régimen terapéutico bajo en colesterol fué significativamente más alto en los pacientes que recibieron apoyo por parte de la esposa.**

**Otro fué el realizado por Morisky y colegas (1983), en 400 pacientes externos con hipertensión arterial, en un período de cinco años, dividieron a los sujetos de estudio en tres grupos con intervenciones educativas diseñadas para mejorar el seguimiento terapéutico, entre ellos estaba contemplada una visita para ayudar a un miembro de la familia a proveer apoyo al paciente, encontrando evidencia de que se mejoró el control de la presión sanguínea notablemente donde los miembros de la familia participaron en el cuidado del paciente. En ambos estudios la respuesta fué favorable por parte del paciente y del miembro de familia involucrado para mejorar las condiciones de salud, estos aspectos pueden ser predictivos con pacientes diabéticos, ya que se tratan igualmente de enfermedades crónicas y sugieren así mismo que el apoyo de los miembros de la familia tiene influencia fuerte y positiva en el seguimiento de un régimen terapéutico.**

**Para la valoración del funcionamiento familiar se han desarrollado diferentes enfoques que intentan explicar las funciones de la familia, uno de ellos es el Enfoque Estructural- Funcional de Marilyn Friedman, donde se ve a la familia como una unidad total con interrelaciones de sus integrantes, así mismo, la interacción hacia otras instituciones de salud y educativas.**

**Este enfoque analiza las características estructurales de la familia a través de la organización, distribución y la relación mutua de los miembros de la familia, y refiere que el estado funcional familiar es lo que la familia hace para llegar a la satisfacción de las necesidades de los miembros individuales y la sociedad mediante la realización de las funciones; afectivas, de socialización y colocación en sociedad, función de reproducción, económicas y por último la de atención a la salud.**

**Por otro lado, algunos autores refieren que para la comprensión tanto de la estructura como del funcionamiento familiar, es importante considerar el ciclo de vida familiar y la etapa en la que se encuentra en el momento de hacer la valoración el profesional de la salud, ya que este proceso implica la búsqueda de cambios funcionales y diferenciación estructural dentro de la familia dado por el mismo desarrollo del ciclo familiar, o bien para la adaptación a factores estresantes como; la presencia de una enfermedad crónica, la muerte del conyugue, divorcio, entre otros (Cardenas,1986; Robles de Fabre,1987; Mengel,1988).**

**Para fines de este estudio, se consideró la valoración de la función familiar desarrollado por Gabriel Smilkstein (1978), en el cual se inspeccionan cinco áreas relacionadas con la integridad funcional de la familia. Según Smilkstein el conocimiento de la estructura y el funcionamiento familiar juegan un papel importante en el entendimiento del individuo con problemas de salud, debido primordialmente al apoyo que proporcionen los miembros de la familia cuando es necesario.**



**Smilkstein contempla en la estructura familiar al paciente y una o más personas, y se basa en los tipos de forma familiar como: la familia nuclear; las que incorporan una o más miembros de la familia de origen (familia extensa); familias de un solo padre; familias reconstituidas y otras. Para él la función familiar es la acción que promueve el crecimiento emocional y físico, así como la madurez de cada uno de los miembros de la familia.**

**Con la finalidad de establecer los parámetros por medio de los cuales la salud funcional de la familia se puede evaluar, Smilkstein eligió cinco componentes básicos de la función familiar; esta decisión le permitió el desarrollo de un paradigma que puede ser comparado con el sistema de órganos del cuerpo, en la que cada componente tiene una función única pero al mismo tiempo cada una se interrelaciona con el todo. Es por ello, que la familia funcional puede considerarse como una unidad que demuestra integridad en todos los componentes.**

**La definición de los componentes contemplados son los siguientes:**

**Adaptación Utilización de los recursos intra y extra familiares para la solución de problemas, cuando el equilibrio familiar se ve afectado durante una crisis.**

**Sociedad Es el compartir decisiones y las**

**responsabilidades por los miembros de la familia.**

**Crecimiento** Es la maduración física y emocional y la autosatisfacción que se logra por los miembros de la familia a través de a poyo y ayuda mutua.

**Afecto** Relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

**Decisión de ayuda** Dedicación de tiempo a otros miembros de la familia para el crecimiento emocional y físico. También incluye una decisión para compartir bienes y espacio.

Para la valoración de los componentes antes mencionados, Smilkstein diseñó un instrumento llamado APGAR Familiar, que consta de cinco preguntas una para cada componente, graduadas en una escala de 0 a 10 puntos que proveen información acerca del funcionamiento familiar.

En relación a esto, Cardenas Ibarra y Colegas (1986), realizaron un estudio sobre la Función familiar y el grado

de control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta. Ellos evaluaron la función familiar a través del citado instrumento APGAR Familiar en una muestra de 385 personas, los cuales eran atendidos activamente en cinco centros comunitarios del Condado de Harris, en Houston Texas. El parámetro para medir el control glucémico fué la glicemia plasmática en ayunas (GPa), reportadas en seis meses de cada uno de los pacientes.

Cardenas y colegas sugirieron que una buena función familiar era característica del 92 % de los pacientes diabéticos en buen control, encontrando una asociación entre la función familiar y el grado de control glucémico de estas personas.

Se observó que algunas investigaciones ya han mostrado evidencia de relación entre la función familiar y el control glucémico de las personas con Diabetes Mellitus, el presente estudio puede conducir de igual manera a identificar una asociación entre el Seguimiento del plan terapéutico y control glucémico, dado que este último aspecto como lo refieren varios autores implica la interacción de los miembros de la familia para propiciar el bienestar de aquellos que requieren atención y cuidado (Robles de Fabre, 1987; Mengel, 1988).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

Este estudio fué realizado en personas con Diabetes Mellitus detectada en la edad adulta, que estan integrados al Programa de Atención al diabético, pertenecientes a las áreas de influencia y vigilancia de atención que brinda el Centro de Salud DIF Nuevo San Miguel.

### **SUJETOS DE ESTUDIO**

El universo de trabajo lo constituyeron los pacientes capatados en el programa de atención a diabéticos,entrevistados en el centro de salud o en su domicilio, previa selección de acuerdo a los criterios de inclusión, obteniendo un total de 31 personas.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- a) Pacientes con diabetes mellitus no insulino-dependientes.
- b) Que se les haya diagnosticado la diabetes después de un período de seis meses.
- c) Pacientes conviviendo en un núcleo familiar.
- d) Aceptación de participar en el estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- a) Pacientes con diabetes mellitus insulino- dependientes.**
  
- b) Aquellos que se les haya diagnosticado la diabetes mellitus antes de seis meses, ya que aún se encuentran en proceso de aceptación de la enfermedad. (Lipkin y Cohen, 1984).**
  
- c) Pacientes que vivan solos.**
  
- d) Aquellos que después de la cuarta visita no se encuentren en su domicilio.**

## **MATERIAL**

Para la obtención de la información se utilizó el instrumento de Evaluación de la Función Familiar, llamado APGAR Familiar cuya validez y confiabilidad fué comprobada por Gabriel Smilkstein y colegas (1979) y por Cardenas y colegas (1986); además de un Cuestionario Pre-codificado, para la obtención de datos del informante, su familia y aspectos relacionados con el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico.

El APGAR Familiar está diseñado para elegir un dato base, el cual permite medir en forma cualitativa la satisfacción del miembro de familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar, estos se eligieron por el autor dado que parecen representar los temas comunes de la literatura de las ciencias sociales que

**estudian las familias (Smilkstein, 1978). Los componentes básicos de la función familiar establecidos por Smilkstein son: Adaptación, Compañerismo, Maduración, Afecto y Decisión de ayuda.**

**El instrumento consta de cinco preguntas, una para cada componente, con tres opciones de respuesta y los siguientes valores cuantitativos:**

- a) Casi siempre = 2 puntos;**
- b) Algunas veces = 1 punto y**
- c) Casi nunca = 0 puntos;**

**Para valorar la frecuencia en que cada afirmación es aplicable en los miembros de la familia y el paciente.**

**Posteriormente la suma de los valores se promediaron y el resultado se tomó como puntuación media del Apgar Familiar con rango de 0 a 10 puntos.**

**Los criterios establecidos por Smilkstein para dar una categoría a la función familiar son:**

**Puntuación Apgar de 7 a 10 puntos indica una familia funcional.**

**Puntuación Apgar de 4 a 6 puntos sugiere una familia**

**moderadamente disfuncional y**

**Puntuación de 0 a 3 puntos indica una familia severamente disfuncional.**

**Sin embargo, para propósitos de este estudio se consideraron dos categorías; a) Familia funcional y b) Familia disfuncional. Dado que Smilkstein agrupa a las familias funcionales en el rango de 7 a 10 puntos y de 0 a 6 las considera con datos de disfunción, ya sea moderada o severa.**

**El cuestionario Pre-codificado, consta de cuatro aspectos**

**los cuales son:**

**I. Datos generales del paciente; edad, sexo, escolaridad, estado civil y domicilio.**

**II. Descripción de la familia; Número total de miembros, tipo de familia y ciclo de vida familiar.**

**III. Datos del control glucémico; resultado de la última glucemia plasmática y fecha de la última glucemia.**



**IV. Seguimiento del plan terapéutico; Tratamiento indicado; tratamiento que sigue en forma regular; número de citas programadas en el último año; número de citas asistidas.**

**Además de otros aspectos propios de la enfermedad que influyen en el seguimiento y control como; duración de la enfermedad, fecha de última consulta, complicaciones y enfermedades concomitantes.**

### **PROCEDIMIENTO**

**Se identificaron a los pacientes a través de la Hoja de Registro Diario, en el cual se lleva a cabo el control de los mismos en relación a; nombre, edad, domicilio, tratamiento indicado, resultado de glucemias plasmáticas y/o capilares. Posteriormente se hizo la revisión de cada uno de los expedientes para confirmación de los datos.**

**Fué necesario y de suma importancia tener un contacto con los pacientes antes de cualquier procedimiento en la aplicación de los instrumentos, ya que esto facilitó una comunicación más abierta y mayor colaboración por parte de ellos al estudio. Se asistió a las sesiones semanales que tenía el grupo de diabéticos en el centro de salud y se estableció contacto con el paciente y su familia en las visitas domiciliarias, o bien cuando el paciente acudía al centro de salud para la toma de glucemia capilar de control.**

**Se solicitó la colaboración del servicio de laboratorio de la Cruz Verde**

de Cd. Guadalupe, para la toma de glucemias plasmáticas y después del cumplimiento de los requisitos internos de la institución se canalizó a los pacientes para efectuarles el exámen.

A la vez, se pidió la cooperación del personal de enfermería del Centro de Salud DIF Nuevo San Miguel, para la aplicación de los instrumentos previo adiestramiento del llenado de los mismos; aspecto que fué trascendental, dado que estaban mejor identificadas con los pacientes y su familia facilitando la toma de los datos.

Se aplicaron los instrumentos al paciente y su familiar ya fuera conyuge, hijo mayor u otros, en su domicilio, en el centro de salud o en el aula de las sesiones semanales del grupo. Fué necesario realizar cuatro visitas domiciliarias para encontrar al familiar, ya que estos en algunas ocasiones no se encontraban en el momento de recolectar la información.

Para la aplicación del APGAR Familiar, se consideraron los datos en forma confidencial asegurando a las personas involucradas el no conocimiento de sus respuestas; además se llevó a cabo de una manera verbal, considerando que había personas que no sabían leer ni escribir y la pregunta se dejó a la propia interpretación del paciente y el familiar.

El cuestionario Pre-codificado, solamente se realizó por medio de los

datos que proporcionó el paciente, para después ser confirmados en el expediente del mismo.

El parámetro para la valoración del control glucémico, se consideró la fecha de la última glucemia plasmática en ayunas (GP<sub>a</sub>), realizada un mes antes del momento en que se levantaron los datos; en caso de que el paciente no contara con la última glucemia, se acordó con éste el día y la hora en que se tomaría la prueba de laboratorio. (Editorial Médica Panamericana EMP, 1990). Criterio para la valoración del control glicémico fue de menor o igual que 150 mg/% como buen control; 151 a 199 mg/% control moderado y de 200 y más mal control.

El valor de la glucosa (GP<sub>a</sub>) de menor o igual que 150 mg/%, se basó en la experiencia clínica de especialistas en el área de atención en un primer nivel. (Rull y Rangel, 1991).

El análisis de la información obtenida se hizo mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central, además se llevaron a cabo 45 pruebas de significancia con la Ji cuadrada, para observar la dependencia entre las variables estudiadas, sin embargo no se tomaron en cuenta para el estudio los casos en que había más de cinco celdillas vacías, (Yeneme, 1973); también se utilizó el Coeficiente de Correlación Cramer's V, el cual observa el grado de asociación

**entre las variables de nivel nominal en tablas mayores de 2 x 2 (Levin, 1989).**

### **ETICA DEL ESTUDIO**

**Para llevar a cabo este estudio se solicitó la autorización del Coordinador del Centro Comunitario Nuevo San Miguel. Así mismo, en la aplicación del Instrumento APGAR familiar y el Cuestionario Pre-codificado, se solicitó la autorización del paciente y su familiar; se les informó sobre el propósito del estudio y la importancia de su participación y colaboración, sobre todo que su participación era voluntaria y estrictamente confidencial.**

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

Con el propósito de identificar la relación entre la funcionalidad de la familia del paciente diabético en el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico, se aplicaron dos instrumentos; APGAR Familiar y el Cuestionario Precodificado a la persona con Diabetes Mellitud y a un miembro de la familia.

### CUADRO No. 1

#### DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS DIF NUEVO SAN MIGUEL DE ALLENDE, 1992.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 a 39	4	13.0 %
40 a 49	5	16.1 %
50 a 59	13	42.0 %
60 a 69	7	22.5 %
70 a 79	1	3.2 %
80 a 89	1	3.2 %
TOTAL	31	100.0

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Los datos demográficos de los pacientes entrevistados fueron los siguientes: Respecto a la edad de los pacientes se tiene que el 42 % pertenece al grupo de edad de 50 a 59 años; 22.6 % al de 60 a 69 años; el 16.1 de 40 a 49 años; un 12.9 % al de 30 a 39 años y 3.2 % a los de 70 a 79 años así como el grupo de 80 años y más, con una media de 54 años.

## CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS  
DIF NUEVO SAN MIGUEL DE ALLENDE, 1992.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	4	12.9 %
FEMENINO	27	87.1 %
TOTAL	31	100.0

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Los resultados en relación al sexo se obtuvo que el 87.1 % correspondía al femenino y un 12.9 % al masculino.

### CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES  
DIABETICOS ESTUDIADOS  
DIF NUEVO SAN MIGUEL DE ALLENDE, 1992.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	15	48.3 %
PRIMARIA INCOMPLETA	14	45.2 %
PRIMARIA COMPLETA	2	6.5 %
TOTAL	31	100.0

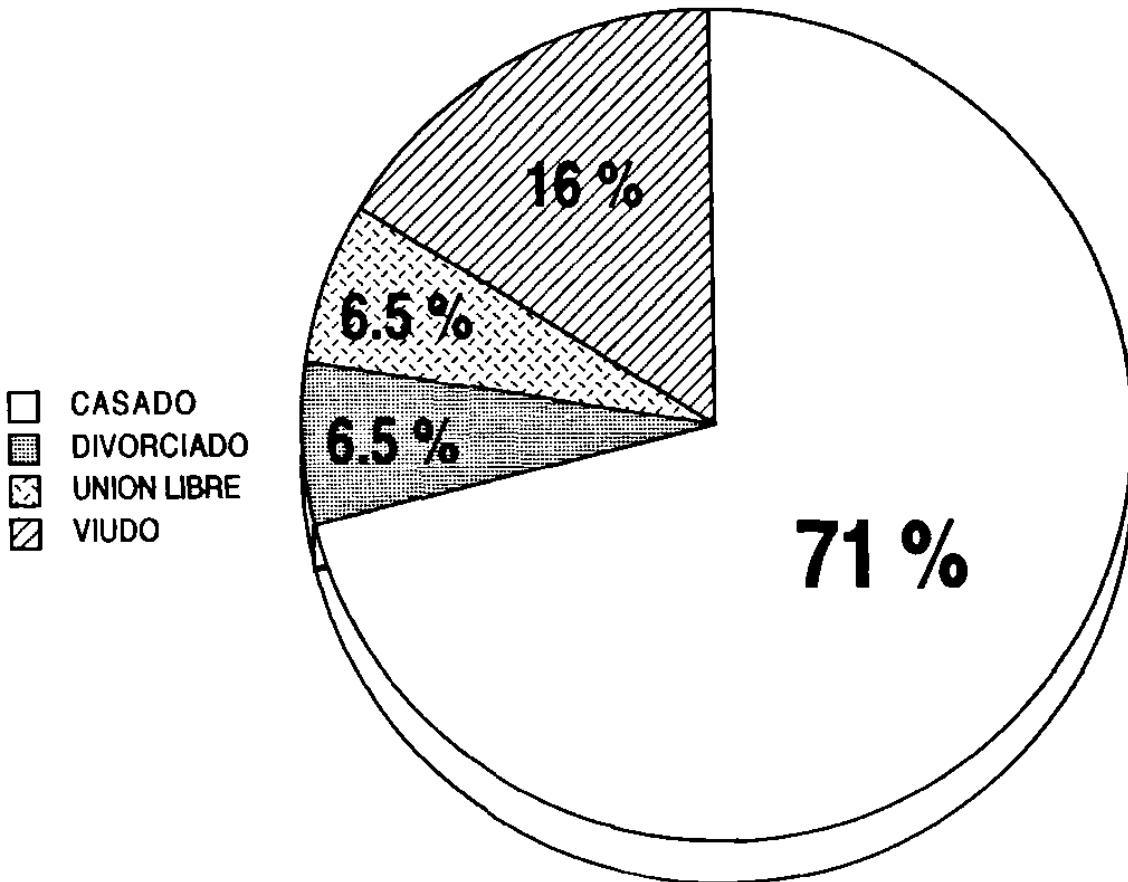
**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Referente a la escolaridad de las personas diabéticas, un alto porcentaje (48.3 %) no sabe leer ni escribir; el 45.2 % tenía primaria incompleta, y sólo el 6.5 % refirió haber terminado su educación primaria.



**FIGURA 1**

**DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL**

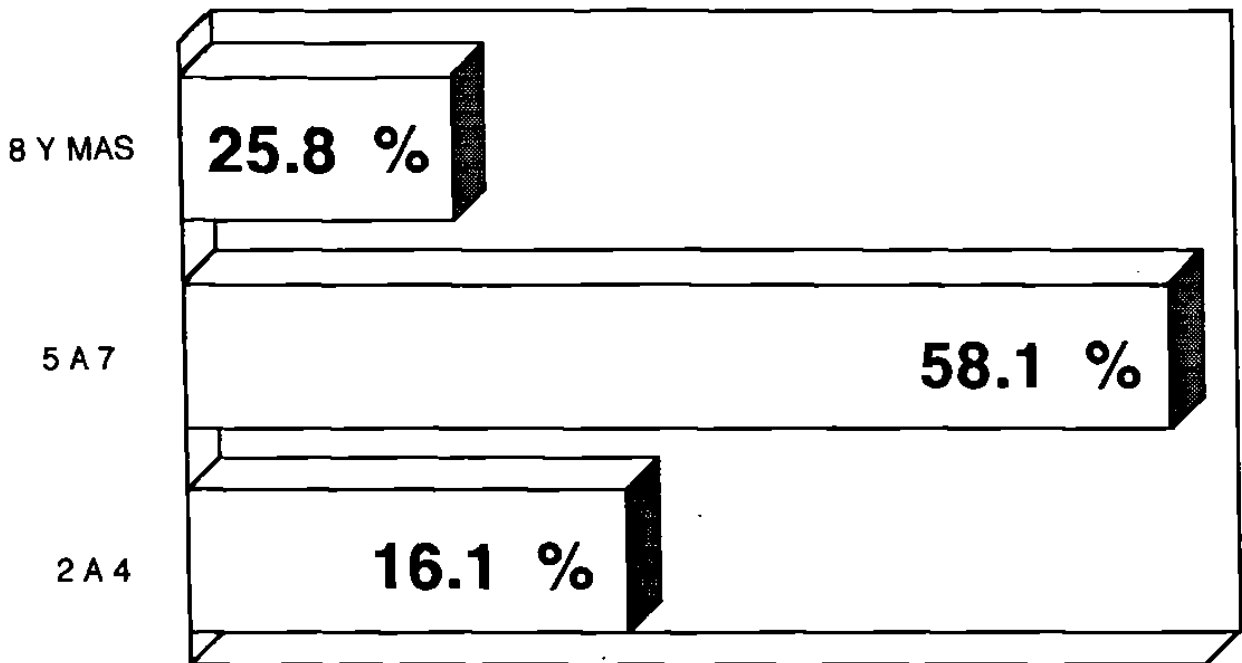


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. NSM-92.

De acuerdo al estado civil de los pacientes, 22 personas (71 %) eran casados; cinco (16.0 %) eran viudos; dos (6.5) correspondían a la categoría de divorciados y dos (6.5 %) se encontraban en unión libre (Ver Figura 1).

**FIGURA 2**

**NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA**

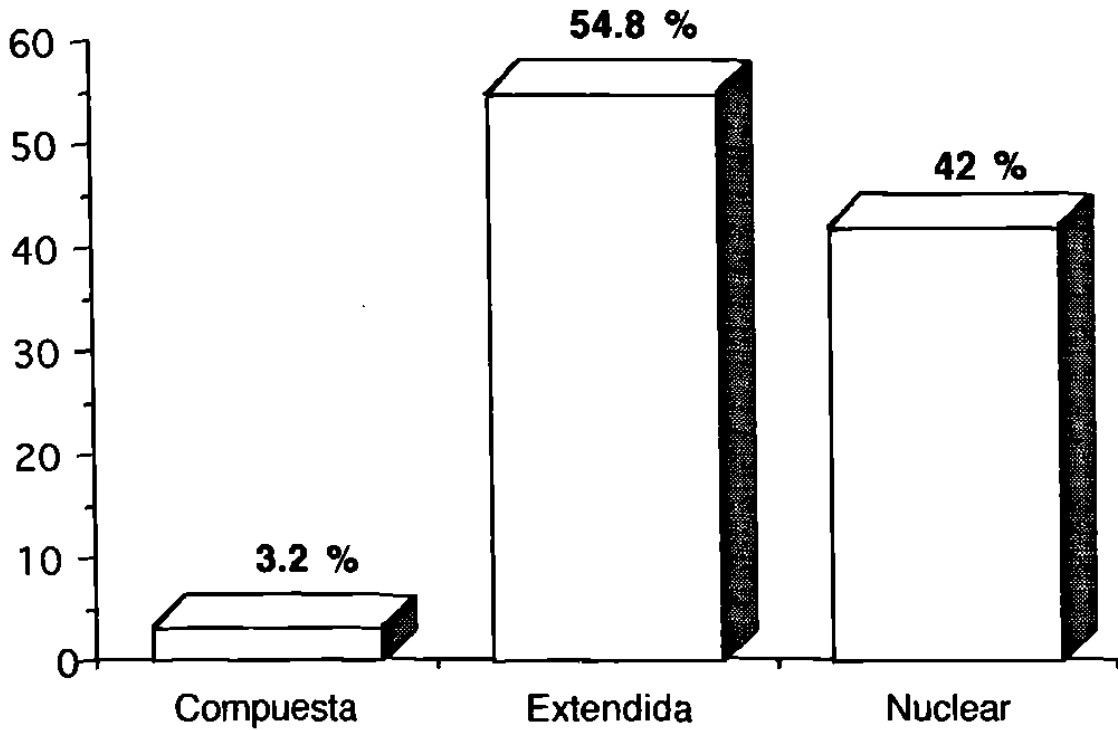


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. NSM-92.

En la valoración que se realizó a la familia del paciente, figuran como aspectos importantes la Estructura y el Ciclo de Vida Familiar; en relación al primero, se tomó en cuenta el Número de Miembros, obteniendo que 18 familias (58.1 %) tenían de 5 a 7 miembros, 8 (25.8 %) de 2 a 4, y 5 (16.1 %) contaban con 8 y más; con un promedio de miembros por familia de 5.7 (Ver Figura 2).

**FIGURA 3**

**TIPOS DE FAMILIA**

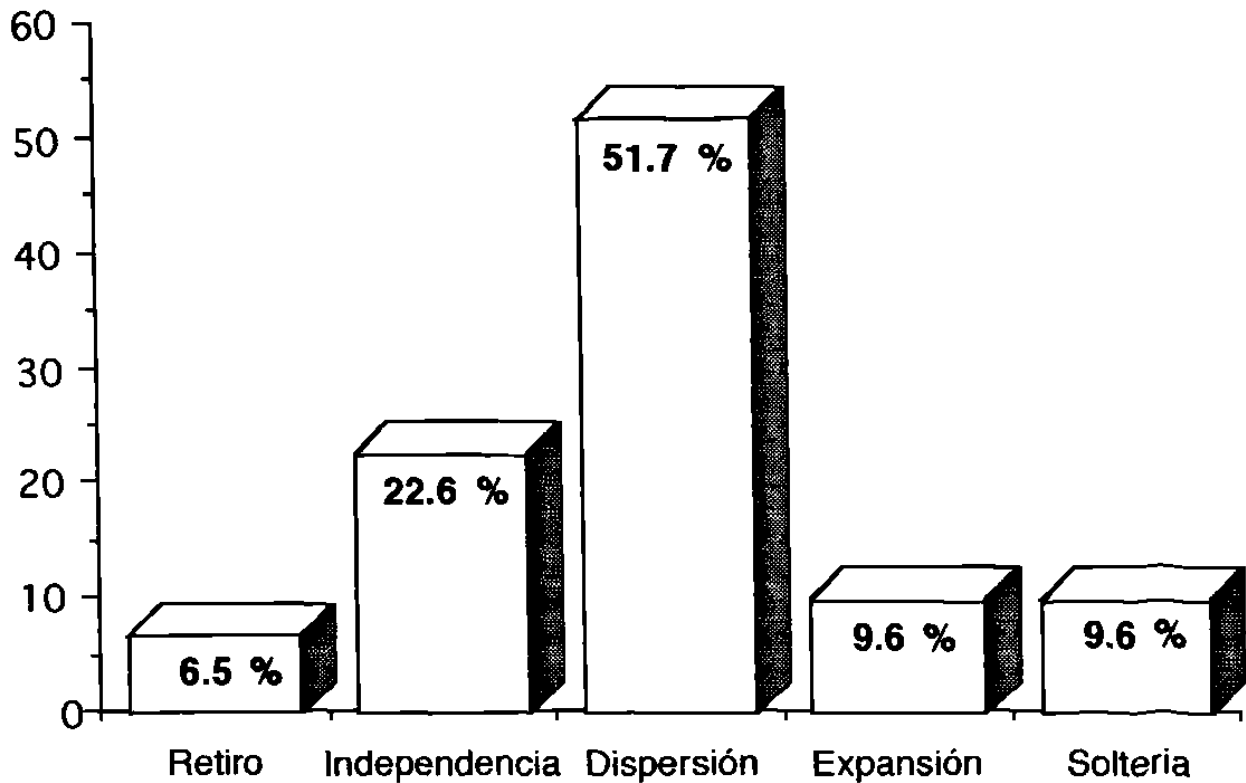


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

En lo que concierne a la Estructura de la Familia, se contemplo el Tipo de Forma Familiar obteniendo lo siguiente; 17 familias (54.8 %) eran extendidas, trece (42 %) nucleares y una familia (3.2 %) compuesta (Ver Figura 3).

**FIGURA 4**

**CICLO DE VIDA FAMILIAR**

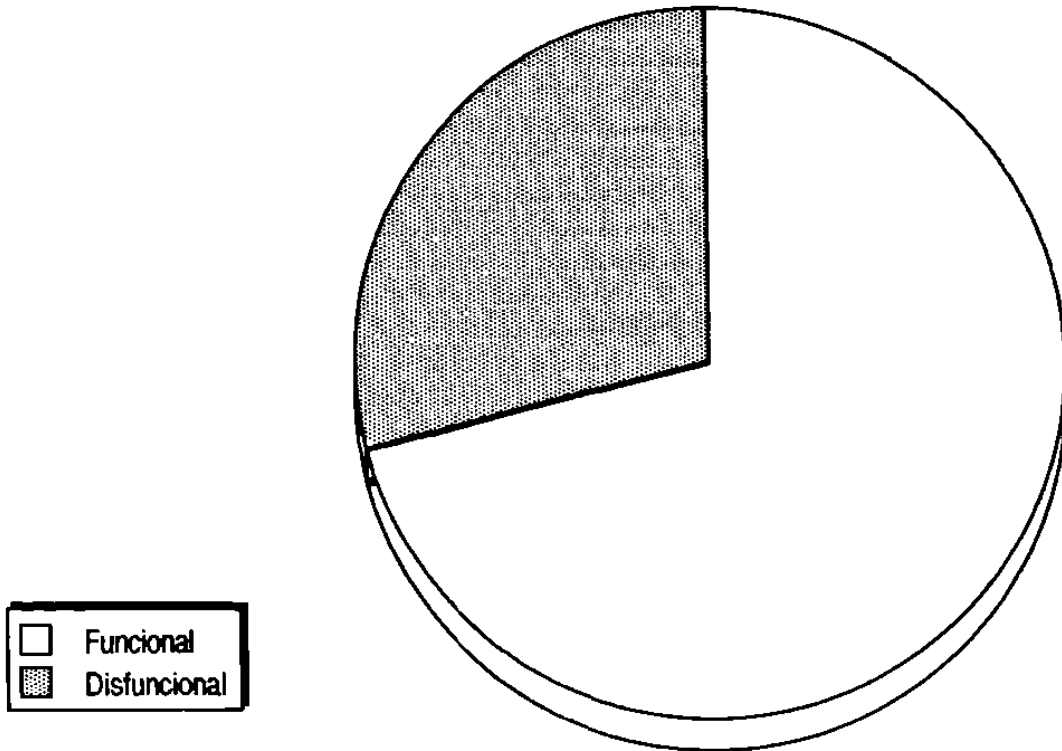


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

En lo que se refiere al Ciclo de Vida familiar y de acuerdo a las etapas referidas por Garza Elizondo (1989), se encontró que 16 familias (51.7 %) pertenecían a la etapa de Dispersión, siete (22.6 %) en Independencia, en la de Soltería y Expansión tres familias (9.6 %) respectivamente para cada etapa y dos (6.5 %) a la de Retiro (Ver Figura 4).

**FIGURA 5**

**FUNCION FAMILIAR**

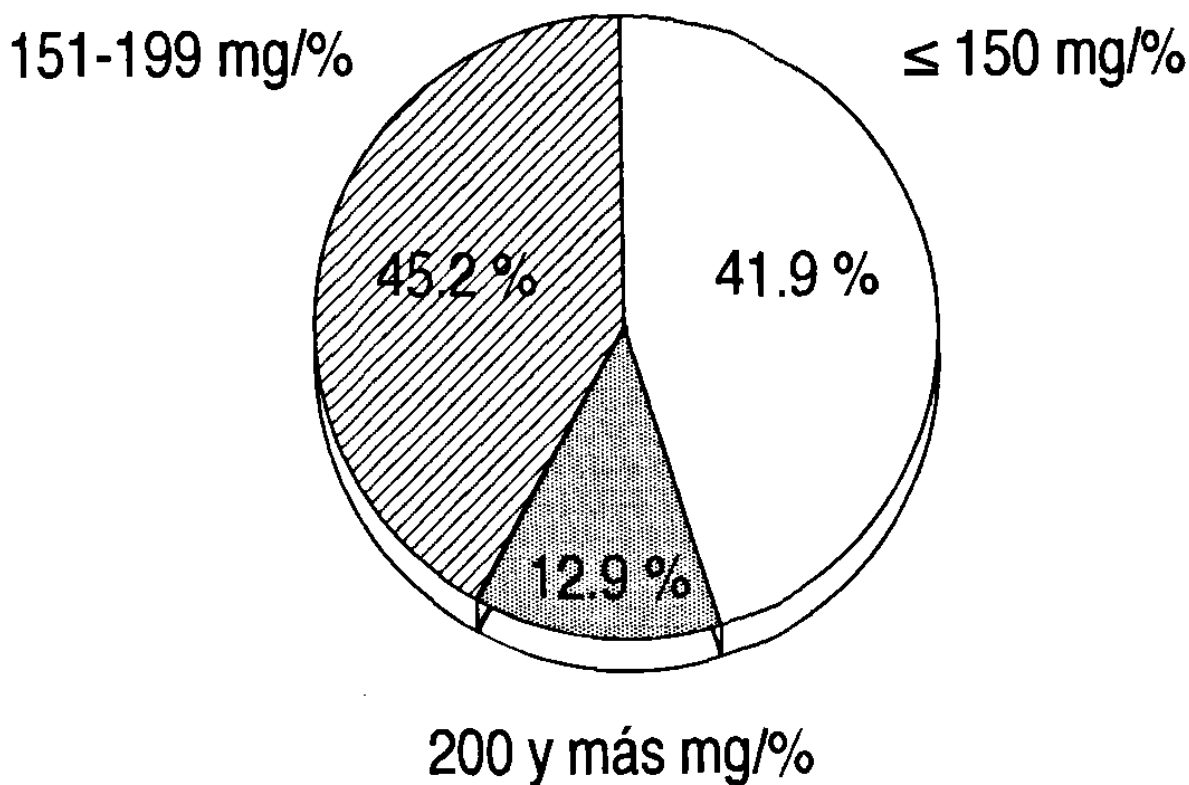


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

Dado que uno de los objetivos principales del presente estudio fué, la identificación de la Función Familiar a través del Instrumento de evaluación de Gabriel Smilkstein llamado APGAR Familiar, en su aplicación se encontro que 22 familias (71 %) fueron clasificadas como funcionales y nueve (29 %) como disfuncionales (Ver Figura 5).

**FIGURA 6**

**RESULTADO DE LA ULTIMA GLUCEMIA**



**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

En lo que se refiere al Control Glucémico de las personas diabéticas, se contempló la Fecha y el Resultado de la última glucemia plasmática en ayunas (GPa); en relación a la fecha y basándose en el parámetro establecido para la valoración del Control Glucémico, se encontró que el 32.2 % de los pacientes se había hecho el exámen en el lapso de un mes; y un 67.7 % después de este tiempo (Ver Anexo No. 1 ); los cuales se canalizaron al servicio de laboratorio de la Cruz Verde de Cd. Guadalupe. Así mismo, los datos obtenidos respecto al Resultado de la Última Glucemia Plasmática el 41.9 % estaban en buen control (< 150 mg/%) ; un 45.2 % en control moderado (151 a 199 mg/%) ; y solo el 12.9 % tenían mal control glucémico (200 y más mg%), (Ver Figura 6).

## CUADRO 4

### RELACION ENTRE TRATAMIENTO INDICADO Y TRATAMIENTO QUE SIGUE EL PACIENTE EN FORMA REGULAR. DIF NUEVO SAN MIGUEL, 1992.

TRATAMIENTO INDICADO \ TRATAMIENTO QUE SIGUE	MEDICAMENTO Y DIETA		MEDICAMENTO		DIETA		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
REGULAR	15	55.5	3	100.0	1	100.0	19	61.3
NO REGULAR	12	44.4	0	0.0	0	0.0	21	38.7
TOTAL	27	100.0	3	100.0	1	100.0	31	100.0

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Dentro de los datos que corresponden al seguimiento del plan terapéutico, se obtuvo que un 87.1 % tenían indicado un tratamiento basado en medicamento y dieta; el 9.7% solo medicamento y un 3.2 % dieta. Sin embargo, al hacer una relación de los pacientes que seguían el tratamiento indicado en forma regular, se encontró que el total de los que tenían prescrito medicamento y dieta solo el 55.5 % lo llevaban a cabo; y a los que se les indicó ya sea medicamento o dieta si lo seguían en forma regular, obteniendo un total del 61.3% de los pacientes que seguían el tratamiento indicado regularmente.

## CUADRO No. 5

RELACION ENTRE CITAS PROGRAMADAS EN EL ULTIMO AÑO Y LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES A LA CITA PROGRAMADA. DIF NUEVO SAN MIGUEL DE ALLENDE, 1992.

NUMERO DE CITAS PROGRAMADAS	NUMERO DE PACIENTES	ASISTENCIA A CITA PROGRAMADA	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 A 5	1	1	100.0
6 A 8	9	5	55.5
9 Y MAS	21	20	95.2
TOTAL	31	26	83.8

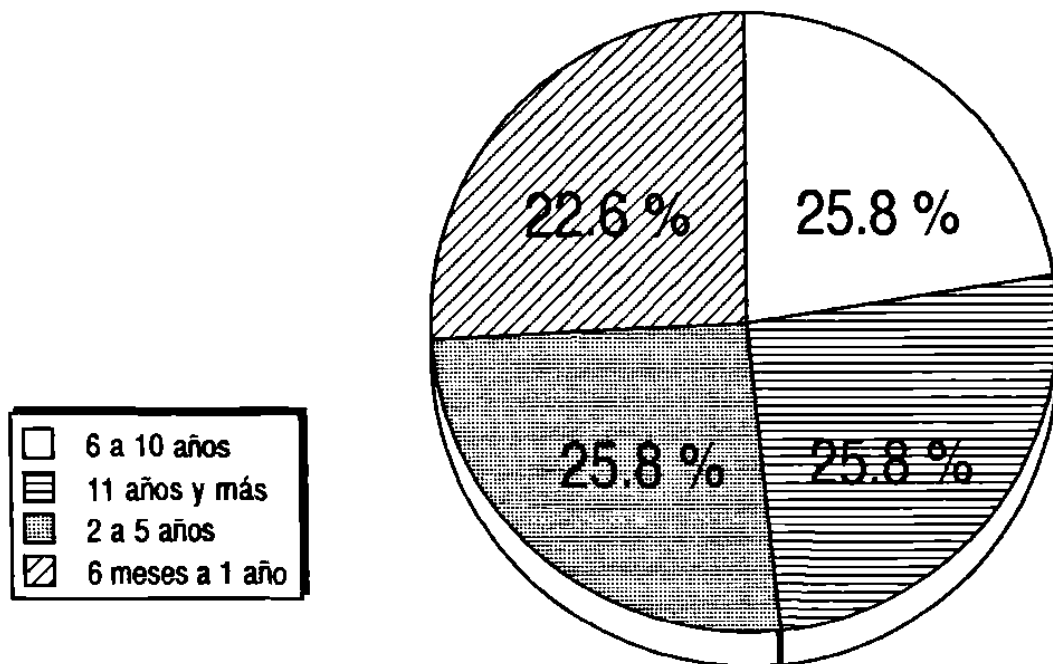
**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

De acuerdo al número de citas que se les programaron a los pacientes en el último año, se obtuvo que el 67.7% tenía 9 y mas citas; un 29.0% de 6 a 8 y un 3.2% de 3 a 5. De éstas citas programadas y a las cuales asistió el paciente se encontró que un 95.2% acudió en el rango contemplado de 9 y más citas, un 55.5% al de 6 a 8; solo una persona se le programó una cita en ese lapso, a la cual se presento. Del total de los pacientes programados y su asistencia a la cita lo constituyó un 83.8%.



**FIGURA 7**

**DURACION DE LA ENFERMEDAD**

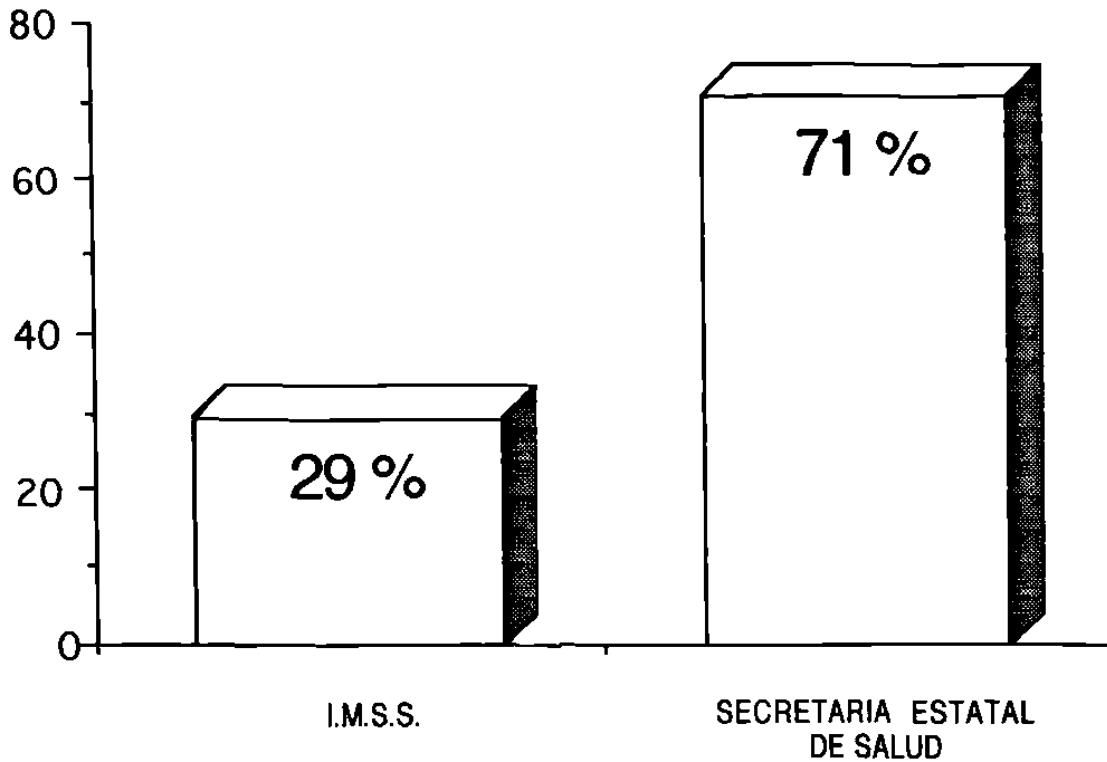


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

Los datos concernientes al tiempo en que las personas tenían de haber presentado la diabetes mellitus, se obtuvo que ocho personas (25.8 %) correspondieron en igual proporción a las categorías de: 6 meses a 1 año, 2 a 5 años, 11 años y más; y siete personas (22.6 %) con duración de la enfermedad de 6 a 10 años (Ver Figura 7).

**FIGURA 8**

**COBERTURA MEDICA**

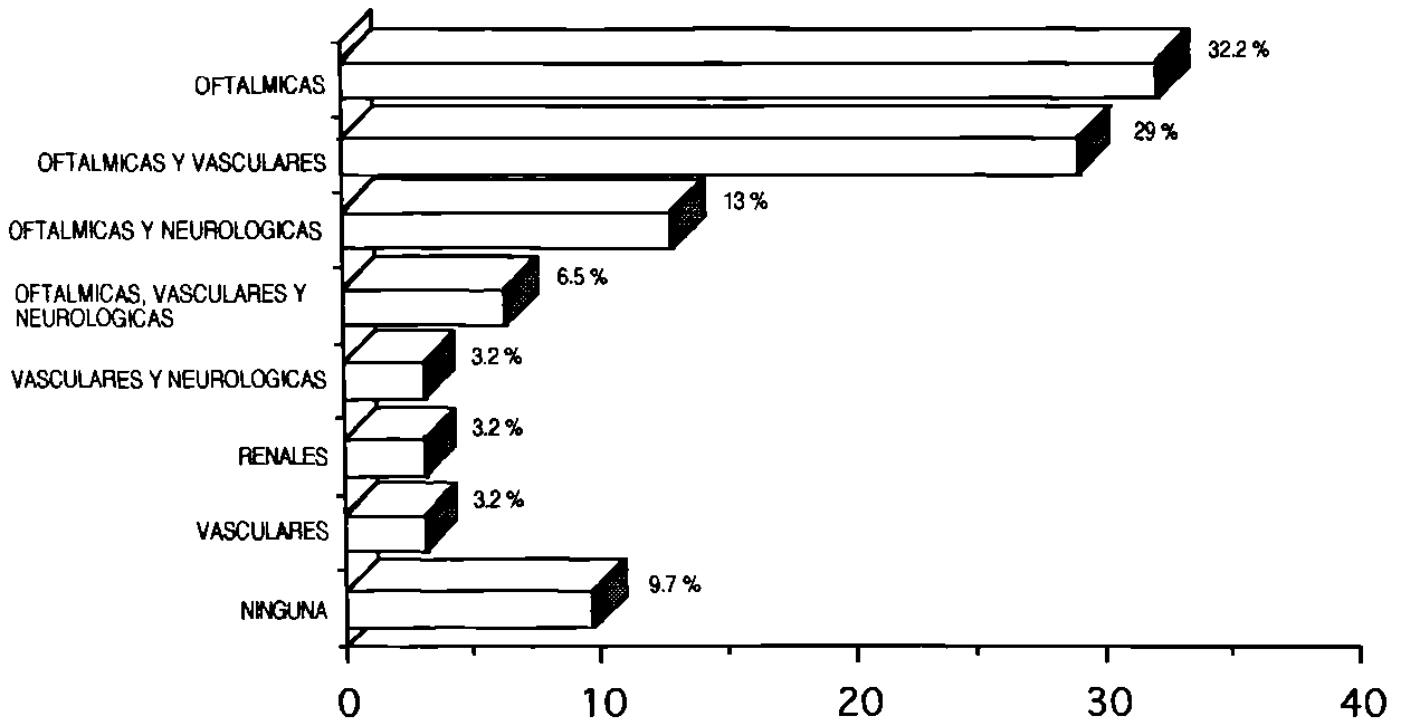


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

La cobertura médica que tenían los pacientes, estaba dada por el Sector Estatal de Salud en 22 personas (71 %) y nueve (29 %) por el Instituto Mexicano del Seguro Social (Ver Figura 8).

**FIGURA 9**

**COMPLICACIONES PROPIAS DE LA DIABETES MELLITUS**

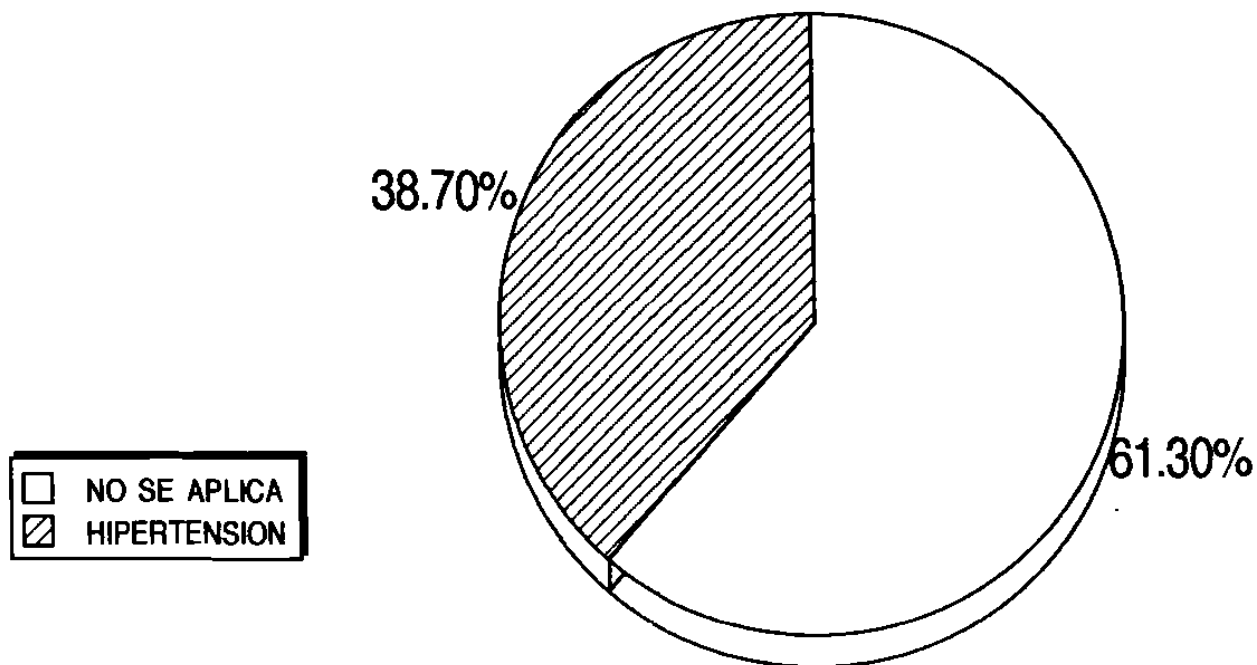


**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

En lo que se refiere a las complicaciones que presentaban los pacientes diabéticos propias de la enfermedad, diez (32.2%) solo tenían alteraciones oftálmicas; nueve (29 %) oftálmicas y vasculares; cuatro (13 %) con oftálmicas y neurológicas; tres (9.7 %) ninguna complicación: dos (6.5%) tenían ya alteraciones oftálmicas, neurológicas y vasculares; una persona (3.2 %) neurológicas y vasculares; una (3.2 %) ya con problema renal; y un paciente (3.2 %) solo presentaba complicación vascular (Ver Figura 9).

**FIGURA 10**

**ENFERMEDADES CONCOMITANTES**



**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO. DIF NSM-92.

Así mismo, se indagó la presencia de alguna enfermedad concomitante en las personas diabéticas encontrando que, 19 (61.3 %) no presentaban otra enfermedad y doce personas (38.7 %) tenían Hipertensión Arterial agregada (Ver Figura 10).

## CUADRO No. 6

### CORRELACION ENTRE PACIENTES QUE SIGUEN EL TRATAMIENTO EN FORMA REGULAR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

DIF NUEVO SAN MIGUEL DE ALLENDE, 1992.

GRUPO DE EDAD	MEDICACION Y DIETA	MEDICACION	DIETA	TOTAL	PORCENTAJE
FUNCIONAL	10	2	1	13	68.4
DISFUNCIONAL	5	1	0	6	31.6
TOTAL	15	3	1	19	100.0

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Se hizo una correlación de las variables funcional familiar y el tipo de tratamiento indicado que sigue el diabético en forma regular, el grado de asociación fue positiva débil de 0.33025 y una covarianza de 0.10. El 68.4% de los pacientes que pertenece a una familia funcional siguen el tratamiento en cualquiera de sus modalidades, medicamento, dieta o ambos; y un 31.6% se encuentra en la categoría de familias disfuncionales.

## CUADRO 7

### COLABORACION ENTRE ASISTENCIA A CITAS PROGRAMADAS Y FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS. DIF NUEVO SAN MIGUEL, 1992.

ASISTENCIA A LA CITA FAMILIAS	SI		NO		TOTAL	PORCENTAJE
	NUMERO	%	NUMERO	%		
FUNCIONAL	20	64.5	2	6.5	22	61.3
DISFUNCIONAL	6	19.3	3	9.7	9	38.7
TOTAL	26	83.8	5	16.2	31	100.0

N = 31  
Cramer's V = .23054  
Cov. = 0.05

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Se correlacionó el grupo de los pacientes que pertenecieron a familias funcionales y disfuncionales con la asistencia de éstos a las citas programadas, en el grupo de los diabéticos de familias disfuncionales, 6 si asistieron a la cita programada y 3 no, mientras en el grupo de las familias funcionales 20 si lo hicieron y 2 no; estadísticamente se hizo la prueba Cramer's V para determinar la relación de las variables y se obtuvo una asociación positiva débil de .23054 y una covarianza de 0.05.

## CUADRO 8

### CORRELACION ENTRE ULTIMA GLUCEMIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR. DIF NUEVO SAN MIGUEL, 1992.

RESULTADO DE LA ULTIMA GLUCEMIA FAMILIAS	MENOS DE 150		151 A 199		200 Y MAS		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
FUNCIONAL	12	38.7	7	22.6	3	9.7	22	71.0
DISFUNCIONAL	1	3.2	7	22.6	1	3.2	9	29.0
TOTAL	13	41.9	14	45.2	4	12.9	31	100.0

N = 31  
Cramer's V = .43597  
Cov. = 0.19

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.

Para identificar la relación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico, se realizó la correlación entre ambas variables, mostrando una asociación positiva moderada de 0.4397 y una covarianza de 0.19. En la categoría de pacientes de buen control glucémico, 12 de ellos (38.7%) pertenecía a familias funcionales; del grupo de familias con disfunción sólo un paciente tenía buen control.

**CUADRO No. 9**

CONCEPTO	RESULTADO DE LA ULTIMA GLUCEMIA	
	CRAMER	COVARIANCIA
TIPO DE TRATAMIENTO QUE SIGUE EN FORMA REGULAR	0.28573	0.08
NUMERO DE CONSULTAS ASISTIDAS	0.26900	0.07

**FUENTE:** CORRELACION Y VARIANCIA EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

De los aspectos contemplados en el seguimiento del plan terapéutico los cuales eran tipo de tratamiento que seguía el diabético en forma regular y el número de consultas asistidas, se indagó si existía asociación con el resultado de la última glucemia plasmática en ayunas (GPa), encontrándose en la correlación de estas variables una evidencia no significativa, ya que los valores de la Cramer's indicaron una asociación débil de 0.28573 y 0.26900 respectivamente (Ver Cuadro 9).



**CUADRO No. 10**

CONCEPTO	TRATAMIENTO INDICADO	
	CRAMER	COVARIANCIA
TIPO DE TRATAMIENTO QUE SIGUE EN FORMA REGULAR	0.75066	0.56

**FUENTE:** CORRELACION Y VARIANCIA EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

Se observó que el grado de asociación fué positivamente fuerte en la correlación de las variables Tratamiento indicado con el tipo de tratamiento que sigue el paciente en forma regular con un valor de 0.75066 y una covariancia de 0.56; lo que indica una respuesta favorable por parte del diabético en el apego al tratamiento en cualquiera de las modalidades ya mencionadas. (Ver Cuadro 10).

**CUADRO No. 11**

CONCEPTO	NUMERO DE CONSULTAS ASISTIDAS	
	CRAMER	COVARIANCIA
NUMERO DE CONSULTAS PROGRAMADAS DURANTE EL ULTIMO AÑO.	0.50992	0.26

**FUENTE:** CORRELACION Y VARIANCIA EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

Se realizó una asociación entre el número de consultas asistidas y el número de consultas programadas durante el ultimo año, encontrandose que el valor de la Cramer fué de 0.50992, o sea una asociación positiva moderada, lo que sugiere una respuesta aceptable por parte del paciente a la asistencia de las consultas que se programaron. (Ver Cuadro 11).

**CUADRO No. 12**

CONCEPTO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
	CRAMER	COVARIANCIA
NUMERO DE MIEMBROS	0.11677	0.01
TIPO DE FAMILIA	0.35665	0.12
CICLO FAMILIAR	0.29127	0.08

**FUENTE:** CORRELACION Y VARIANCIA EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

Para identificar si existía una relación de la funcionalidad familiar con otros aspectos contemplados tanto de la estructura y el ciclo de vida familiar, se llevó a cabo la correlación de estas variables, no encontrándose evidencias significativas estadísticamente (Ver Cuadro 12).

**CUADRO No. 13**

CONCEPTO	DURACION DE LA ENFERMEDAD	
	CRAMER	COVARIANCIA
TIPO DE TRATAMIENTO QUE SIGUE EN FORMA REGULAR	0.30056	0.09
NUMERO DE CONSULTAS ASISTIDAS	0.26983	0.07

**FUENTE:** CORRELACION Y VARIANCIA EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

Se hicieron correlaciones de las variables Duración de la Enfermedad con Tipo de Tratamiento que sigue el diabético en forma regular y el número de consultas asistidas, observándose grados de asociación positiva débil de 0.30056 y 0.26963, respectivamente (Ver Cuadro 13).

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

**La relación entre el funcionamiento familiar y el control glucémico se debe observar desde una perspectiva psicosocial aunada a la enfermedad, donde el ambiente familiar en que se desenvuelve el paciente influye en forma determinante a través de la interacción de la familia, considerando así mismo que puede ser un factor de ayuda o un factor tensionante para que el paciente lleve a cabo medidas de control o bien adopte una conducta hacia un seguimiento del plan terapéutico.**

**Los resultados obtenidos de la asociación entre el control glucémico y funcionamiento familiar, en este estudio indican una débil correlación, donde sólo un 38.7 por ciento de los pacientes en buen control pertenecían a familias con buen funcionamiento familiar; este hallazgo no está de acuerdo a lo reportado en la literatura, ya que en la investigación realizada por White (1988), en niños con diabetes mellitus insulino-dependiente, afirma que encontró evidencia de disfunción familiar en la mayoría de los niños pobremente controlados.**

**Por otro lado, la investigación realizada por Cardenas y colegas (1986), en pacientes con diabetes mellitus detectada en la edad adulta, encontró que el 92 por ciento de los pacientes diabéticos en buen control pertenecían a familias funcionales. Es probable que la diferencia entre los resultados de Cardenas y colegas y esta**

investigación, se deba a que ellos tuvieron la oportunidad de analizar un número de individuos mucho más grande que el presente estudio.

En lo que se refiere al seguimiento del plan terapéutico asociado al funcionamiento familiar, no se encontró evidencia significativa, aun cuando casi dos tercios de los pacientes que seguían un tratamiento regular y una asistencia a las citas programadas pertenecían a familias funcionales.

No se han reportado estudios donde se relacionen estos dos aspectos, el más cercano es el realizado por Morisky y colegas (1983), en pacientes con hipertensión arterial, donde encontraron que si hubo estabilización de la presión sanguínea, cuando los miembros de la familia participaban y brindaban apoyo en el cuidado del paciente. Además del funcionamiento familiar, existen múltiples factores que no se contemplaron en este trabajo pero que pueden afectar para que se lleve a cabo el tratamiento en forma regular, por mencionar algunos, la complejidad del tratamiento, accesibilidad al medicamento, educación del paciente en relación a su enfermedad.

De los hallazgos sobresalientes en este estudio, se tiene que el nivel de un buen control glucémico fue alcanzado en un 41.9 por ciento de los pacientes, como lo indicó la glucosa plasmática en ayunas. Resultado que se considera importante, pues to que otros estudios realizados con pacientes diabéticos no insulino-dependientes revelan cifras porcentuales menores, (García de Alba, 1989., Cardenas y Galindo

1989); sin embargo, no se descarta la posibilidad de que este hallazgo pudo ser influenciado por el criterio de valoración del control glucémico establecido de menor o igual que 150 mg/%.

Cabe señalar que es una población cautiva, adscrita a un programa y donde existe el compromiso del personal de salud para la atención del paciente; además de todo un proceso para el seguimiento del diabético, mediante visitas domiciliarias periódicas efectuadas por el profesional de enfermería.

Así mismo, se observó que más del 50 por ciento de los pacientes llevaban a cabo en forma regular el tratamiento prescrito de medicamento y dieta. Existen estudios donde refieren la gran dificultad por parte del paciente el seguir un régimen terapéutico, debido a que implica alteraciones en su estilo de vida y a diversos factores asociados como duración de la enfermedad; sin embargo al realizar la indagación sobre este último factor no se obtuvo una asociación significativa, aunque esto pueda ser por la distribución proporcional en cada una de las categorías establecidas.

Por otra parte, la asistencia a las citas programadas en el último año fue elevada; García de Alba (1989), observó una frecuencia baja de consultas anuales de pacientes diabéticos en una unidad de primer nivel; además en la presente investigación se trató de ser más específica la asistencia en concordancia con las citas

programadas, ya que así se observaría la respuesta del paciente, encontrando resultados muy favorables en este aspecto.

La literatura reporta que para valorar los progresos del paciente en su control metabólico son fundamentales las visitas periódicas, ya que una supervisión regular anima al paciente al buen control (García de Alba, 1988); sin embargo, los resultados obtenidos en relación a la frecuencia de las citas asistidas con el control glucémico no revelaron una asociación significativa, lo que conlleva a sugerir la intervención de otros factores que pudieron estar influyendo y que no se consideraron en este trabajo.

Como complemento al funcionamiento familiar se identificó la estructura de las familias, dado que Friedman (1986) y Cardenas (1986), refieren que la integridad de la misma lleva a que la familia sea capaz de satisfacer sus funciones y facilitar sus logros, con la presencia de los miembros clave como el conyugue, hijos, padres y otros, sin embargo, al realizar la asociación de estos dos aspectos no se encontró evidencia significativa, resultado que concuerda con el estudio realizado por Cardenas y colegas (1986).



## **CONCLUSIONES**

**Se identificaron las familias de los pacientes diabéticos quienes de acuerdo al criterio establecido por Gabriel Smilkstein, a través del APGAR familiar, pertenecen a familias funcionales y disfuncionales.**

**La asociación entre control glucémico de los pacientes y funcionamiento familiar no fué significativa, sin embargo en otros estudios efectuados sobre el tema, dicha relación ha tenido asociaciones positivas. Es probable que el número de sujetos estudiados no haya permitido significancia en los resultados.**

**Asi mismo, el funcionamiento familiar asociado con el seguimiento de un tratamiento regular y la asistencia a las citas programadas, no fué un predictor significativo; sin embargo, hubo mayor respuesta en pacientes que pertenecian a familias funcionales.**

**Se observó una respuesta positiva de las personas con diabetes mellitus hacia el seguimiento del plan terapéutico, que contempla el tratamiento que sigue el paciente en forma regular y la asistencia a las citas programadas, aunque se puede considerar como una consecuencia de las medidas estratégicas que actualmente se realizan en el programa de atención al diabético, existente el Centro Comunitario DIF Nuevo San Miguel y el cual es ejecutado por el personal de enfermería.**

## **RECOMENDACIONES**

**Para la enfermería comunitaria, es importante conocer la trascendencia que tiene la familia en la salud individual de sus miembros, así mismo considerar a ésta como unidad en el cuidado de la salud.**

**Por lo que se sugiere que la enfermera que brinda atención en un primer nivel, introduzca en sus programas de atención, estrategias de acción encaminadas a involucrar a los miembros de la familia en el cuidado del paciente diabético, a fin de que en su función de coordinadora actúe de enlace entre el sistema de salud y la familia, ampliando así el contexto de la atención de estas personas.**

**Se sugiere de igual manera que el instrumento para valorar la función familiar como el APGAR, puede ser utilizado en centros que brindan atención primaria, ya que proporciona información relevante en este aspecto, y en ese sentido formular intervenciones en el núcleo familiar de los pacientes con diabetes mellitus.**

**Así mismo, es necesario insistir acerca del problema, en el sentido de que se lleve a cabo con mayor número de sujetos y analizar causa- efecto del funcionamiento familiar con el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico, de las personas con esta enfermedad, ya sea en esta comunidad o en otras con características similares.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarez Gutierrez A., Latapi Pablo., Leñero Otero., (1987). Como somos los mexicanos. Centro de Estudios Educativos A.C. (2a. Edición). México.

Andreson B.L., Auslender W.F. (1980). Research on Diabetes Management and Family, A Critique. Diabetes Care. 3, 696-702.

Cardenas Ibarra L. M.D. (1986) Glycemia Control and Family Function. The American Journal of Medical Sciences.

Cardenas Ibarra L., Paulick V., Yusim L., (1986). An Evaluation of three instruments to asses family function in comunity health centers. Baylor Colege of Medicine. Houston Texas.

Cardenas Villarreal V., Galindo Cruz A., (1989). La conducta del paciente diabético hacia su control. 2o. Seminario de Investiga ción. Artículo Inédito. Facultad de Enfermería UANL Monterrey, Nuevo León. México.

Cervantes Rangel J. (1987). Efecto de la diabetes sobre la salud. Gaceta Médica de México. Organo de la Academia Nacional de medicina. 123, 9-10. México.

Clarck M., Mulmed L.N., Whithenhouse F. (1991). Diabetes Tipo II: Tratamiento y

complicaciones. Atención Médica Mexicana. 5,925. México.

García de Alba J., Ríos González J., Castañeda Parra R. (1989). Algunos aspectos Clínicos-epidemiológicos de la Diabetes mellitus. Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública. 31 669-673.

Doherty W. S., Schott H. G., Metacalf L. (1983). Effects of Spouse Support and Health Beliefs on Medication Adherence. Journal Family Practice. 17, 837-841.

EDITORIAL Médica Panamericana. (1990).,Diabetes Mellitus.,(Primera Ed.),España.  
Autor.

Elston Robert C., Johnson W.D. (1990). Principios de Bioestadística. México.  
Manual Moderno.

Franz Marrion., (1989). Goals for Diabetes Education. American Diabetes Association.  
Autor.

Friedman Marilyn M. R.N. (1986). Family Nursing Theory and Assessment. (2a. Ed.). Appleton Century-Craft.

García Manzanillo H. M.S.P. (1989). Manual de Investigación aplicado en Servicios de Salud. México. Prensa Médica Mexicana.

Garza Elizondo T., Saavedra J.A., (1989). Salud Mental Dinamica Familiar, México. Serie APRISA.

Kilo Charles, M.D. (1989). What the diabetic patient has to know and do. Education the diabetic patient. Science and Medicine Publisher.

Kornbilt Analía. (1984). Somática Familiar. Enfermedad Orgánica y Familia. España. GEDISA.

Krall Leop, M.D. (1990). El Amplio Mundo de la Diabetes Mellitus. The Diabetes Educator. 12, 305-383.

Levin Jack., (1989). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México.

Lipkin Gladys B., Cohen R.G. (1984). Atención emocional del paciente. México. La prensa Médica Mexicana.

Lorraine M., Iwright., Maurren Leahey. (1986). Nurses and Families. A guide to Family Assessment and Intervention. (6a. ed.). Davis Company. Philadelphia.

Mailikc Mildred. (1989). El impacto de la enfermedad severa en el individuo y la familia: Una Vision General.

Mengel Mark B. (1988). Functional Assessment of Families with a Diabetic person. Primary Care. 15. 219-232.

Minuchin Salvador., (1986). Familias y Terapia Familiar. (5a. ed.). Argentina. GEDISA.

Ovalle Berumen F., (1991). Lineamientos de la Organización Mundial de la salud y de la Federación Intrnacional de Diabetes. Simposium de la Federación de Asociaciones Mexicanas de Diabetes. (pp. 45). México. Autor.

Ramírez Aranda J.M., Gómez Gómez C.(1986). Análisis de los Facto res que Influyen en el Apoyo al Regimen Terapéutico en Enfermos Crónicos en el Primer Nivel de Atención. (Rep. investigación). Monterrey, N.L. Medicina Familiar. Facultad de Medicina UANL.

Robles de Fabre., Jenkins Eustace., Fernandez de Cerruti., (1989). El enfermo Crónico y su Familia; Propuestas Terapéuticas. México. Ediciones Nuevomar.

Rojas Soriano R. (1989). Guía para realizar Investigaciones So ciales. (4a. ed.). México Editorial Plaza Valdéz.

Satir Virginia. (1986). Relaciones en el Núcleo Familiar. Argenti na. Editorial Paidos.

Smilkstein Gabriel. (1978) The Family APGAR. Journal Families Practice. 6.

1231-1239.

Stanhope M., Lancaster Jannet. (1984). Promoting the Healt of families in the comunity. Community Health Nursing. Mosby. Co.

Yeneme, T. (1973). Estadística. México. Litografía Ingramex.

## ANEXO No. 1

### DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN FECHA DE LA ULTIMA GLUCEMIA PLASMATICA

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE UN MES	10	32.3
MAS DE UN MES	21	67.7
TOTAL	31	100.0

**FUENTE:** DIRECTA DEL ESTUDIO.



## ANEXO No. 2

### APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy satisfecho de que puedo contar con la ayuda de mi _____ cuando tengo algun problema.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho de la forma en que mi _____ y yo hablamos sobre las cosas y como resolvemos los problemas.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho de que mi _____ acepta y apoya mis deseos de tener nuevas actividades o ahacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho de la forma en que mi _____ expresa afecto y responde a mis sentimientos de enojo, tristeza y amor.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho de la forma en que mi _____ y yo pasamos el tiempo juntos.	_____	_____	_____
Puntuación APGAR	_____	_____	_____

### ANEXO No. 3

#### CUESTIONARIO PRE-CODIFICADO

**OBJETIVO.** Obtener la información mediante su aplicación de los datos concernientes al paciente, su familia y los aspectos contemplados del plan terapéutico y control glucémico.

#### I. DATOS GENERALES

No. de cédula \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_

Sexo (1) Masculino (2) Femenino

##### Escolaridad.

(1) Analfabetismo (4) Secundaria  
(2) Primaria incom. (5) Técnica  
(3) Primaria compl. (6) Profesional

##### Estado Civil.

(1) Soltero (4) Unión Libre  
(2) Casado (5) Divorciado  
(3) Viudo

#### II. DESCRIPCION DE LA FAMILIA.

Número total de miembros \_\_\_\_

##### Tipo de familia.

(1) Nuclear (4) Reconstituida  
(2) Extendida (5) De un sólo padre.  
(3) Compuesta

##### Ciclo de vida familiar.

(1) Soltería (4) Independencia  
(2) Expansión (5) Retiro y muerte  
(3) Dispersión

#### III. CONTROL GLUCEMICO

Fecha de la última glucémia plasmática

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Día Mes Año

**Resultado resultado de la última glucémia plasmática.**

( ) ( ) ( ) mg/%.

#### **IV. SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPEUTICO**

**Tratamiento indicado.**

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| (1) Medicamento | (3) Ambos   |
| (2) Dieta       | (4) Ninguno |

**Tratamiento que sigue en forma regular.**

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| (1) Medicamento | (3) Ambos   |
| (2) Dieta       | (4) Ninguno |

**Número de citas programadas en el último año.**

( ) ( )

**Número de citas asistidas.**

( ) ( )

**Fecha de la última consulta.**

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

Día Mes Año

#### **OTROS ASPECTOS**

**Duración de la enfermedad.**

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| (1) 6 meses a 1 año | (3) 6 años a 10 a. |
| (2) 2 años a 5 años | (4) 11 años y más. |

**Cobertura Médica.**

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| (1) Asistencia Social | (3) ISSSTE |
| (2) IMSS              | (4) Otros. |

**Complicaciones propias de la enfermedad.**

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| (1) Oftálmicas   | (4) Cardíacas.  |
| (2) Renales      | (5) Vasculares. |
| (3) Neurológicas | (6) Otras       |

**Enfermedades crónicas concomitantes.**

- |        |        |
|--------|--------|
| (1) Si | (2) No |
|--------|--------|

Cuales \_\_\_\_\_



