

Efecto de las características, funcionalidad y rutinas sobre la salud familiar en DT2

García Solano, Beatriz¹
Baéz Hernández, Francisco Javier²
Flores Merlo, Marcela³
García Madrid, Guillermina⁴

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Facultad de Enfermería, Puebla, México, bgsolano@hotmail.com

² Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Facultad de Enfermería, Puebla, México, jav007@hotmail.com

³ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Facultad de Enfermería, Puebla, México, merlo73@hotmail.com

⁴ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Facultad de Enfermería, Puebla, México, guillergm25@hotmail.com

Resumen: La Diabetes Tipo 2 (DT2) es la segunda causa de mortalidad en México, se le atribuyen el 28.71% de los decesos totales. Las características, funcionalidad y rutinas, están involucradas en el sostenimiento del cuidado de quienes viven con diabetes. Las personas requieren de sus familias para manejar con éxito el tratamiento debido a que el cuidado de la enfermedad es complejo y va más allá del control glucémico. El Modelo de Salud Familiar de Denham, fue seleccionado como sustento teórico, postula que la salud familiar responde a un proceso de construcción social cuyos insumos provienen del contexto, función y estructura familiar.

Objetivo: Determinar el efecto de las características, funcionalidad y rutinas sobre la salud familiar en DT2.

Métodos: El diseño fue descriptivo explicativo, transversal, 222 sujetos integraron la muestra por conveniencia. Se aplicaron tres instrumentos y un cuestionario.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 43 años ($DE=6.2$) y 11.5 años ($DE=3.1$) de escolaridad; el 58.1% ($n=129$) fueron mujeres. Al cuantificar las respuestas sobre percepción de salud familiar ($M=75.42$, $DE=6.72$), funcionalidad (76.08 , $DE = 9.32$) y rutinas ($M=69.14$, $DE=3.13$), se obtuvieron valores promedio altos. Se realizaron

correlaciones producto-momento de Pearson (r), donde se encontró que la funcionalidad se relacionó fuertemente con rutinas ($r=.625, p<.001$) y con salud familiar ($r=.776, p<.001$). Así mismo, mejores rutinas implican mejor salud familiar ($r=.454, p<.001$) en DT2. Se ajustó un modelo lineal general univariado, este resultó significativo ($F(1,152)=88.02, p<.001$), explicando un 63.7% de la varianza en salud familiar ($R^2_{ajustada}=.637$) por la funcionalidad.

Conclusiones: Los hallazgos permiten comprender mejor la salud familiar y como esta se afecta por las características, funcionalidad y rutinas. Los resultados sugieren seguir estudiando este fenómeno incorporando variables del contexto familiar externo, desde una perspectiva de bienestar y como afecta a la salud individual en DT2.

Palabras clave: Familia, Composición familiar, Hábitos, Salud de la familia, Diabetes mellitus tipo 2, Enfermería de la familia.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Tipo 2 (DT2) es considerada un grave problema de salud pública a nivel mundial, está catalogada como la “pandemia” del siglo XXI, según la Federación Internacional de Diabetes (FID) ¹. En el mundo hay 422 millones de personas que padecen DT2, según lo declarado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en 2016 ² esta cifra que se incrementará a 642 millones para el año 2040. Asimismo ocupa el primer lugar en mortalidad en América Latina y el segundo en México con una prevalencia de 9.4% en personas de 20 a 79 años de edad, la incidencia acumulada es de 8.4 en hombres y 10.3 en mujeres ³.

La DT2 constituye una carga económica y social para la persona que la padece, la familia y la sociedad en general; ésta se origina en los tratamientos, consultas, hospitalizaciones, demanda de cuidado familiar, abandono de empleo, disminución en la aportación financiera, entre las principales afectaciones ⁴. La familia enfrenta, en conjunto con el integrante que padece DT2 la carga que representa el manejo de la enfermedad que se lleva en el hogar día a día, por el resto de su vida, afrontando cambios físicos y emocionales, alteración en la convivencia con el resto de los miembros, ceder funciones de su rol habitual, modificar la alimentación, enfrentar discapacidades, abordar estrés económico e incluso la muerte ⁵⁻⁷.

Las características de las familias, sus funciones y patrones usuales de comportamiento, se involucran en el sostenimiento del cuidado de quienes viven con diabetes es factible que algunos como la alimentación, actividad física o el monitoreo del avance de la enfermedad, impacten las rutinas familiares y eventualmente la salud familiar ⁸. Las personas requieren de sus familias para manejar con éxito el tratamiento de DT2 debido a que el cuidado de la enfermedad es complejo y va más allá del control glucémico.

El Modelo de Salud Familiar de Denham ⁹, fue seleccionado como sustento teórico de este estudio, postula que la salud familiar responde a un proceso de construcción social cuyos insumos provienen del contexto, función y estructura familiar. Este modelo aborda la salud familiar desde una perspectiva positiva, saludable e incluyente del grupo familiar en su conjunto, esto requiere de comprender que en la familia cada integrante tiene necesidades particulares pero también comparte características y patrones comunes de acción. Los integrantes de la familia pueden ver la salud familiar de manera diferente, pero tienden a desarrollar un grado de acuerdo acerca de los elementos que la componen.

La variable de características son elementos internos que hacen únicos a los integrantes de las familias y elementos externos del grupo familiar pero pueden afectar la salud familiar o del integrante que padece DT2. Dentro de ellos se consideró la edad, sexo, parentesco, educación formal y uso de servicios de salud. La funcionalidad se consideró como los procesos desarrollados por los integrantes de la familia al interactuar unos con otros; estos procesos incluyen los dirigidos al mantenimiento o recuperación de la salud de los miembros enfermos y comprende también los establecidos fuera de la familia, su organización y las interacciones que fortalecen a la familia. Las rutinas son comportamientos que realiza la familia de forma habitual con la finalidad de coadyuvar a prevenir el progreso de la DT2, éstas emergen como una estrategia familiar ante la necesidad de adaptarse de forma general o para enfrentar cambios o situaciones estresantes. La salud familiar se pone de manifiesto ante las experiencias de bienestar o malestar que se viven en distintas situaciones de la vida familiar, también involucra a los conocimientos sobre si mismos que tienen los integrantes de la familia y para los otros integrantes, en este caso incluye los posibles problemas emanados de la DT2 y las formas en las que acceden a sus soluciones.

El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de las características, funcionalidad y rutinas sobre la salud familiar en DT2.

- MÉTODOS

El diseño fue descriptivo explicativo, trasversal, 222 sujetos integraron la muestra por conveniencia. Participaron adultos de entre 18 y 65 años de edad, el reclutamiento fue telefónico, la aplicación de tres instrumentos y un cuestionario fue dirigida por un auxiliar capacitado previamente o por el investigador principal.

Se empleó el instrumento FAFHES¹⁰, para medir la funcionalidad familiar y la salud familiar, el Alpha de Cronbach para esta muestra fue de 0.88 y 0.79 respectivamente. La escala de rutinas de salud familiar¹¹, se empleó para medir las rutinas de salud en el interior de las familias, el instrumento obtuvo una confiabilidad de 0.63 para este estudio. De los puntajes de las escalas se obtuvieron índices que fluctúan desde 1 hasta 100, con la finalidad de facilitar la interpretación de la información. Los datos se trabajaron en tablas y gráficos con el paquete estadístico SPSS versión 21. La presente investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud Mexicana en materia de investigación para la salud, en lo relativo a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, estipulados en el Título Segundo, Capítulo I, Artículos, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

- RESULTADOS

La edad media de los participantes fue de 43 años ($DE=6.2$) y 11.5 años ($DE=3.1$) de escolaridad; el 58.1% ($n=129$) fueron mujeres. Respecto al uso de servicios de salud, 65.3% ($n = 145$) refieren acudir a instituciones de seguridad social, 18.9% ($n = 42$) a instituciones gubernamentales y el 15.8% ($n = 35$) a servicio privado o particular.

El integrante de la familia con DT2 a partir del cual se reclutó al resto de los integrantes constituyó el 27.5 % ($n = 61$) de la población, la tabla 1, muestra que el parentesco del resto de los sujetos, predominando la participación de los hijos.

Tabla 1
Parentesco en relación con el integrante de la familia con DT2

Integrante	<i>f</i>	%
Padres	9	4.0
Hijo/a	73	32.9
Esposo/a	41	18.5
Otros consanguíneos	22	9.9
Otros no consanguíneos	16	7.2
Total	161	72.5

Nota: *f* = frecuencia

Al cuantificar las respuestas sobre percepción de salud familiar y funcionalidad, los resultados fueron superiores al percentil 75, no así en las rutinas (ver tabla 2).

Tabla 2
Descriptivos de funcionalidad, rutinas y salud familiar en DT2.

Variable	M	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	D ^a	<i>p</i>
Edad	43.32	42.50	6.26	32.50	61.50	1.05	.219
Educación formal	11.51	11.33	3.11	5.33	18.33	.38	.998
Funcionalidad	76.22	77.37	13.12	21.00	100.00	1.01	.255
Rutinas	69.23	70.00	5.21	55.00	88.00	1.14	.147
Salud familiar	75.46	76.52	9.35	37.00	96.00	1.01	.250

n = 222

Nota: M = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min = mínimo, Max = máximo, D^a = Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Dado a que existió normalidad en los datos se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson (*r*), donde se encontró que la funcionalidad se relacionó fuertemente con rutinas ($r = .625$, $p < .001$) y con salud familiar ($r = .776$, $p < .001$). Así mismo, mejores rutinas implican mejor salud familiar ($r = .454$, $p < .001$) en DT2, el resto de las variables no presentaron correlaciones.

Se ajustó un modelo lineal general univariado, incluyendo salud familiar como variable dependiente y ocho variables indicadores de los tres conceptos antecedentes o explicativos. Este resultó significativo ($F(1,152) = 88.02$, $p < .001$), explicando un 63.7% de la varianza en salud familiar ($R^2_{ajustada} = .637$). Con la aplicación de la técnica Backward se ajustaron tres modelos, quedando el cuarto de ellos con cinco variables antecedentes significativas (ver tabla 3)

Resumen análisis univariado para salud familiar en DT2 con técnica Backward

Variable independiente	Modelo Inicial ^a			Modelo Final ^b						
	F	(gl)	p	F	(gl)	p				
Modelo global	5.76		83,138	.001			6.62		69,152	.001
Familia	2.01		60,138	.001			2.06		60,152	.001
Edad	.11		1,138	.731			×		×	×
Sexo	3.22		1,138	.075			4.56		1,152	.034
Parentesco	1.25		12,138	.254			×		×	×
Educación formal	.72		1,138	.397			×		×	×
Uso de servicios de salud	2.84		6,138	.012			2.56		6,152	.022
Funcionalidad	86.65		1,138	.001			88.02		1,152	.001
Rutinas	5.36		1,138	.022			5.80		1,152	.017

a. $R^2_{ajustada} = .642$

b. $R^2_{ajustada} = .637$

n = 2

• CONCLUSIONES

Se encontró que existe efecto de la salud familiar con el hecho de pertenecer a una familia, la edad, ser mujer, el parentesco, la educación formal, el uso de servicios de salud, funcionalidad y las rutinas familiares, siendo la funcionalidad quien explicó más significativamente a la varianza. Estos hallazgos confirman las relaciones teóricas marcadas por Denham⁹. Estos datos sugieren que los integrantes de la familia y aquellos que sufren de DT2, perciben tener un buen estado de salud familiar y sus afectaciones podrían beneficiar al manejo de la enfermedad en el hogar y prevenir las complicaciones. Diversos autores también reportan relaciones significativas entre estas variables⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Los hallazgos permiten comprender mejor la salud familiar y como esta se afecta por las características familiares, funcionalidad y las rutinas. Los resultados sugieren seguir

estudiando este fenómeno incorporando variables del contexto familiar externo, desde una perspectiva de bienestar y como afecta a la salud individual en DT2.

- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Internacional de Diabetes, FID. Atlas de la DIABETES de la FID. 8ª ed. [Internet]. 2017 [consultado 20 Marzo 2018] Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>

2. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)

ua=1

3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Informe Final de Resultados. ENSANUT. [Internet]. 2016 [consultado 20 Marzo 2018] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

4. Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C., Rojas-Martínez, R., y Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Pública de México, 55(1), 137-143. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a10.pdf>

5. López, R. C., y Ávalos, G. M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Revista Cubana de Salud Pública, 39(2) 331-345. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n2/spu13213.pdf>

6. Torres, V. L., Reyes, L. A., Ortega, S. P., y Garrido, G. A. (2014). Dinámica familiar:

formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 48-55. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/html/292/29242798008/>

7. Zuhayer, A. y Farjana, Y. (2016). Active family participation in diabetes self-care: a commentary. *Diabetes Management*, 6(5), 104–107. Recuperado de <http://www.openaccessjournals.com/articles/active-family-participation-in-diabetes-selfcare-a-commentary.pdf>
8. Chesla, C. A., Chun, K. M., & Kwan, C. M. (2009). Cultural and family challenges to managing type 2 diabetes in immigrant Chinese Americans. *Diabetes Care*, 32, 1812-1816. doi:10.2337/dc09-0278.
9. Denham, S. A. (2003). *Family Health: A Framework for nursing*. Philadelphia: FA Davis Co.
10. Åstedt-Kurki, P., Tarkka, M., Marjo-Riitta, R., Lehti, K., & Paavilainen, E. (2009). Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 350-359.
11. Kanjanawetang, J., Yunibhand, J., Chaiyawat, W., Wu, Y. & Denham, S.A. (2009). Thai family health routines: Scale development and psychometric testing. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 40: 3, 629-643.
12. Hautsalo, K., Rantanen, A., Åstedt-Kurki, P., (2012). Family functioning, health and social support assessed by eadge home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2953-2963. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04335.x
13. Beverly, E. A., Miller, C. K. & Wray, L. A. (2008). Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with Type 2 diabetes. *Health Education & Behavior*, 35, 707-720. doi:10.1177/1090198107299787.

14. García, B., Gallegos, E., Gómez, M., García, G., Flores, M., & García, M. Hierarchical clusters in families with type 2 diabetes. SAGE Open Medicine. [Internet]. 2015 [cited 20 March 2018]; 3: [about 14 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906675/>
15. Miller T, DiMatteo R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy [Internet]. 2013 [cited 20 March 2018]; 6: [about 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825688/>