

# Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente

## *Importance of the family in patients suffering from mellitus insulin-dependent diabetes*

*Brenda Martínez Martínez y Laura Evelia Torres Velázquez<sup>1</sup>*

### RESUMEN

A fin de conocer la relación que tiene el paciente con su familia, las cogniciones y los problemas que enfrentan tanto la familia como el paciente en la diabetes, el objetivo del presente estudio fue explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente diabético tipo 1, para su tratamiento y control. Se aplicó la prueba MTZ2 a doce padres o madres de jóvenes diabéticos de 10 a 16 años, que asistieron a la consulta con el endocrinólogo junto con el paciente, así como también a quienes acompañaban a sus hijos en la hospitalización. Los resultados muestran que la referencia positiva de la familia acerca de la diabetes ocasiona un buen manejo de su tratamiento. En la muestra estudiada se halló una relación favorable entre el paciente y su familia, así como confianza y apoyo familiar y cuidados. Se propone realizar futuros estudios para analizar si la protección de los padres hacia sus hijos es efectiva en edades posteriores a los 16 años.

**Palabras clave:** Familia; Diabetes; Influencia familiar; Relación familia-diabético.

### ABSTRACT

*The objectives of the present study were to explore and to analyze the importance of the family of a diabetic teenager type 1 patient, his treatment and control, as well as to know the relationship between the patient and his family, the cognitions and the problems they face due to the illness. The MTZ2 test was applied to 12 fathers or mothers of diabetic young people of 10 to 16 years old, who attended the endocrinologist together with the patient, or who took their children to the hospital. The results show that the positive reference of the family about the diabetes causes a good handling of the treatment. In the studied sample, it was found a favourable relationship between the patient and his/her family, as well as confidence and family support and care. Further studies are proposed to analyze if parents' protection toward their children is effective ages over 16 years.*

**Key words:** Family; Diabetes; Relative's influence; Family-diabetic relationship.

**L**a diabetes mellitus es una enfermedad en la que el paciente presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, además de una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a ésta, y una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina (Islas, Arreola y Castro, 1995; Kilo, 1992), en la que asimismo intervienen la herencia y el ambiente.

---

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios 1, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, correos electrónicos: [brenda.martinez.martinez@gmail.com](mailto:brenda.martinez.martinez@gmail.com) y [lauratv@servidor.unam.mx](mailto:lauratv@servidor.unam.mx). Artículo recibido el 15 de junio de 2006 y aceptado el 7 de enero de 2007.

Herward y Orlasky (1992) señalan que esta enfermedad es un desorden del metabolismo que afecta la forma en que el cuerpo absorbe y disuelve los azúcares y féculas de la alimentación, y otros autores, como Polaino y Roales (1994), consideran que es un síndrome etiopatogénicamente heterogéneo cuya principal característica es la secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles excesivos de glucosa en sangre, o hiperglucemia (Porter, 2004).

En efecto, el cuerpo humano está formado por millones de células que necesitan del azúcar para realizar diferentes actividades. La mayoría de los alimentos se rompen en azúcares más pequeños llamados glucosa, que al pasar a la sangre elevan su concentración y se transforman en energía.

La glucosa no puede entrar a las células por sí misma, sino que necesita de la insulina para hacerlo. Esta se produce en el páncreas, en unas células especiales llamadas células "beta". Cuando la glucosa de la sangre se eleva, la insulina excretada por el páncreas pasa a la sangre para "abrir" las células y permitir que entre la glucosa, la cual se transforma en energía y hace que estas trabajen. La insulina también permite que la glucosa se almacene en el hígado para cuando las células lo necesitan (ayuno) e impide que utilicen grasas (lípidos) para obtener la energía necesaria.

Cuando no hay suficiente insulina (como ocurre en el caso de la diabetes), la glucosa de la sangre aumenta, ya que no puede entrar a las células, y comienza a pasar a la orina a través del riñón, por lo que hay necesidad de orinar mucho, lo que hace que se pierda agua y se produzca sed. También hay pérdida de peso, pues las células, al no poder utilizar la glucosa para producir energía, recurren a las grasas (lípidos).

## Tipos de diabetes

Se consideran en general dos tipos de diabetes:

*Diabetes mellitus tipo 1.* También llamada diabetes juvenil, insulino dependiente, pronoketosis o principio juvenil de diabetes. Alrededor de uno de cada diez diabéticos es insulino dependiente. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, la diabetes mellitus insulino dependiente tiene su frecuencia más alta cerca de la pubertad, siendo los varo-

nes jóvenes actualmente los que tienen más riesgo que las mujeres jóvenes.

En este tipo de diabetes, las células beta del páncreas son destruidas por unas sustancias producidas en el mismo organismo llamadas autoanticuerpos, por lo que no se produce insulina, y la persona que desarrolla este tipo de diabetes debe recibirla por medio de inyecciones diarias. Los síntomas se desarrollan en cuestión de meses, o incluso semanas. Durante el primer año después del diagnóstico puede haber una mejoría, llamada "periodo de luna de miel", durante la cual no se necesita insulina, o bien la dosis puede ser considerablemente disminuida. En el desarrollo completo de la diabetes mellitus tipo 1, la insulina es necesaria para prevenir una cetoacidosis e incluso la muerte (Fitzgerald, 1989).

La diabetes durante el embarazo suele ser una variedad de la diabetes mellitus tipo 1 llamada *diabetes gestacional*. Por lo regular desaparece después del nacimiento del bebé. Durante el embarazo, la placenta produce hormonas que actúan en contra de la acción de la insulina, provocando que los niveles de azúcar en la sangre se eleven más allá de lo normal (arriba de 126 mg/dl en ayunas) (Lisci, 1996). La paciente debe sujetarse a una dieta que mantenga la glucemia en cifras normales durante las 24 horas del día, eliminando los azúcares refinados e ingiriendo un aporte de proteínas adecuado para el embarazo. Asimismo, el parto debe ser espontáneo, puesto que un buen control durante el embarazo de una paciente diabética aleja el riesgo para la madre y para el niño. Es importante aclarar que el tener diabetes durante el embarazo no implica que el producto nazca con diabetes. También es necesario que las mujeres con diabetes gestacional sepan que la insulina que se inyectan no afectará al bebé, pues sólo tiene el efecto de bajar el azúcar en sangre para evitar complicaciones (Lisci, 1996; Moncada, 2005).

*Diabetes mellitus tipo 2.* Otros términos utilizados para este tipo de diabetes es no insulino dependiente, principio en el adulto, y estable. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 suelen ser mayores de 40 años, obesas o con sobrepeso. El exceso de peso empeora el estado de la diabetes, y su disminución suele tener un efecto favorable. En ellas, las células beta producen insulina (aunque en ocasiones pueden tener una modesta

disminución de esta hormona), pero existe un defecto en las células que impide que la glucosa entre en ellas (resistencia a la insulina). La persona que tiene este tipo de diabetes puede tomar pastillas hipoglucemiantes para controlar la glucosa en la glucemia.

**Tratamiento**

El objetivo del tratamiento médico consiste en poner en práctica un complejo programa encaminado a ejercer un control externo sobre la glucosa. Los tratamientos de la diabetes varían de acuerdo al tipo de diabetes que se padezca, y en este estudio se abordará exclusivamente al tratamiento de

la diabetes mellitus tipo 1 (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Se consideran cuatro componentes básicos para el tratamiento: insulina, dieta, ejercicio y automonitoreo (por sus iniciales, IDEA).

La insulina que el diabético se tiene que inyectar se produce en el laboratorio por un proceso llamado “recombinación”, que permite obtener una insulina igual a la que produce el páncreas de una persona que no tiene diabetes mellitus tipo 1. Esta insulina es la llamada insulina humana. Existen varios tipos de insulina, pero las más utilizadas son las que se describen en el Cuadro 1, al igual que sus características (Cheng y Zinman, 2005).

**Cuadro 1.** Tipos y características de la insulina.

Tipo	Aspecto	Inicio de acción	Pico máximo	Duración de acción
RÁPIDA	Cristalino	15-30 min.	2-4 h.	4-6 h.
Rápida (R) Lispro	Cristalino	Inmediata	1-2 h.	4 h.
INTERMEDIA	Lechoso	1.5-2 h.	6-12 h.	16-24 h.
NPH (N) Lenta (L)u	Lechoso	1.5- 2 h.	6-12 h.	16-24 h.

Es importante aclarar que la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 usan una combinación de ambas, y por lo menos dos veces al día.

En cuanto a la dieta, una persona con diabetes debe comer alimentos bien balanceados, es decir, que contengan una cantidad adecuada de carbohidratos o azúcares, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, a través de un plan de alimentación que incluya alimentos iguales a los que come el resto de la familia, por lo que no es necesario que se le prepare comida especial, pero sí debe tener cada alimento su propia medida, distribuyéndose las calorías así: 55% de carbohidratos, 30% de grasas, 15% de proteínas y 40 gramos de fibra como máximo.

El ejercicio físico desempeña una importante función para la regulación de la glucemia ya que consume la glucosa disponible; además, si se realiza regularmente, se incrementa la sensibilidad celular a la insulina, y por ende esta trabaja mejor aun con la misma dosis; sin embargo, se debe programar el tipo de ejercicio, la cantidad y el momento de la actividad para cada diabético para evitar una descompensación (Amigo y cols., 1998).

Finalmente, pero no menos importante, el automonitoreo o automedición de la glucosa se realiza con el propósito de conocer la concentración de glucosa en la sangre en el momento en que se obtuvo la muestra para saber si se encuentra en un nivel normal, alta o baja, y, en consecuencia, saber qué hacer para que se mantenga entre los 70 y 110 mg/dl, es decir, modificar el plan de alimentación, el ejercicio, o bien la dosis de insulina. El automonitoreo debe realizarse todos los días antes de cada alimento, y también cuando se tenga la sospecha de que el nivel de glucosa se encuentra bajo o alto. Además, durante los días de enfermedad, como cuando se tiene una infección aguda, se debe hacer cada tres o cuatro horas, anotando los valores obtenidos en una libreta especial.

Como regla general, cuando la glucosa se encuentra por arriba de los 110 mg/dl, lo primero que se debe hacer es modificar el plan de alimentación, eliminando carbohidratos simples; si a pesar de ello persisten cifras de glucosa igual o mayores a 120 mg/dl después de dos horas de haber tomado los alimentos, se debe hacer ejercicio durante 20 o 40 minutos.

## La familia del diabético insulino dependiente

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional (Ramírez, 2005); por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadecuados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Así pues, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos (Reyes, Garrido y Torres, 2001).

La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo (Portilla, Romero y Román, 1991). Anderson, Goebel-Fabri y Jacobson (2005) especifican que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud.

El estilo de vida familiar depende del cuidado de cada paciente; así todos los padres que participaron en un estudio hecho por Seiffge-Krenke (2001) reportaron cambios en los planes familiares, de los cuales casi la totalidad fue en cuestiones relativas a los hábitos alimenticios; asimismo, la cantidad de quehacer doméstico se incrementó 60%, y 25% de los padres reportó que sus vacaciones habían sido perturbadas por la diabetes de sus hijos, además del tiempo dedicado a la familia, sus finanzas y trabajo. Anderson y cols. (2005) hallaron que el promedio de edades de los padres y las madres de los adolescentes diabéticos fue de 45 años y 42, respectivamente. Estos autores concluyeron que la situación psicosocial en las familias con adolescentes diabéticos (nacionalidad,

estructura familiar, número de hermanos, edades de los padres y sus empleos) no difieren de las familias que no los tienen.

Muchos de los trastornos emocionales inmediatos que sufren los padres se expresan en forma de ansiedad, incredulidad, pena, sensación de culpa, pesadillas, insomnio, síntomas psicósomáticos, negación del hecho, sensación de indefensión y pensamientos más o menos obsesivos por encontrar una explicación acerca de qué pudo haber motivado aquella enfermedad. No resulta fácil afrontar estos difíciles y dolorosos problemas familiares, cuyo núcleo fundamental es el problema del sufrimiento de individuos inocentes.

Entre los problemas emocionales que más frecuentemente afectan a los padres de los diabéticos cuando se les informa la enfermedad de sus hijos se hallan el miedo a la posible amenaza de muerte del niño; la posibilidad de haber "causado" la enfermedad en el menor en virtud de la herencia o por haber hecho algo equivocado; la transformación en el modo de considerar a su hijo (de ser un niño saludable que está en crecimiento a un paciente que sufre una enfermedad incurable); la posible ruptura en las actividades y roles sociales, comunes hasta ese momento a la familia en general o los padres en particular, y la ansiedad ante el futuro de la vida del niño y su capacidad de respuesta a la enfermedad.

Es a partir de los años setenta cuando se realizan estudios cuyos resultados indican que las personas con familia, pareja estable y amigos —que proporcionan recursos materiales y psicológicos— gozan de mejor salud en comparación con quienes tienen una red social débil. La familia es considerada una instancia que provee al sujeto de un sinnúmero de recursos necesarios en cualquier momento de la vida y, además, el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, que son las más importantes ya que serán las que generen la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida (Dreier, 1999).

Cano (2002) menciona que el vínculo entre el enfermo y su familia le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente y da sentido a cada una de sus relaciones; es por ello que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros, y a su vez son influidas por ellos.

La cronicidad de la diabetes no sólo afecta al paciente sino también a la familia y a todos cuantos lo rodean; por eso resulta muy conveniente aprender a vivir con un diabético, especialmente si este es un niño o adolescente (Polaino y Roales, 1994). Tanto los padres como los hijos deben buscar también lo que les une en ciertos aspectos de la enfermedad (como el tratamiento), mientras procuran pasar por alto lo que pueda separarles en ese momento o más tarde. Los padres cuyos hijos padecen una enfermedad crónica deben conocer algunos lineamientos que se resumen a continuación: 1) tener conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento; 2) comunicarse fácilmente con el médico que trata al paciente; 3) determinar qué aspectos del manejo diario serán responsabilidad del niño y cuáles de ellos, y 4) enseñar al paciente a que pueda manejar mejor su enfermedad.

En un estudio realizado por Beléndez, Hidalgo, Bermejo y cols. (2002), quienes formularon y aplicaron a 153 padres, 88 madres y 65 padres de niños con diabetes insulino dependiente el Cuestionario de Interacción Personal Sanitario-Padres de Niños con Diabetes con el objetivo de evaluar la interacción percibida entre padres de niños diabéticos y los profesionales de la salud, hallaron que los padres de la muestra no percibían los aspectos informativo-instrumentales de la interacción, ni tampoco los afectivos como distintas manifestaciones de la atención sanitaria mostradas por el profesional de la salud, sino como una dimensión única. En relación con las puntuaciones totales de los sujetos, se pudo observar una valoración muy positiva de los padres con respecto a su interacción con el profesional que los atendía habitualmente. En dicho estudio no hubo diferencias significativas entre las puntuaciones de los sujetos en función de diferencias sociodemográficas, a excepción de las variables económicas y educativas de los padres. Sin embargo, hubo pocos resultados ricos en información sobre este tema al haberse centrado más en el análisis del instrumento utilizado, concluyéndose que es una herramienta prometedora para evaluar la interacción entre los profesionales de la salud y los padres de niños con diabetes tipo 1. Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente diabético

insulino dependiente sobre su tratamiento y control. Este análisis se realizó a través de la relación del paciente con su familia, el control y tratamiento de la diabetes, las cogniciones de la familia y del paciente acerca de la diabetes, y, finalmente, los problemas que enfrenta el paciente y los padres por la enfermedad.

## MÉTODO

### Muestra

Se aplicó la prueba MTZ2 a 12 padres o madres de niños diabéticos tipo 1, seleccionándolos de acuerdo a criterios establecidos previamente, es decir, considerando la edad de los pacientes (jóvenes de 10 a 16 años), y que hubieran tenido una historia clínica mínima de un año como pacientes diabéticos insulino dependientes.

### Instrumento

La prueba MTZ2 está constituida por cuatro rubros, que son la relación del paciente con su familia; los antecedentes, control y tratamiento de la diabetes; las cogniciones de la familia y el paciente, y los problemas que enfrentan la familia y el paciente por ella. Tiene un total de 65 preguntas, tanto de opción múltiple como abiertas. Dicha prueba se muestra en el anexo.

### Procedimiento

La prueba se aplicó en el Hospital General La Raza "Gaudencio González Garza" a los padres de pacientes jóvenes que acudieron junto con ellos a la cita médica con el endocrinólogo pediátrico, y también a los que acompañaban a sus hijos en su hospitalización en el mismo lugar.

## RESULTADOS

Para presentar los resultados se recurre a tres de los rubros de la prueba aplicada, a saber: la relación del paciente con su familia, las cogniciones de la familia y el paciente, y los problemas que enfrentan la familia y el paciente por la diabetes.

### *Relación del paciente con su familia*

Dentro de este rubro, la mayor parte de las personas entrevistadas (58.3%) opinó que la relación del paciente con su familia no era muy estrecha, pero sí unida; 25% opinó que era estrecha; 8.3% señaló que con unos era estrecha y con otros aislada, y el restante 8.3% comentó que era definitivamente aislada. Es posible ver, entonces, que la mayor parte de los entrevistados tuvo una opinión positiva, ya que esta mayoría afirmó la unión, estrecha en ocasiones, de las relaciones familiares.

A pesar de lo anterior, solo seis sabían de las inquietudes o dudas que tenía el paciente con relación a sí mismo y su diabetes, y el resto las desconocía.

Otra cuestión dentro de este mismo rubro es que, a partir del diagnóstico, la comunicación que establece con el paciente mejoró o empeoró, encontrándose dos respuestas principales: cinco mencionaron que mejoró mucho, y otros cinco que mejoró poco; las dos personas restantes opinaron que empeoró poco. Se da entonces por hecho que por lo menos diez de cada doce padres de familia mejoró la comunicación con el paciente diabético.

Finalmente, en cuanto a la frecuencia de que disponen la familia y el paciente para convivir juntos, ocho dijeron que siempre se daban tiempo para ello, tres mencionaron que la convivencia era ocasional, y sólo una persona señaló que era frecuente.

### *Cogniciones de la familia y el paciente*

En cuanto a las conductas y cogniciones de la familia, incluyendo padres, hermanos y demás, la mayoría de los entrevistados (92%) afirmó que la madre era quien se encargaba del tratamiento o cuidado del paciente, lo que se refleja en el hecho de que, de las doce personas encuestadas, once fueron las madres y sólo un padre quienes respondieron la prueba. La única persona entrevistada que respondió de un modo diferente afirmó que el paciente mismo era quien se hacía responsable del tratamiento y cuidado de su padecimiento.

La mitad de los encuestados consideró que nunca tenía dificultades para saber qué dar de comer al paciente, 33.3% señaló que sólo las tenía en ocasiones, y 17% opinó que era frecuente esta situación.

El 83% de los entrevistados afirmó que el paciente les tenía la confianza suficiente para decirles que se sentían enfermos, no así el 17% restante.

Se observó también que la mayoría de los entrevistados (92%) consideró que era preferible explicarle al paciente lo necesario para que tuviese un buen manejo de su problema diabético, y únicamente 8% opinó que era mejor llamarle la atención.

Cuando los entrevistados veían que el paciente no llevaba un control adecuado, 75% lo reprendía y el 25% le explicaba cómo hacerlo. Como puede apreciarse, son pocos los pacientes que reciben una orientación apropiada por parte de sus padres.

La mayoría de los entrevistados (11) comentó que habían favorecido al tratamiento en diversas formas, como la alimentación o los medicamentos; sólo hubo una persona (8.3%) que dijo no haberlo hecho.

Se mencionó en el rubro anterior que, en general, la comunicación con el paciente mejoró aunque fuese ligeramente, lo que se confirmó más tarde, pues la mitad de las personas entrevistadas indicó que la relación entre la familia y el paciente había cambiado poco desde el diagnóstico. Esto, junto con sus respuestas acerca del mejoramiento de comunicación, refiere que la relación entre la familia y el paciente cambió de forma positiva. Así, 41.6% dijo que había cambiado bastante la relación entre la una y el otro, y únicamente una persona indicó que dicha relación había cambiado totalmente.

Cinco de las personas entrevistadas mencionaron que cuando se referían a la diabetes de su hijo, lo hacían de una forma muy positiva, tres respondieron que lo hacían de forma poco positiva, y el resto dijo hacerlo de una forma neutra. Cabe destacar que ninguno dijo hacerlo de modo negativo o muy negativo.

En el último tema de este rubro, cuando alguien de la familia (incluido el paciente) veía a otro familiar deprimido, la mayoría platicaba con esa persona y la trataba de animar, 8.3% lloraban juntos, y tres de las personas entrevistadas señalaron que el paciente nunca se deprimía.

### *Problemas que enfrentan la familia y el paciente por la diabetes*

El primer problema observado es que la mitad de los entrevistados afirmó sentir la necesidad de cuidar más al paciente que a otro miembro de la familia, dos de ellos lo hacían frecuentemente y el resto nunca. Lo anterior se refleja cuando 91.6% afirmó que siempre acompañaban al paciente a sus citas médicas, y sólo una persona lo hacía con frecuencia, aunque no siempre. Ello no quiere decir que los pacientes se vuelvan dependientes de sus familiares, puesto que 75% indicó que siempre dejaba que el paciente realizara sin ayuda su propio control y tratamiento (automonitoreo, aplicación y dosis de insulina, etc.), dos señalaron que lo hacían frecuentemente, y sólo una dijo no hacerlo nunca.

Es necesario que cuando el paciente se controle correctamente se le haga saber que lo hace bien. A este respecto, el 83.3% mencionó que así lo hacía siempre, una persona lo hacía frecuentemente, y una persona más dijo hacerlo ocasionalmente. Un problema que se encontró fue que la tercera parte de los entrevistados afirmó que siempre reprendía a los pacientes cuando no normalizaban su tratamiento adecuadamente. Sin embargo, lo anterior tiene su razón de ser, puesto que ocho entrevistados se habían percatado de que en ocasiones el paciente mentía respecto de su control (por ejemplo, en cuanto a la medición de glucosa, las cantidades de comida, las dosis o aplicación de insulina, el ejercicio, etc.), dos afirmaron que esto era frecuente, y otros dos nunca se habían percatado de lo anterior.

Un problema más es el estrés del paciente y de la familia. En el caso de la familia, sólo 8.3% de los entrevistados opinó es eso era muy frecuente, 41.6% indicó que la familia se estresaba ocasionalmente por causas de la diabetes del paciente, tres mencionaron que esto era frecuente y tres que nunca ocurría.

En cuanto a la depresión, la mayoría de los entrevistados (58.3%) afirmó que ocasionalmente se deprimía por la enfermedad del paciente, 25% dijo que se deprimía ocasionalmente, una persona dijo que esto le sucedía frecuentemente, y otra más que nunca le había sucedido. En cuanto a la depresión por la enfermedad del paciente por parte de algún otro miembro de la familia, cinco de

las entrevistadas indicaron que nunca se deprimía nadie, 33.3% que ocasionalmente alguien lo hacía, y sólo dos afirmaron que frecuentemente alguien más se deprimía, sin contar al paciente o a la misma entrevistada.

Por todo lo anteriormente mencionado, se podría considerar que con frecuencia la familia sobreprotege al paciente; sin embargo, 50% de la población entrevistada dijo que nunca lo sobreprotegían, cuatro siempre lo hacían, y dos más señalaron que esto era frecuente.

## **DISCUSIÓN**

Ramírez (2005) apunta que tanto los psicólogos como los educadores en salud deben fomentar en el diabético la realización de actividades que lo ayuden a mejorar sus interacciones familiares que perjudican su conducta terapéutica, y que es a través de la red familiar –además de los amigos– donde es posible encontrar apoyo emocional. En este estudio se encontró que las familias en general refuerzan positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto de su tratamiento, lo cual redundará en un apoyo positivo sobre su salud; lo mismo mencionan Portilla y cols. (1991), quienes comentan que la familia es una fuente de apoyo importante. Anderson y cols. (2005) señalan que el ambiente social y el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud; en este caso, al tratarse de pacientes adolescentes, la influencia de la familia es vital, lo que les permite superar el problema del tratamiento y cuidado de su salud. En la mayoría de los casos es la madre la que se ocupa principalmente del cuidado y atención del paciente, lo que quizá se deba a que ella es la que pasa más tiempo cerca.

Para llevar a cabo lo anterior, es necesario una excelente comunicación entre los padres y el niño, el niño y su médico, y los padres y el médico. Polaino y Roales (1994) afirman que la mayoría de los niños, al cumplir nueve años, son ya capaces de autoinyectarse insulina, no así ejecutar con precisión un análisis de glucosa en orina o en sangre, por lo que es contraproducente que sus padres se los exijan. Para realizar estas actividades es necesario esperar a los doce años.

Es preciso aclarar que no por el hecho de que el niño sepa realizar las actividades necesarias para su control se implique que los padres deban desentenderse de su supervisión, pues aquél puede equivocarse en algunas ocasiones en la aplicación de insulina, el consumo de alimentos necesarios, el tiempo de realizar ejercicio o incluso realizar el automonitoreo. En las ocasiones en que el nivel de glucemia no se regulariza, ya sea por tener hiper o hipoglucemia, es necesario trasladarlo al hospital, lo que significa la inevitable separación del medio familiar, el absentismo escolar más o menos frecuente –que supone un retraso en el aprendizaje– o el hecho de percibirse como un ser diferente a sus pares, lo que puede conducir al aislamiento. Por otro lado, el continuo proteccionismo de los padres es lesivo porque el niño diabético necesita una cierta exposición a situaciones críticas en que debe aprender a valerse por sí mismo, lo que puede aprovechar para mejorar sus habilidades sociales, robustecer su autoestima y lograr a la postre la independencia de su familia.

La literatura experimental sugiere que los niños diabéticos con un control pobre a menudo viven circunstancias familiares que no son las óptimas para su desarrollo. La adversidad familiar ha sido otro de los aspectos presentes con relativa frecuencia entre los niños diabéticos pobremente

controlados, como ha sido informado por Gath, Smith y Baum (1980). Según Johnson, Kelly, Hentretta y cols. (1992), los clínicos que tratan a numerosos niños diabéticos han observado la presencia de ciertos patrones familiares que resultan particularmente perjudiciales para la salud del paciente. Entre ellos, los más comunes son la excesiva ansiedad en los padres, la superindulgencia e hipercontrol, y las actitudes de resentimiento, rechazo, desinterés y negligencia.

Finalmente, es posible concluir que las familias de los adolescentes diabéticos insulino-dependientes, en la mayoría de los casos, ejercen una fuerte influencia para su adecuado control y tratamiento apropiado, dada la buena relación, confianza y comunicación que mantienen (principalmente la madre) con dichos pacientes a partir de haber sido diagnosticados. Hasta el momento, la necesidad que tienen los padres de cuidar más al paciente que a otro miembro de la familia (sobrepotección) le ha sido favorable a éste, pero ello no asegura que le sea benéfico después de algunos años. Por ello, se propone realizar futuros estudios para seguir explorando y analizar si la sobrepotección de los padres hacia sus hijos es positiva en edades posteriores a los dieciséis años, que fue la edad máxima de los hijos de los entrevistados en este estudio.

## REFERENCIAS

- Amigo V., I., Fernández R., C. y Pérez A., M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Anderson, B.J., Goebel-Fabbri, A.E. y Jacobson, A.M. (2005). Behavioral research and psychological issues in diabetes: Progress and prospects. En: K. Ronald, W. Gordon, K. George, J. Alan, M.J. Alan y S. Robert (Eds.): *Joslin's Diabetes Mellitus* (pp. 633-648) (14<sup>th</sup> ed.). Chicago, ILL: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Beléndez, V.M., Hidalgo, M.D., Bermejo, A.R., Ros, L.C., Méndez, C.F. y Anarte, O.M. (2002). Evaluación de la interacción profesional de la salud-paciente: validación preliminar de un cuestionario para padres de niños con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Psicología Conductual*, 10(1), 167-178.
- Cano, J. (2002). El apego. Factor clave en las relaciones interpersonales. *Psiquiatría.com*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia>.
- Cheng, A.Y. y Zinman, B. (2005). Principles of insulin therapy. En: K. Ronald, W. Gordon, K. George, J. Alan, M.J. Alan y S. Robert (Eds.): *Joslin's Diabetes Mellitus* (pp. 659-670) (14<sup>th</sup> ed.). Chicago, ILL: Lippincott, Williams & Wilkins..
- Dreier, O. (1999). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social. *Psicología Cultural*, 3(1), 28-50.
- Fitzgerald, P. (1989). *Endocrinología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Gath, A., Smith, M.A. y Baum, J.D. (1980). Emotional, behavioural, and educational disorders in diabetic children. *Archives of Disease in Childhood*, 55, 371-375.
- Herward, W.L. y Orlasky, M.O. (1992). *Programas de educación especial* (2<sup>a</sup> ed.). Barcelona: CEAC.
- Islas, S., Arreola, F. y Castro, G. (1995). La diabetes mellitus hoy. *Revista Médica del IMSS*, 33(1), 97-99.



- Johnson, S.B., Kelly, M., Henretta, J.C., Cunningham, W.R., Tomer, A. y Silverstein, J.H. (1992). A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(5), 537-553.
- Kilo, C. (1992). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- Lisci, G.A. (1996). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Médica La Salle*, 17(3-4), 135-136.
- Moncada, A. (2005). Una dulce espera. Diabetes gestacional. *Gaceta BD*, 4(20), 2-5.
- Polaino L., A. y Roales N., J.G. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI.
- Porter, L. (2004). *28 days to diabetes control. Low your blood sugar, improve your health – and reduce your risk of diabetes complications*. New York: M. Evans and Company, Inc.
- Portilla, L., Romero, M.I. y Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2), 199-205.
- Ramírez, L.M. (2005). *Interacciones sociales de pacientes diabéticos*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, UNAM.
- Reyes, L.M., Garrido, G.A. y Torres, V.L. (2001). Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardíaco. *Psicología y Salud*, 11(1), 147-153.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). *Diabetic adolescents and their families*. Cambridge, MASS: Cambridge University Press.

**ANEXO 1****PRUEBA MTZ2**

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer la importancia que tiene la familia para el paciente diabético insulino-dependiente. La información proporcionada será confidencial.

INSTRUCCIONES: Por favor lea con atención cada una de las siguientes preguntas y oraciones y sus correspondientes opciones de respuestas, y subraye la respuesta que crea usted se aproxime más a la verdad. En las preguntas que no tienen opción múltiple, escriba sobre las líneas su respuesta. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. No deje preguntas sin responder. Si no llega a entender alguna pregunta u oración, puede preguntar al coordinador con toda confianza.

1. ¿Qué hace usted cuando observa que el paciente no realiza un buen control?  
A) Le explico cómo hacerlo, B) Le digo que no está bien lo que hace, C) Lo regaño, D) Lo golpeo, E) Nada.
2. ¿Quién se encarga del tratamiento y cuidado del paciente?  
A) Madre, B) Padre, C) Hermanos, D) Tíos, E) Abuelos, F) Él mismo o nadie
3. A partir del diagnóstico, considera que la comunicación que establece usted con el paciente  
A) Ha mejorado mucho, B) Ha mejorado poco, C) Ha sido igual, D) Ha empeorado poco, E) Ha empeorado mucho.
4. ¿Cómo considera que es la relación que tiene el paciente con toda su familia?  
A) Estrecha, B) No muy estrecha pero sí unida, C) Con algunos estrecha y con otros aislada, D) Aislada.
5. ¿Qué tanto ha cambiado la relación entre la familia y el paciente, desde su diagnóstico?  
A) Totalmente, B) Bastante, C) Poco, D) Nada.
6. ¿Acompaña usted al paciente a las citas médicas?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
7. Cuando el paciente se controla correctamente, ¿le hace saber que lo hizo bien?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
8. El paciente se llega a aislar de su familia  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
9. ¿Considera usted que el paciente le tiene confianza suficiente para decirle que se siente mal?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
10. ¿Deja usted que el paciente realice solo su control y tratamiento (automonitoreo, aplicación y dosis de insulina, etc.)?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
11. ¿Se ha dado cuenta de que el paciente lo(la) engañó con respecto a su diabetes?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
12. ¿Regaña/reprende al paciente cuando no realiza su tratamiento adecuadamente?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
13. ¿Siente la necesidad de estar cuidando más al paciente que a otro miembro de la familia?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
14. ¿Considera usted que sobreprotege al paciente?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
15. ¿Cree usted que el paciente debe realizar su tratamiento de manera independiente, es decir, sin que nadie lo ayude?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
16. ¿Se dan tiempo la familia y el paciente para convivir juntos?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
17. ¿El paciente tiene un buen control de la diabetes?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
18. ¿El paciente realiza ejercicio para tener un buen control diabético?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
19. ¿El paciente come las cantidades que corresponden a su dieta?  
A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

- 20). ¿El paciente acude a sus citas con su médico especialista (endocrinólogo)?  
 A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 21). ¿El paciente sigue las indicaciones que le da su médico?  
 A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 22). ¿El paciente era/es hospitalizado?  
 A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 23). ¿Qué cantidad de información le ha dado el especialista a usted, como familiar del paciente, sobre la diabetes y su tratamiento?  
 A) Mucha, B) Bastante, C) Poca, D) Nada.
- 24). ¿Qué cantidad de información le ha dado el especialista al paciente sobre la diabetes y su tratamiento adecuado?  
 A) Mucha, B) Bastante, C) Poca, D) Nada.
- 25). ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado el paciente con diabetes mellitus tipo 1?  
 \_\_\_\_\_
- 26). ¿Desde qué edad el paciente se inyecta su insulina?  
 \_\_\_\_\_
- 27). ¿Desde qué edad el paciente se automonitorea la glucosa?  
 \_\_\_\_\_
- 28). ¿Cada cuándo realiza el paciente un monitoreo de glucosa?  
 \_\_\_\_\_
- 29). ¿Cuáles fueron los primeros síntomas del paciente que llegaron a detectar?  
 \_\_\_\_\_
- 30). ¿A quién se le informó del diagnóstico del paciente?  
 \_\_\_\_\_
- 31). ¿Cuáles eran/son las causas principales de hospitalización del paciente?  
 \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se da cuenta de si el paciente tiene un adecuado o no adecuado control?  
 \_\_\_\_\_
- 32). ¿Sabe realmente el paciente cuál es el tratamiento más adecuado de la diabetes?  
 A) Sí, B) No.
- 33). ¿Lo lleva acabo?  
 A) Sí, B) No.
- 34). ¿Sabe usted qué hacer en caso de que el paciente convulsione?  
 A) Sí, B) No.
- 35). ¿Sabe cuáles son las inquietudes o dudas que tiene el paciente con relación a su enfermedad?  
 A) Sí, B) No.
- 36). Para usted, ¿qué es la diabetes?  
 \_\_\_\_\_
- 37). ¿Cómo recibió el paciente el diagnóstico?  
 \_\_\_\_\_
- 38). ¿Cómo recibió la noticia la familia?, ¿qué pensaron?  
 \_\_\_\_\_
- 39). ¿Sabe el paciente con qué emociones se eleva su nivel de glucosa? ¿Cuáles?  
 \_\_\_\_\_
- 40). ¿Sabe el paciente con qué emociones el nivel de glucosa disminuye? ¿Cuáles?  
 \_\_\_\_\_
- 41). Cuando usted se refiere a la diabetes del paciente, ¿de qué forma lo hace?  
 A) Muy positiva, B) Poco positiva, C) Irrelevante, D) Poco negativa, E) Muy negativa.

- 42). El paciente ve a la diabetes como algo  
A) Muy bueno, B) Bueno, C) Irrelevante, D) Malo, E) Muy malo.
- 43). El paciente ha cambiado su personalidad a partir de su diagnóstico como diabético  
A) Mucho, B) Bastante, C) Poco, D) Nada.
- 44). ¿Cuántos amigos del paciente conocen su diabetes?  
A) Todos, B) Bastantes, C) Pocos, D) Ninguno.
- 45). ¿Cuántos compañeros de la escuela saben de su diabetes?  
A) Todos, B) Bastantes, C) Pocos, D) Ninguno.
- 46). ¿Cuántos de sus profesores saben que el paciente es diabético?  
A) Todos, B) Bastantes, C) Pocos, D) Ninguno.
- 47). ¿Qué considera usted que sea mejor para tener un buen manejo de la diabetes del paciente?  
A) Explicarle, B) Ignorarlo, D) Regañarlo, E) Golpearlo.
- 48). El paciente se ha atrasado en la escuela a causa de la diabetes.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 49). El paciente tiene problemas para socializar con sus compañeros de la escuela.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 50). Sus compañeros se han burlado del paciente.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 51). El profesor ha separado del grupo al paciente por ser diabético.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 52). Se han alejado algunas amistades del paciente desde que supieron de su enfermedad.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 53). El paciente come cosas a escondidas.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 54). Tiene dificultades para saber qué dar de comer al paciente.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 55). Existen diferencias entre el paciente y usted en cuanto al control de la diabetes.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 56). Ha observado al paciente ansioso por causas de la diabetes.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 57). Ha observado al paciente estresado por el control de la diabetes.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 58). La familia se ha estresado por la diabetes del paciente.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 59). Ha observado al paciente deprimido por su enfermedad.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 60). Usted se deprime por la diabetes del paciente.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 61). Alguien de la familia se deprime por la diabetes del paciente.  
A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.
- 62). ¿Qué hace usted cuando ve al paciente deprimido?
- 
- 63). ¿Qué hacen sus familiares o el paciente cuando ven a alguien de la familia deprimido?
- 
- 64). ¿Considera que usted ha favorecido al tratamiento del paciente?, ¿de qué forma?
-

