



## CARTAS CIENTÍFICAS

## Percepción del funcionamiento familiar, estado nutricional y control metabólico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1<sup>☆</sup>



### Perception of family functioning, nutritional status and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus

Norberto Murillo Álvarez y Alain Raimundo Rodríguez-Orozco\*

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México

Disponible en Internet el 25 de febrero de 2021

El incremento de conflictos en la familia del adolescente con diabetes mellitus tipo 1 suele asociarse a peor adaptación de esta a la enfermedad y a pobre control glucémico<sup>1</sup>. Tanto el estado nutricional como el estilo de vida están fuertemente relacionados con la familia. Este trabajo se hizo con el objetivo de estudiar la percepción del funcionamiento familiar, control glucémico y estado nutricional en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 y sus asociaciones.

Se incluyeron 63 adolescentes entre 10-18 años de edad, 31 (47,6%) del sexo femenino y 32 (52,4%) del sexo masculino, con diabetes mellitus tipo 1 que acudieron a su consulta mensual de seguimiento y control en medicina familiar entre julio 2015 y septiembre 2015, acompañados de su padre o tutor. Se determinó la percepción del funcionamiento familiar por el adolescente con la escala de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL<sup>2</sup> (alfa de Cronbach = 0,901), y se informó como sigue: de 70 a 57 puntos: familia funcional; de 56 a 43 puntos: moderadamente funcional; de 42 a 28 puntos: disfuncional y de 27 a 14 puntos: severa-

mente disfuncional. La evaluación nutricional se hizo con los percentiles del índice de masa corporal, < 5 bajo peso;  $\geq 5$  y < 85 peso saludable;  $\geq 85$ ; y < 95 sobrepeso y > 95 obesidad. Se consideraron descontrolados los pacientes que tuvieron cifras de glucosa mayores a 130 mg/dL en una de sus mediciones en ayunas en los 3 últimos días.

Treinta y dos adolescentes (50,7%), tuvieron peso saludable y 31 (49,3%) tuvieron sobrepeso. Aquellos con sobrepeso percibieron vivir en familias disfuncionales con mayor frecuencia que los que tenían peso normal,  $\chi^2 = 11,650^a$ ,  $gl = 4$ ,  $p = 0,020$ . Según el funcionamiento familiar, los adolescentes que vivían en familias funcionales fueron 9 (14,3%), moderadamente funcionales 38 (60,3%) y disfuncionales 16 (25,4%), y aquellos que vivían en familias disfuncionales tuvieron cifras más elevadas de glucemia ( $152,62 \pm 7,80$  mg/dL), que los que vivían en familias funcionales ( $136,55 \pm 9,22$ ) y moderadamente funcionales ( $119,89 \pm 4,58$ ;  $F = 7,417$ ;  $p = 0,001$ ). Los adolescentes de mayores edades, que fueron aquellos que cursaban la enseñanza media superior, tendieron a percibir mayor disfuncionabilidad familiar que los que cursaban la enseñanza media o primaria ( $\chi^2 = 19,800$ ;  $p = 0,001$ ). En todas las áreas de la prueba de percepción del funcionamiento familiar excepto en cohesión hubo diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes con peso saludable y aquellos con sobrepeso (tabla 1). La obesidad y el sobrepeso se han considerado factores de riesgo

<sup>☆</sup> Aprobado por el Comité Local del Ética e Investigación en Salud Julio-2015.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alain.rodriguez@umich.mx](mailto:alain.rodriguez@umich.mx) (A.R. Rodríguez-Orozco).

**Tabla 1** Asociación entre estado nutricional y áreas del funcionamiento familiar

Área del funcionamiento familiar	Peso saludable N = 32 ? ± EE	Sobrepeso N = 31 ? ± EE	t	p
Cohesión	7,37 ± 0,21	7,06 ± 0,24	0,956	0,343
Armonía	7,28 ± 0,16	6,67 ± 0,15	2,614	0,011*
Comunicación	7,37 ± 0,22	6,67 ± 0,22	2,159	0,035*
Permeabilidad	7,59 ± 0,22	7,00 ± 0,18	2,036	0,046*
Afectividad	6,75 ± 0,18	5,87 ± 0,15	3,593	0,001*
Roles	7,06 ± 0,21	6,32 ± 0,19	2,522	0,014*
Adaptabilidad	7,25 ± 0,18	6,58 ± 0,18	2,562	0,013*

? ± EE: media ± error estándar.

Áreas del cuestionario FF-SIL para evaluar el funcionamiento familiar: **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros. **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante situaciones problema. Prueba de Levene para la homogeneidad de varianzas y prueba de t para comparar medias.

\* Cifra estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

para el control glucémico y este último suele alcanzarse mejor en familias funcionales<sup>3</sup>.

Cuando se han usado los cuestionarios MTZ2, MOS y FACES III para explorar áreas del funcionamiento familiar en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 en Latinoamérica y en poblaciones similares a las de este estudio, se han encontrado cifras similares de satisfacción con el funcionamiento de sus familias a las reportadas en este estudio, superiores al 50%<sup>4,5</sup>. El ambiente psicosomático persistente en la familia y el desequilibrio parental en los cuidados, principalmente asumidos por la madre, son hallazgos frecuentes en el comportamiento de estas familias.

Muchos adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 consideran el apoyo de sus pares más importante que el que brindan sus familias<sup>6</sup> y ofrecen resistencia al sentirse vigilados y controlados por sus familiares. En este estudio, los adolescentes de mayores edades, que cursaban la educación media superior, tendieron a percibir más disfunción en sus familias y menos apoyo de estas que los menores, y es muy probable que acudan a fuentes de apoyo distintas a la familia, entre ellas amigos y compañeros de clase. El uso del instrumento FF-SIL nos permitió orientar acciones de psicoeducación y psicoterapia familiar hacia áreas específicas de la dinámica familiar.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Agradecimientos

A la unidad 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, México, donde se realizó el

estudio, y al doctor Gerardo Muñoz Cortés por su asesoría en aspectos metodológicos y administrativos y al Lic. Carlos Gómez Alonso por su asesoría en estadística.

## Bibliografía

1. Pérez M, Gómez I, Montoya I. Type 1 diabetes mellitus: Psychosocial factors and adjustment of pediatric patient and his/her family. *Arch Argent Pediatric*. 2015;113:158–62.
2. Louro Bernal I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [tesis doctoral]. La Habana: Escuela de Salud Pública; 2004.
3. Mendiola A. Asociación de la funcionalidad familiar y control glucémico de niños con diabetes mellitus tipo 1 [tesis de especialidad en Medicina Familiar]. Universidad Veracruzana, 2008. México: Universidad Veracruzana; 2008. Recuperado el 14 de octubre 2020 de: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/38113/mendiolamorenoandres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*. 2007;17:229–41.
5. Dávila A. Nivel de conocimiento sobre su enfermedad, autoestima, apoyo social y su relación con el control glucémico en adolescentes diabéticos tipo I. *MedULA: revista de la Facultad de Medicina*. 2019;28:1–6.
6. Avendaño MJ, Barra E. Self-efficacy, social support and quality of life of adolescents with chronic illnesses. *Ter Psicol*. 2008;26:165–72.