

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS AMPUTADOS.

Celina del Socorro Molina Contreras¹, Fadlalla Bahsas Bahsas², Morelia del Pilar Hernández³.

¹Hospital I Lagunillas. Mérida. Venezuela. ²Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

³Ambulatorio Venezuela. Av. Las Américas. Mérida. Venezuela. E-mail: moreliahernandez@yahoo.com.

Resumen

Objetivo: Determinar la funcionalidad familiar y el soporte social en pacientes diabéticos amputados. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal realizado a 87 pacientes diabéticos, adultos insulino dependientes y amputados en el Hospital Universitario de los Andes. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían sido amputados en los últimos tres años, se ubicó el domicilio de los mismos y se indagó acerca de características demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación antes y después de la amputación), miembros de la familia a cargo de los gastos que genera la enfermedad y el sistema que utiliza el paciente para la deambulacion. Se aplicó el Cuestionario de Funcionalidad Familiar para determinar el nivel de funcionalidad familiar. Se aplicó el cuestionario de Apoyo Social para establecer apoyo instrumental emocional, de interacción positiva y apoyo global. Resultados: La mayoría de los pacientes tenían entre 60 y 69 años de edad, la mayoría eran viudos, con aporte económico que procede de los hijos o del cónyuge para la manutención del tratamiento, con antecedentes de haberse desempeñado como comerciantes, oficios del hogar o jubilados. Utilizaban muletas y sillas de ruedas como medio de movilización. Respecto a la calidad de la relación del paciente con su grupo familiar en su totalidad fue buena, con el apoyo de los amigos como soporte social. La funcionalidad familiar fue muy buena a expensas de la adaptación y la participación.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, apoyo social, pacientes diabéticos amputados.

Abstract

Family function and social support in diabetic amputee patients.

Objective: To determine the family function and social support in amputated diabetic patients. Methods: This is transverse, prospective and descriptive study of 87 diabetic insulin-dependent patients in University of the Andes Hospital, Mérida, Venezuela. We reviewed the medical records of patients amputated during the last three years and recorded their demographic characteristics (age, sex, marital status, occupation before and after amputation), the family members who bare the costs of the patients care, and the mobility systems used by the patients. A social support questionnaire was applied. Results: Most of the patients were between 60 and 69 years, widows, merchants, house keeping or pensioners, treatment help from children or wife/husband. Mobility was by crutch and wheelchair. Good relation of quality, high family functionality for participation and adaptation. Quality of the relation between patients and their family group was totally fair with the support of friends. The family function was very good due to social support was high based especially on emotional, instrumental and positive interaction support.

Keys words: Family function. social support. diabetic amputee patients.

INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus es una enfermedad incapacitante que ha mostrado un ascenso sostenido en los últimos 10 años, en los Estados Unidos representa el 6,6% en la población de 20-74 años de edad. En España es la tercera causa de muerte. Más de la mitad de las estimaciones mundiales están previstas para America Latina y el Caribe (Bosch 2002). En Venezuela ocupa la sexta causa de muerte. La prevalencia en Venezuela para el año 2000 fue de 5-6%. Cada día mueren 14 diabéticos (Sociedad Venezolana de Endocrinología 2003).

La diabetes mellitus es un síndrome de componentes metabólico y vascular interrelacionados. A mediano plazo presenta complicaciones irreversibles, entre las cuales se presentan trastornos neurovasculares importantes que conllevan al pie diabético, cuyo

destino final se traduce en la amputación del miembro afectado convirtiéndose el paciente diabético en un minusválido y con él su familia. Si el paciente diabético no sabe manifestarse en la relación triangular de la familia, se verá afectado en el contacto o descontacto de cada uno, lo que altera vínculos y procesos, debilitando la capacidad de crecimiento y defensa del grupo familiar.

Se ha descrito que aproximadamente el 10% de los pacientes desarrollan pie diabético en alguna fase del proceso morbooso y la amputación de miembros inferiores es la secuela más común, así la familia a la cual pertenece debe organizarse para procurarle comodidad y bienestar (Cho 2002). El paciente diabético se siente a merced de los acontecimientos o víctima de ellos. Las familias se convierten en un mundo de incongruencias, culpas y desafectos, donde

unos se alejan, otros se involucran en exceso, unos se niegan y quizá el más desprotegido se enferma (Delgado-Torres 2002).

El principal objetivo de ésta investigación consistió en detectar el nivel de funcionalidad familiar y apoyo social del paciente diabético luego de sufrir amputación de los miembros inferiores.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal realizado en 87 pacientes diabéticos, adultos insulino dependientes y amputados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) con la finalidad de indagar sobre la funcionalidad familiar y el soporte social. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían sido amputados en los últimos tres años, se ubicó el domicilio de los mismos y se indagó acerca de características demográficas (edad, sexo, estado civil y la ocupación antes y después de la amputación), miembros de la familia a cargo de los gastos que genera la enfermedad y el sistema que utiliza el paciente para la deambulaci3n. Se aplicó el test de Apgar Familiar para determinar el nivel de funcionalidad familiar. Se aplicó el cuestionario de Apoyo Social de MOS para establecer apoyo instrumental emocional, de interacci3n positiva y apoyo global. El apoyo instrumental se refiere a la atenci3n en sus labores, higiene y cuidados, el emocional se interesa por escucharlo y darle ánimo) de interacci3n positiva a recrearse con su presencia, etc., afectivo a ofrecer demostraciones de cariño y de apoyo global a la suma de las consideraciones anteriores.

RESULTADOS.

La tabla 1 muestra que tanto en el sexo masculino como en el femenino la edad predominante de los pacientes diabéticos amputados fue entre 60 a 69 años de edad (44,4 y 42,5 % respectivamente). En el sexo masculino el grupo etáreo siguiente fue entre 70 a 79 años (20,3%), seguido de 18,6% entre 50-59 años de edad, luego 7,4% en pacientes mayores de 80 años, en el grupo de 40-49 años (5 y 6%) y entre 30-39 años (3,7%). Con respecto al sexo femenino el grupo etáreo siguiente fue de 50-59 años (27,3%) seguido entre 40-49 (12,2%) seguido del grupo mayor de 80 años (9%) 30-39 años de edad (6%) y 3% entre 70 a 79 años de edad.

En relaci3n con el estado civil, 50 pacientes eran viudos, 24 casados, 11 solteros y 2 divorciados.

Con respecto a los gastos que genera la enfermedad son cubiertos por los hijos en un 38% de los casos, el conyugue en 28% de los casos, por el propio paciente

en 24% (cubrían los gastos con su pensi3n), 5% de ellos eran apoyados por los sobrinos, 3% de ellos por los hermanos, 1% por los padres y 1% por alguna instituci3n (tabla 2).

Tabla 1. Pacientes diabéticos amputados distribuci3n por edad y sexo.

Edad	Masculinos		Femeninos	
	Nº	%	Nº	%
30-39	2	3,7	2	6
40-49	3	5,6	4	12,2
50-59	10	18,6	9	27,3
60-69	24	44,4	14	42,5
70-79	11	20,3	1	3
80 y más	4	7,4	3	9

Tabla 2. Aporte para gastos del grupo familiar del paciente diabético amputado.

Persona que aporta	Nº	%
Hijos	33	38
Conyugue	24	28
Paciente encuestado	21	24
Sobrinos	4	5
Hermanos	3	3
Padres	1	1
Institucional	1	1

Tabla 3. Ocupaci3n antes y después de la amputaci3n.

Ocupaci3n	Antes	Después
Comerciantes	17	18
Profesionales	11	1
Técnicos	3	0
Empleados	6	0
Obreros calificados	19	3
Estudiantes	2	0
Jubilados	0	13
No trabajan	0	31
Total	87	87

La ocupaci3n de los pacientes diabéticos antes y después de la amputaci3n fueron las siguientes: antes de la amputaci3n 29 eran obreros no calificados y luego de la amputaci3n solo dos siguieron en sus trabajos. Diecinueve de los pacientes ejercían como obreros calificados de ellos solo tres permanecieron en el mismo oficio. De manera contradictoria 17 pacientes eran comerciantes y luego de la amputaci3n resultaron 18 pacientes dedicados al comercio. De 11 pacientes profesionales solo uno permaneci3 en su cargo. De los pacientes que ejercían como empleados públicos ninguno se mantuvo en su trabajo. De igual manera tres pacientes eran técnicos y luego de la amputaci3n ninguno pudo continuar en el ejercicio de

su profesión. Dos pacientes eran estudiantes y desertaron después de la amputación 13 pacientes solicitaron su jubilación, 31 pacientes dejaron de trabajar una vez ocurrida la amputación (tabla 3).

Se obtuvo que 82,8% de los pacientes diabéticos amputados compartían alta funcionalidad con el grupo familiar, 12,6% tenían disfunción familiar moderada y el 4,6% disfunción familiar severa.

En cuanto a la funcionalidad familiar, predomina la adaptación y la participación.

En relación con la adaptación: 51,7% siempre se adapta a la situación que atraviesa el paciente diabético, un 40,2% casi siempre, un 5,9% algunas veces, 2,2% casi nunca.

En relación con la participación, 48,3% siempre fueron tomados en cuenta para la toma de decisiones, un 31 % casi siempre, 11,5 % algunas veces, 5,9% casi nunca y un 3,3% nunca.

Se apreció que dentro de la funcionalidad familiar, los parámetros de crecimiento y afecto de los pacientes diabéticos fueron muy importantes.

En cuanto al crecimiento, 44,8% siempre, 36,8% casi siempre, 12,6% algunas veces, 3,4% casi nunca y 2,3% nunca.

En relación con el afecto, 44,8% siempre contaban con el afecto del grupo familiar, 33,3% casi siempre, 14,9% algunas veces, 5,7% casi nunca y 1,1% nunca.

Al investigar el Apoyo Social encontramos que más del 75% tiene menos de diez amigos y más del 25% tiene menos de dos amigos, lo que nos indica que predomina la calidad del soporte social emocional, afectivo, instrumental, de interacción social positiva y por lo tanto el índice global fue máximo.

En relación con el apoyo social, el apoyo afectivo fue máximo en 38 pacientes, 47 pacientes tuvieron un afecto medio y sólo dos pacientes con un apoyo mínimo.

En el plano emocional 77 pacientes tenían máximo apoyo y 10 pacientes con un apoyo medio. El apoyo instrumental fue máximo en un 84% y 3% máximo y el apoyo global en 78 pacientes fue máximo y 9 pacientes tuvieron un apoyo global medio.

DISCUSIÓN.

Según la Sociedad Venezolana de Endocrinología (2003), la Diabetes Mellitus es más frecuente en las mujeres que en los hombres en una relación 3:1. La edad de aparición es entre los 40 y 60 años de edad, como lo señala Herrera-Díaz (2001) Contrariamente, los resultados de este trabajo indican que existe un predominio de varones con miembros inferiores amputados (2:1), especialmente entre los 60 a 69 años de edad, como se aprecia en la tabla 1.

La situación conyugal del paciente diabético amputado fue considerada un factor importante en la dinámica familiar, de hecho en este trabajo más del 50% de los pacientes son viudos y un 24% casados (tabla 2), lo que hace suponer que el paciente tiene soporte familiar mayormente en los hijos, más que en la pareja. Sin embargo, aquellos que estaban casados tuvieron menos complicaciones y la amputación fue retardada durante un tiempo mayor. En un estudio similar la mayoría de los diabéticos eran viudos lo que repercutió francamente en las complicaciones y la mayoría de éstos pacientes terminó en amputación temprana de miembros inferiores (Hinojosa 2004).

El evento de la amputación trae consigo implicaciones como el desequilibrio de la vida familiar. El apoyo familiar demuestra que los miembros del grupo familiar deberán cambiar los roles que sean necesarios, en búsqueda del equilibrio (Delgado-Torres 2002), particularmente en asumir los gastos que genera la enfermedad, como se aprecia en la tabla 3, donde encontramos que los hijos toman las riendas de la carga económica seguido por el cónyuge (cuando está presente), sólo un 10% es cubierto por otros familiares o por alguna institución.

Una de las limitaciones que enfrentan estos pacientes está en relación con el plano laboral, como lo señala la tabla 4. Antes de la amputación todos trabajaban, luego de la amputación sólo el 25 % posee una actividad económicamente productiva y el resto se jubilaron de su trabajo, lo cual representa un ingreso ínfimo para costearse los gastos que genera la incapacidad. El Consenso Nacional de la Diabetes Mellitus citado por la Sociedad Venezolana de Endocrinología (2003), señala que el paciente diabético amputado por lo general se encuentra en una edad productiva de la vida, donde aún puede generar ingresos, en el momento que es amputado pierde esa habilidad lo que repercute en la disminución de la fuerza de trabajo del país.

El hecho de que el paciente diabético requiera ayuda para la movilización le produce una sensación de impotencia, en éste estudio la mayoría se encuentra deambulando con muletas, prótesis, andadera o movilizándose en silla de ruedas. Brito (2001) realizó un trabajo sobre las enfermedades crónicas en relación con la dinámica familiar y encontró la necesidad de que los pacientes puedan desarrollar labores para desenvolverse en alguna actividad remunerativa como es el trabajo manual, recomienda que es un arte que todos debemos cultivar con el objeto de preservar la salud mental cuando en un momento dado sea necesario prescindir de los miembros inferiores, como ocurre con la amputación

de miembros inferiores en el paciente diabético (Cho et al 2002).

Los resultados obtenidos dejan ver que la funcionalidad del paciente diabético amputado es muy buena como se aprecia en el gráfico 1, debido a que la familia tiene la capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua y a la vez utilizarlos para enfrentar la amenaza contra el equilibrio de la familia. Herrera-Díaz (2001) encontró mayor funcionalidad familiar en pacientes descompensados lo que indica que la familia está ejerciendo el rol de ayuda (figura 2) y autocuidado, la funcionalidad familiar en este trabajo ocupa casi la totalidad de la muestra considerada.

Hinojosa (2004) explica que el paciente diabético debe seguir ejerciendo su rol de jefe de la familia y debe ser consultado acerca de las decisiones que se tomen en el seno de la familia, entendiendo sus limitaciones y tomando en cuenta su experiencia (figura 2), tales aseveraciones coinciden con los resultados de esta investigación. Casi la totalidad de los pacientes tienen una muy buena funcionalidad familiar y los que tienen disfunción moderada puede mejorarse con la red de apoyo social del sistema sanitario y un pequeño porcentaje que tiene disfunción severa amerita de un equipo multidisciplinario para propiciar un cambio de actitud importante por parte del grupo familiar. Cuando las necesidades de afecto, consideración y respeto se encuentran presentes la funcionalidad familiar se eleva.

Al investigar el Apoyo Social encontramos que más del 75% tiene menos de diez amigos y más del 25% tiene menos de dos amigos, lo que nos indica que predomina la calidad del soporte social emocional, afectivo, instrumental, de interacción social positiva y por lo tanto el índice global fue máximo, demostrado en el gráfico 4. Herrera-Díaz (2001) estudió el soporte social en pacientes diabéticos no amputados y encontró que más de la mitad de los pacientes estudiados tenían una red de apoyo entre 2 y 5 amigos con los que podía contar en una situación difícil y el índice global fue máximo.

CONCLUSIONES

El grupo de pacientes adultos diabéticos amputados a quienes se les evaluó la funcionalidad familiar está constituido en su mayoría por masculinos entre 60 a 69 años de edad.

La mitad de la población en estudio eran viudos, 24% casados, 11% solteros y 2% divorciados.

Los gastos que genera la enfermedad es asumido por los hijos y por el conyugue de los pacientes.

En relación con la actividad que desempeñaba el paciente antes de la amputación, la mayoría dejó de ejercerla para jubilarse o incapacitarse en su trabajo.

El medio de deambulacion que más utilizaron los pacientes diabéticos amputados fueron las muletas y la silla de ruedas.

Más del 80% tenían alta funcionalidad familiar, en más del 50% “siempre” a expensas de la adaptación y “siempre” a expensas de la participación.

Más del 40% respondió “siempre” en relación al crecimiento y el afecto.

Se concluye que los pacientes adultos diabéticos amputados presentan buena funcionalidad familiar y que el grupo familiar se adaptó fácilmente y le permitieron al paciente su participación en las decisiones del grupo familiar aún cuando la mitad de ellos se encontraban viudos y habían dejado de ejercer su profesión u oficio.

REFERENCIAS.

Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. 2002. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. Rev Esp Cardiol. 55: 525-527

Brito I, Oviedo C. 2001. Influencia de las enfermedades crónicas en la funcionalidad familiar. Percepción del paciente. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas. Tesis de grado no publicada.

Cho E, Rimm EB, Stampfer MJ et al. 2002. The impact of diabetes mellitus and prior myocardial infarction on mortality from all causes and from coronary heart disease in men. J Am Coll Cardiol. 40:954-960.

Delgado Torres L, Delgado Torres C, Fuentes Delgado D et al. 2002. Relación entre glicohemoglobina, pie diabético y otras complicaciones. Revista Peruana de Endocrinología y Metabolismo. 5: 61-68.

Herrera-Díaz L. 2001. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Servicio de Endocrinología. IAHULA. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. Tesis no publicada.

Hinojosa MC, Mena-Bernal E, González- Sarmiento et al. 2004. Asistencia urgente del paciente diabético en el área este de la provincia de Valladolid. Anales de Medicina. 21: 7-11.

Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2003. Consenso Nacional de Diabetes tipo 2. 87-121. Caracas. Venezuela.

Recibido: 29 enero 2007 Aceptado: 15 nov 2008