

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



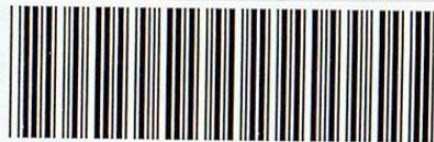
**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

Por:

LIC. MARTHA ANTONIA LOPEZ MENDEZ

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

DICIEMBRE, 2005



1080128584

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2

Por:

LIC. MARTHA ANTONIA LOPEZ MENDEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Entasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

TM

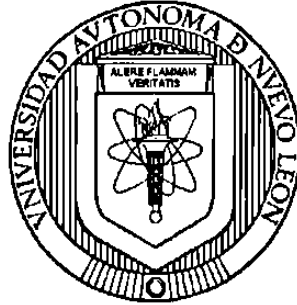
RC660

.L66

2005



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

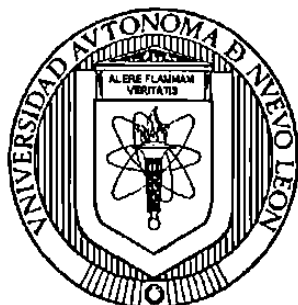
Por

LIC. MARTHA ANTONIA LÓPEZ MÉNDEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

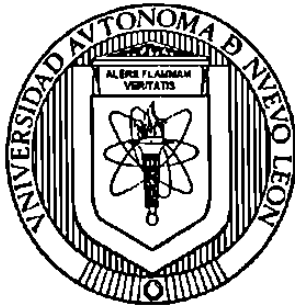
LIC. MARTHA ANTONIA LÓPEZ MÉNDEZ

Director de Tesis
MSP. SILVIA ESPINOZA ORTEGA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. MARTHA ANTONIA LÓPEZ MÉNDEZ

Asesor Estadístico

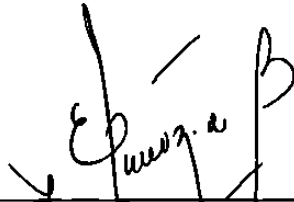
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

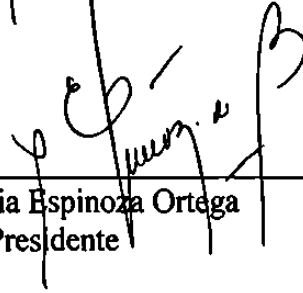
DICIEMBRE, 2005

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

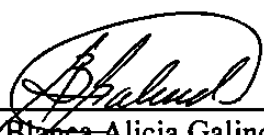
Aprobación de Tesis



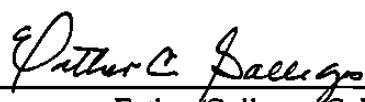
MSP. Silvia Espinoza Ortega
Director de Tesis



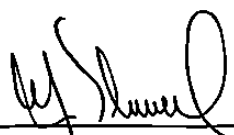
MSP. Silvia Espinoza Ortega
Presidente



ME. Blanca Alicia Galindo Cruz
Secretario



Esther Gallegos Cabriaes, PhD
Vocal



MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Postgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS por permitirme vivir y brindarme salud y valor para superar cuanto obstáculo halle en el camino de la superación personal y profesional.

A la MSP Silvia Espinosa por su presencia, apoyo y todos los conocimientos que me brindo a lo largo de toda la carrera.

A la MCE Karla Selene por su gran ayuda en la parte más árida del trabajo.

A mis compañeras-os de la generación: Noemi, Smirna, Silvia, Patricia, Ana Cecilia, Ramona, Nayeli, Claudia, Manuela, Abril, Alina, Olivia, Francisco y Edilberto, por todo el apoyo y los buenos momentos vividos con ellos.

A las Universidades Autónomas de Campeche y Nuevo León por seguir brindando oportunidades de Superación a los profesionales.

A todos mis compañeros-as de trabajo que siempre me alentaron a seguir y me apoyaron en los tiempos difíciles.

A toda la población de Cancún Quintana Roo que contribuyo al presente estudio y por seguir en pie a pesar de todo.

DEDICATORIAS.

A MI FAMILIA:

SERGIO mi esposo quien con su gran amor me a impulsado a seguir mis sueños y metas.

SAYDE, SAMANTHA, SAMUEL mis hijos por ser mi principal fuente de motivación y orgullo.

MARCELINO Y GUADALUPE (Macial y Lupita) mis padres por mantener unida a la familia aun en los momentos más difíciles y porque a pesar de los años seguiré siendo su hija.

MARA, MAGNOLIA, ELIO, MARCELINO, JUAN, ALVAR WILBERTH, mis hermanos por toda una vida de unión y felicidad.

A mis cuñados-as y sobrinos-as por ser parte de mi gran familia.

A mis compañeras y amigas **Noemí de la Cruz** y **Lizbeth Wong** por los momentos de alegría, tristeza, frustración, que hemos compartido juntas y espero seguir compartiendo a lo largo de nuestra vida profesional.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capitulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	3
Estudios Relacionados	5
Definición de Términos	6
Objetivos	7
Capitulo II	
Metodología	8
Diseño del Estudio	8
Población, Muestreo y Muestra	8
Criterios de Inclusión	8
Instrumentos	9
Procedimiento para la Recolección de Datos	9
Consideraciones Éticas	10
Análisis de Datos	11
Capitulo III	
Resultados	12
Confiabilidad Interna del Instrumento	12
Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio	13
Estadística Inferencial	15
Capítulo IV	
Discusión	23
Conclusiones	24

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capitulo IV	
Recomendaciones	25
Referencias	26
Apéndices	29
A Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, versión latina (EFF-22)	30
B Cédula de Datos Sociodemográficos(CDS).	36
C Autorización del Centro de Salud Urbano	38
D Consentimiento Informado	39
E Hallazgos Adicionales	40

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Consistencia interna de la efectividad de la funcionalidad familiar y por procesos	12
2	Características sociodemográficas de los miembros de las familias de estudio	13
3	Tratamiento de los pacientes respecto a la DM 2	14
4	Tipo de familia de los pacientes con DM 2	15
5	Prueba de Kolmogorov Smirnov para la escala total y por procesos de la funcionalidad familiar	16
6	Funcionalidad percibida por las familias con paciente DM 2	16
7	Medias y medianas para la funcionalidad familiar y los procesos por tipo de familia	17
8	Prueba t de Student de los procesos de las familias con paciente con DM 2	18
9	Percepción de la funcionalidad familiar general y por proceso en relación con el sexo de los pacientes con DM 2	19
10	Percepción de la funcionalidad familiar general y por proceso en relación con la edad de los pacientes con DM 2	20
11	Relación de los proceso en familias con pacientes con DM 2 respecto a la asistencia a la consulta	22

Figura**Lista de Figuras****Página**

1	Funcionalidad Familiar y Procesos	4
2	Relación de la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 y la del integrante de su familia	21

RESUMEN

Lic. Martha Antonia López Méndez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2005

Título del estudio: PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Número de Páginas:46

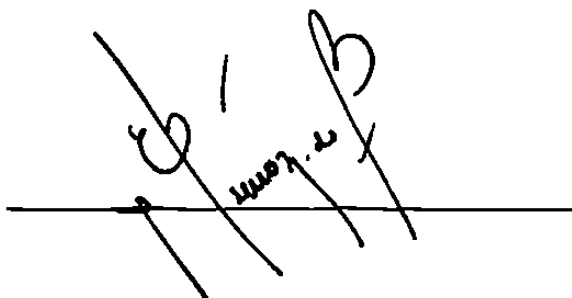
Candidato para Obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue describir la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con diabetes mellitus tipo 2 relacionado con sexo, edad, estado civil, tipo de familia, tipo de tratamiento. Como sustento teórico se utilizó el concepto de funcionalidad familiar (Friedemann, 1995). El diseño fue descriptivo correlacional, con una muestra de 73 familias que asisten al Centro de Salud Urbano No.3 de Cancún Quintana Roo. Se aplicó una Cédula de Datos Sociodemográficos y el instrumento de la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar versión latina (EFF-22), diseñado por Chávez, Friedemann y Alcorta, (2000). Se reportó un coeficiente de confiabilidad de .87.

Contribución y Conclusiones: El estudio permitió identificar que el 75.7 % de la población percibe a su familia con disfuncionalidad. Predomina la familia tipo nuclear 28%, seguida de la compuesta 24%. Se encontró una relación significativa del proceso de coherencia con respecto al sexo ($p = .01$); una asociación negativa de la edad con el proceso de mantenimiento del sistema ($r^2 = -.213$), con el estado civil no se encontró relación significativa. La percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 difiere con la del familiar. La diferencia de medias no fue significativa en lo que respecta a la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 y su asistencia a consulta, lo que los pacientes con DM 2, referían como control de su enfermedad. En los hallazgos adicionales se encontró que es el hombre quien percibe mayor funcionalidad. Así como en la familia compuesta también se nota esta situación. Se recomienda aplicar la EFF-22 a más de dos miembros de la familia, para obtener datos más completos acerca de la funcionalidad de las familias mexicanas.

Firma del Director de Tesis



Capítulo I

Introducción

La familia es la unidad social de mayor importancia y dinamismo en el desarrollo humano, se encuentra inmersa en una compleja civilización consistente en estructuras comunitarias, económicas y de gobiernos cambiantes (Chávez, Friedemann & Alcorta 2001). Según Azuara (1998), en la familia se identifican características de la identidad propia del individuo, la comunidad a la que pertenece, la sociedad de que forma parte, su cultura y el sitio geográfico en el que coexiste, dando lugar a los diferentes tipos de familia que se clasifican en nuclear, extendida o extensa y compuesta o reconstituida.

La familia, entendida como un sistema, es la suma de todos y cada uno de sus integrantes para formar un todo organizado por reglas, jerarquías y con una tendencia a la homeostasis. Esto nos lleva a que cualquier cambio en alguno de sus miembros repercutirá en todos, por lo que la presencia de una patología como la diabetes mellitus tipo2 (DM 2), hará necesario llevar a cabo ajustes en el sistema familiar para continuar funcional.

La DM 2 es una enfermedad crónico degenerativa que demanda cuidados médicos y de enfermería (Secretaría de Salud, 2000). Afecta al individuo y a la familia, sin respetar sexo, edad, raza, credo, o condición social. En México, la DM 2 ocupa uno de los primeros lugares en la morbilidad de la población y desde 1980 hasta la fecha ha causado la mas alta mortalidad, ocupando el segundo lugar en perdida de años de vida saludable (Secretaría de Salud, 2000) alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años la padece y cerca del 30% de los individuos afectados desconocen que la tienen; se ha reportado que uno de cada 10 mexicanos mayores de 30 años padecen DM 2 (Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática [INEGI], 2000).

La prevalencia de la DM 2 en el norte del país es de 9% en población urbana y de 3.2 % en rural. El sureste de México no es la excepción ya que el 7% de la

población urbana y 2.2% de la rural padece DM 2; se estima que más de cinco millones de personas en el país padecen esta enfermedad (Federación Mexicana de Diabetes, 2003). Para que el control de la DM 2 sea efectivo es indispensable la modificación de los estilos de vida, por lo que la educación al paciente y su familia es parte por demás importante en el tratamiento, ya que los integrantes de la familia comparten factores de riesgo, según lo señala la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (NOM-015-SS A2-1994).

Anderson (1996) y Glasgow (1995) destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo familiar más que de cualquier otra persona. Por lo que la interacción de los miembros de la familia es la que sostiene o perjudica las conductas terapéuticas, mismas que son el reflejo de las características de la funcionalidad de la familia. Es importante enfatizar que en comparación con épocas pasadas, el sistema familiar ha sufrido cambios en la comunicación, estructura y función (Friedemann, 1995); mismos que tienen mayor efecto en las familias cuando uno de sus integrantes padece una enfermedad crónica como la DM 2.

La disciplina de enfermería en los últimos años ha dirigido sus esfuerzos hacia el estudio de la funcionalidad familiar y su relación con los problemas de salud, sin embargo en el paciente adulto con DM 2, ha sido estudiada muy poco y en forma discontinua, lo que dificulta conocer como influye la funcionalidad familiar en las personas con este problema de salud.

En el estado de Nuevo León la funcionalidad familiar ha sido estudiada bajo la perspectiva del Modelo Circunflejo de Olson (1984), por Guevara y Durán (1999), encontrando que familias con mayor funcionalidad, tienen menos problemas de salud o de conducta. Valadez, Aldrete y Alfaro (1993), Arriaga, Gómez y Lara (2003), Méndez, Gómez, García, Pérez y Navarrete (2004) comparten la opinión de que la DM 2 ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar. Estos autores han identificado la funcionalidad de las familias con integrantes que padecen DM 2, empleando la valoración del apgar familiar. Es de suma importancia estudiar dicha

variable en varios tipos de poblaciones y empleando teorías e instrumentos diferentes que permitan mediciones de los procesos que se presentan en la familias y que determinan la funcionalidad, para que en un trabajo posterior se pueda realizar intervenciones de enfermería con enfoque hacia los procesos familiares, situación que nos motiva a describir la percepción de la funcionalidad familiar de pacientes con DM 2 que asisten a una unidad de primer nivel de atención en la ciudad de Cancún Quintana Roo. En esta área no se ha estudiado a la familia desde ningún punto de vista, aspecto por demás importante ya que al ser una ciudad turística, la población que habita en ella es flotante y las familias tienden a la separación o a adquirir estilos de vida diferentes, olvidando a los demás miembros de su grupo familiar.

Marco Teórico Conceptual

En este apartado, se describe el marco teórico de Friedemann (1995), que dará sustento al presente trabajo, en él se define a la familia como un sistema de individuos quienes han decidido vivir juntos y / o interrelacionarse afectivamente unos con otros a través de sus talentos, que son complementarios y se encuentran en constante intercambio con su medio ambiente, lo que les permite cumplir con ciertos roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como una unidad. También describe a la familia desde una perspectiva sistémica donde los individuos son vistos como subsistemas que deben lograr su desarrollo a nivel intrapersonal por medio de la unión de características y funciones de todos los miembros de la familia, para convertirse en un sistema familiar total.

Según la autora, el sistema familiar logra su funcionalidad a través de la congruencia de cuatro procesos susceptibles de ser afectados tanto interna como externamente. El primer proceso denominado coherencia se explica como las relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen a sus integrantes de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través del respeto, amor, e interés de unos por otros, de compartir valores y creencias. Unido a este proceso se encuentra la

individuación que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, e implica el desempeño de roles y responsabilidades, para fortalecer talentos, iniciativas y conocimientos que traen consigo una nueva perspectiva y propósito en la vida mediante la expansión del horizonte de la persona.

Un tercer proceso abarca la mayoría de las acciones y estrategias de la vida familiar y personal que facilitan y fortalecen el desarrollo del sentido de seguridad y autonomía. Este proceso denominado mantenimiento del sistema, implica el funcionamiento de roles, patrones de comunicación, normas, valores, toma de decisiones, patrones de cuidado y planeamiento del futuro, entre otros. Como cuarto y último proceso está el cambio del sistema, el cual comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente. Este proceso tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones, fortalecer el control, el crecimiento familiar y personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía.

Cuando en una familia existen lazos emocionales fuertes, se establece el mantenimiento del sistema y se tendrá la seguridad de aprender de sí mismo y de otros, encontrando de esa manera significancia en su vida, nuevos conocimientos, nuevos roles y facilidad para convivir con diferentes culturas y ambientes.

En la siguiente figura se presenta la relación de los procesos que se valoran durante la funcionalidad familiar empleando la teoría de Maria Luisa Friedemann.

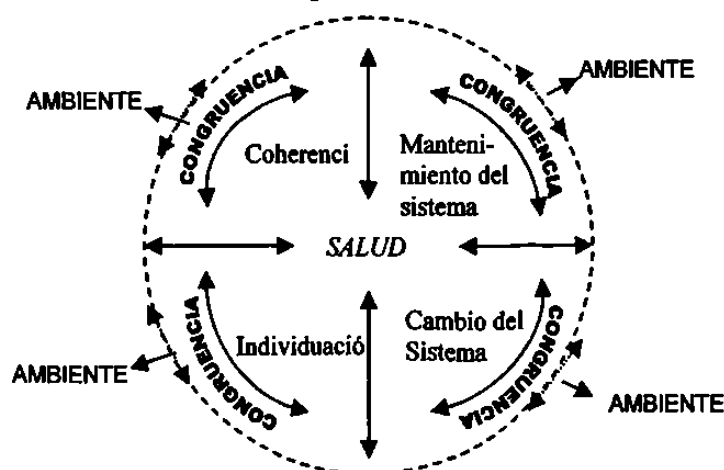


Figura 1

Funcionalidad Familiar y Procesos*

*copia de la obra original con autorización de la autora.

Estudios Relacionados

Valadez et al. (1993) realizaron un estudio para identificar características familiares de 121 pacientes con DM 2 e identificaron que 74.3% de los pacientes clasifica a su familia como funcional de acuerdo al Apgar familiar. Al entrevistar a otros miembros de la familia se identificó que 78.8% de los familiares comparten esta opinión.

Arriaga et al. (2003) realizaron un estudio para comparar dos grupos de pacientes geriátricos, uno con DM 2 y otro aparentemente sano e identificaron en el primer grupo alteración de la funcionalidad en el 61% de las familias en contraposición con el grupo sano en el cual solo el 22% presento alteración en la funcionalidad familiar. El 39% y 78% restante de las familias no presentaban alteración en la funcionalidad familiar.

Méndez et al. (2003) realizaron un estudio en 300 pacientes con DM 2, para identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético, identificando que 80% de los pacientes pertenecientes a familias funcionales mostraron parámetros dentro de los límites de control, mientras que el 56% de las personas pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron parámetros dentro de los límites de control ($p < 0.001$). Se llegó a la conclusión que la disfunción familiar se asocia con falta de control en el paciente diabético.

Chávez et al. (2000) estudiaron en 1384 alumnos de escuelas locales y foráneas de Monterrey Nuevo León el funcionamiento familiar encontrando que el 97% de la población total manifestó problemas en uno o más de los procesos familiares, además reportaron que el 53 por ciento de la población correspondió al sexo femenino, la edad oscilo entre 13 y 18 años, el 89% de los jóvenes pertenecían a familia nucleares. No se encontró correlación significativa entre la funcionalidad familiar y la edad, sin embargo se obtuvo diferencia de medias en la funcionalidad familiar por sexo ($p = .001$) y particularmente el sexo con el proceso de coherencia ($p = .002$), con el proceso de individuación ($p = .001$) y con el proceso de cambio del sistema ($p = .001$). Los hombres calificaron con menor puntaje en el proceso de

mantenimiento del sistema y cambio del sistema, mientras que las mujeres obtuvieron menor puntaje en los procesos de individuación y coherencia.

Chávez et al. 2001) en un estudio realizado en población estudiantil de secundaria, reportaron que el sexo influye en la percepción del proceso familiar de individuación ($p = .05$), el 99 % reportó problemas en uno o más de los procesos familiares. El proceso con menor puntaje fue el de mantenimiento del sistema.

González (2004), en un estudio de 120 adolescentes identificó que existe asociación negativa de la edad con la escala total de la funcionalidad familiar ($r_s = -.35, p < .01$), con el de coherencia, ($r_s = -.33, p < .01$), con individuación ($r_s = -.30, p < .01$), con mantenimiento del sistema ($r_s = -.28, p < .01$) y con el cambio del sistema ($r_s = -.23, p < .05$). No se encontró diferencia de la escala total de la funcionalidad ni de sus procesos con el sexo y tipo de familia.

Ramírez (2004) estudio 344 alumnos de preparatoria en donde más de la mitad fue del sexo femenino y encontró diferencias entre la funcionalidad familiar y ocupación de las madre, señalando que el proceso menos funcional fue el de individuación con 54.65 % y el más funcional el de coherencia con 67.75 %.

Sin embargo hay que hacer mención que estos estudios fueron realizados con poblaciones distintas a la estudiada en el presente trabajo.

Definición de Términos

Funcionalidad Familiar. Es la congruencia entre los procesos de coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema del modelo de funcionalidad de Friedemann y permite clasificar las familias en funcionales, familias moderadamente funcionales y familias disfuncionales y es medida con la suma de los puntos obtenidos en la Escala de Efectividad de la Función Familiar versión latina (EFF-22)

Tipos de familia

1. Nuclear compuesta por padres e hijos
2. Extendida o extensa integrada por una familia nuclear más parientes consanguíneos

3. Compuesta o reconstituida formada por una familia nuclear más parientes no consanguíneos.

Objetivos

1. Determinar la percepción de la funcionalidad de las familias con pacientes con DM 2.
2. Determinar la funcionalidad de las familias con paciente con DM 2 de acuerdo al tipo de familia.
3. Identificar los procesos y nivel de funcionalidad familiar en el paciente con DM 2.
4. Identificar la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 por sexo, edad y estado civil.
5. Relacionar la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 con la de otro integrante de su familia.
6. Identificar la percepción de la funcionalidad de la familia con paciente con DM 2 respecto a la asistencia a la consulta.

Capítulo II

Metodología

Este capítulo se incluye el diseño y tipo de estudio, población, muestreo y tamaño de la muestra, criterios de inclusión, instrumentos a utilizar, procedimiento para la recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El presente trabajo es descriptivo y correlacional, (Pólit & Hungler, 1999); se estudiará la funcionalidad en las familias con pacientes que tengan el diagnóstico de DM 2 con algunas variables sociodemográficas.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio fueron 188 pacientes con diagnóstico de DM 2 registrados en un Centro de Salud Urbano [CSU] y sus familias. El muestreo fue sistemático de uno en dos con un inicio aleatorio y se seleccionaron los pacientes con DM 2 que fueron llegando a la consulta del Centro de Salud Urbano No.3. El tamaño de la muestra se estimó a través de proporciones, para una población finita con un límite de confianza de 95%, y con un error de .05 dando como resultado 73 personas con diagnóstico de DM 2; se consideró como familia a una persona que conviva con el paciente con DM 2, tenga o no lazos consanguíneos.

Criterios de Inclusión:

Paciente mayor de 18 años de edad con DM 2.

Que sepan leer y escribir.

Disponibilidad de un familiar mayor de 18 años que viva con el paciente y se encuentre a la hora de la visita.

Instrumentos

Se aplicó el instrumento denominado Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar versión latina [EFF-22] (apéndice A), diseñada por Chávez et al. (2001). Consta de 22 reactivos que valoran los procesos familiares, cinco (1,5,11,15,19) valoran la coherencia, seis (2,6,8,12,16,20) el mantenimiento del sistema, cinco (3,9,13,17,21) la individuación y seis (4,7,10,14,18,22) el cambio del sistema. Cada uno de los reactivos tiene valores de uno, dos y tres puntos, considerando como funcionalidad aceptable el equivalente a tres y con problemas todas aquellas respuestas con valor de dos y uno. El valor crudo del instrumento es de 66 puntos y define a las familias como funcionales, las que alcanzan una puntuación de entre 61 a 66 puntos; las familias con funcionalidad moderada califican entre los 52 a 60 puntos; y las familias disfuncionales o con problemas son las que obtengan entre 22 a 51 puntos. Así también se aplicó una cedula de datos sociodemográficos [CDS] (apéndice B), la cual incluye sexo, edad, estado civil y tipo de familia.

Procedimiento para la Recolección de Datos

Previa revisión y aprobación de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León se procedió a solicitar por escrito la autorización de la dirección del Centro de Salud Urbano No. 3 (apéndice C). Los sujetos a participar fueron seleccionados de una manera sistemática de uno en dos de acuerdo a como fueron llegando al CSU No.3. Para llevar a cabo la recolección de la información se asistió a las sesiones educativas que se realizan un día por semana en el CSU No.3. Antes de iniciar la sesión se invitó al paciente con DM 2 a participar en el estudio, solicitando su autorización a través del consentimiento informado (apéndice D). Se proporcionó la cédula de datos sociodemográficos y el instrumento EFF-22, así como un lápiz. La autora del estudio se mantuvo accesible para cualquier duda al momento del llenado de los datos. Al término de contestar el instrumento, se introdujo en un sobre manila, se agradeció la

colaboración del paciente con DM 2 y se solicitó su dirección, la cual se anotó en el sobre manila para poder realizar la visita domiciliaria, y entrevistar a un integrante de su familia.

Para valorar a la familia del paciente con DM 2 se realizaron visitas domiciliarias, solicitando a la familia su consentimiento y el llenado del instrumento. Al no encontrar a un familiar al momento de la visita se dejó un aviso para una próxima visita. Se eliminó del estudio al paciente y su familia después de dos vistas subsecuentes fallidas.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), en cumplimiento del Título segundo, Capítulo I, Artículos 13, 14 fracción V, 20 y 21, fracciones I, VI, VII, VIII de este reglamento. Se procuró el respeto a la dignidad humana y a los derechos de las personas hablándoles por su nombre e invitándolos a participar voluntariamente en el presente trabajo, confirmándolo con una firma autógrafa en una carta de consentimiento informado antes de iniciar el llenado de datos. Se les explicó claramente el propósito del trabajo, así como que podrían suspender su participación en el momento en que lo desearan sin que ello represente un riesgo o perjuicio a su salud.

En cumplimiento al Artículo 16 con respecto a proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes, el llenado de datos se hizo en un lugar que proporcionaba privacidad, proporcionado por el CSU No. 3. Al realizar la visita domiciliaria se solicitó entrar a la casa-habitación de la familia, para entablar comunicación y que el llenado de datos fuera lo más confidencial posible.

Análisis de Datos

Para analizar los datos del estudio se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social

Sciencics (SPSS) versión 10.0. La estadística descriptiva permitió conocer las características de los participantes del estudio, mediante frecuencias y proporciones así como medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se obtuvieron índices, y para las variables continuas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de la variable. En este estudio se utilizaron estadísticas paramétricas de acuerdo a la normalidad de las variables.

Para la verificación de los objetivos se emplearon las siguientes pruebas estadísticas

1. Para el primer objetivo se utilizó la estadística descriptiva y se realizó la Prueba Ji Cuadrada de Pearson.
2. Para el segundo objetivo se utilizó un análisis de Varianza (ANOVA).
3. El objetivo tres, se respondió mediante una Prueba t de Student.
4. En el cuarto objetivo se realizó la Prueba t de Student, el Coeficiente de Correlación de Pearson y un Análisis de Varianza.
5. Para el quinto objetivo se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman
6. El sexto objetivo se analizó a través de la Prueba t de Student.

Capítulo III

Resultados

Este capítulo incluye los resultados del estudio, los datos se reportan de la siguiente manera: a) Consistencia Interna del Instrumento EFF22, b) Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio, c) Estadística Inferencial.

Confiabilidad Interna del Instrumento

En la tabla 1 se muestra que existe consistencia interna en la escala de funcionalidad familiar general así como en los procesos que la conforman (Polit & Hungler, 1999).

Tabla 1

Consistencia interna de la efectividad de la funcionalidad familiar y por procesos.

Instrumento	Ítem	Alpha de Cronbach
Escala EFF22	22	.8758
Coherencia	5	.5278
Mantenimiento del Sistema	6	.7417
Individuación	5	.5354
Cambio del Sistema	6	.6517

Fuente: EFF-22

$n = 70$

Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio.

En la tabla 2 se describen los datos sociodemográficos, de las familias con pacientes con DM 2 donde se observa que la mayoría fueron del sexo femenino. Predominó el estado civil casado seguido de unión libre; referente a la ocupación la mayoría de ellos trabajan, así mismo la religión que practican es la católica, y en tanto el estado de origen, predomina el foráneo a la ciudad de Cancún Quintana Roo.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los miembros de las familias de estudio

Variable	Miembros de la familia	
	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	66	47.00
Femenino	74	53.00
Estado Civil		
Soltero	11	8.00
Casado	60	43.00
Unión libre	49	35.00
Divorciado	13	9.00
Viudo	7	5.00
Ocupación		
Estudia y Trabaja	8	5.71
Trabaja	95	67.85
Hogar	37	26.42
Religión		
Ninguna	19	13.57
Católico	83	59.28
Evangélica	23	16.42
Cristiana	13	9.28
Protestante	2	1.42
Estado de Origen		
Quintana Roo	52	37.14
Foráneo	88	62.85

Fuente: CDS

n = 140

En el apéndice E cuadros 1 y 2, se presentan los datos sociodemográficos individuales de los miembros de las familias de los pacientes con DM 2.

Enseguida se presenta el tipo de tratamiento que emplean los pacientes con DM 2. En la tabla 3 se puede observar que los pacientes con DM 2 asisten en mayor porcentaje, al centro de salud y 2.9 % todavía asiste al curandero para recibir atención, sin que nadie los acompañe, y algunas veces los acompaña su pareja, los pacientes refirieron que el asistir a la consulta es la forma de llevar el control de la DM 2, en su mayoría sigue tratamiento con hipoglucemiantes orales.

Tabla 3

Tratamiento de los pacientes respecto a la DM 2

Variable	<i>f</i>	%
Consulta a		
Medico particular	14	20.0
Curandero	2	2.9
Centros de salud	54	77.1
Lo acompaña algún familiar a sus consultas		
Si	15	21.4
No	29	41.4
Algunas veces	26	37.1
Especifique quien		
Nadie	29	41.4
Pareja	14	20.0
Hija	10	14.3
Hijo	5	7.1
Otro	12	17.1
Lleva control de su enfermedad		
Si	62	88.6
Algunas veces	8	11.4
Tipo de Tratamiento		
Ninguno	6	8.6
Medicamento oral	36	51.4
Medicamento oral más ejercicio	9	12.9
Medicamento oral más ejercicio y dieta	11	15.7
Ejercicio y dieta	4	5.7
Otros	4	5.7

Fuente: CDS

n = 70

A continuación se presenta el análisis de los tipos de familia del paciente con DM 2 en donde predomina la familia nuclear, seguida de la compuesta, ocupando el último lugar la extendida (Tabla 4).

Tabla 4

Tipo de Familia de los pacientes con DM 2

Tipo de Familia	<i>f</i>	%
Familia Nuclear	28	40.0
Familia Extendida	18	25.7
Familia Compuesta	24	34.3

Fuente: CDP

n = 70

Estadística Inferencial

Para la variable funcionalidad familiar se realizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov en donde se observa que la escala total de funcionalidad familiar y sus procesos de coherencia, mantenimiento del sistema, individuación y cambio del sistema, presentaron normalidad, por lo que se decidió el uso de pruebas paramétricas (tabla 5). Para la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 se presenta en el apéndice E cuadro 3.

La percepción de la funcionalidad familiar del familiar del paciente con DM 2 se muestra en el apéndice E cuadro 4.

Tabla 5

Prueba de Kolmogorov Smirnov para la escala total y por procesos de la funcionalidad familiar

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Funcionalidad	52.6948	48.2955	14.0516	28.41	81.82	1.156	.13
Coherencia	58.3571	60.0000	14.4142	30.00	90.00	.909	.38
Mantenimiento del Sistema	53.8690	50.0000	17.6822	25.00	91.67	1.227	.09
Individuación	51.4286	50.0000	16.8140	15.00	85.00	.768	.59
Cambio del Sistema	47.8571	45.8333	15.6183	16.67	79.17	.811	.52

Fuente: EEF22

n = 70

Para dar respuesta al objetivo uno sobre determinar la percepción de la funcionalidad de las familias con paciente con DM 2. La tabla 6 muestra que el mayor número de familias es disfuncional. En cuanto a la percepción del paciente con DM 2 ver apéndice E cuadro 5.

Tabla 6

Funcionalidad percibida por las familias con paciente DM 2

Funcionalidad Familiar	f	%
Moderadamente Funcional	17	24.3
Disfuncional	53	75.7

Fuente: EEF22

n = 70 familias

Para dar respuesta al segundo objetivo que indica: determinar el puntaje obtenido sobre funcionalidad de las familias con paciente con DM 2, de acuerdo al tipo de familia, se realizó un Análisis de Varianza, para observar las diferencias de medias entre las variables. La coherencia fue el único que reportó diferencia de medias en todos los tipos de familias. La percepción de la funcionalidad familiar en relación con el sexo del paciente con DM 2 se presenta en el apéndice E cuadro 6.

Tabla 7

Medias y medianas de puntajes obtenidos de funcionalidad familiar y los procesos por tipo de familia

Variable	\bar{X}	Mdn.	DE	F	Valor de p
Funcionalidad Familiar					
Nuclear	51.62	47.72	14.08	1.137	.327
Extendida	49.87	47.15	14.98		
Compuesta	56.06	56.25	13.18		
Coherencia					
Nuclear	55.71	55.00	13.02	3.182	.048
Extendida	54.72	52.50	14.99		
Compuesta	64.16	65.00	14.26		
Mantenimiento del Sistema					
Nuclear	52.82	45.83	19.11	.510	.603
Extendida	51.62	47.91	15.59		
Compuesta	56.77	56.25	17.75		
Individuación					
Nuclear	50.17	45.00	16.74	.285	.753
Extendida	50.55	50.00	18.14		
Compuesta	53.54	55.00	16.38		
Cambio del Sistema					
Nuclear	48.21	45.83	14.76	1.101	.338
Extendida	43.51	41.66	46.86		
Compuesta	50.69	54.16	15.57		

Fuente: EEF22

n=70

Para dar respuesta al objetivo tres que señala: identificar los procesos y el nivel de funcionalidad de la familia con paciente DM 2, se realizó la prueba t de Student, en la cual se encontró diferencia significativa entre las medias, en la

familias que perciben como moderadamente funcional y disfuncional, tanto en lo general como por procesos (tabla 8).

Tabla 8

Prueba t de Student de los procesos de las familias con paciente con DM 2

Variable	N	\bar{X}	gl	t	Valor de p
Funcionalidad Familiar					
Moderadamente Funcional	15	46.90	68	-10.81	.000
Disfuncional	55	73.93			
Coherencia					
Moderadamente Funcional	15	53.72	68	-6.50	.000
Disfuncional	55	75.33			
Mantenimiento del Sistema					
Moderadamente Funcional	15	46.15	68	-11.07	.000
Disfuncional	55	80.83			
Individuación					
Moderadamente Funcional	15	45.81	68	-6.93	.000
Disfuncional	55	72.00			
Cambio del Sistema					
Moderadamente Funcional	15	42.50	68	-7.25	.000
Disfuncional	55	67.50			

Fuente: EEF22

n=70

El cuarto objetivo el cual indica: identificar la percepción de la funcionalidad de la familia con paciente con DM 2 por sexo, edad y estado civil, se realizó una prueba t de Student, Correlación de Pearson y Análisis de Varianza para responder a este objetivo.

La tabla 9 muestra que no se encontró diferencia significativa de la percepción de la funcionalidad familiar y de los procesos, podemos identificar que el sexo masculino percibe mayor coherencia.

Tabla 9

Percepción de la funcionalidad familiar general y por proceso en relación con el sexo de los pacientes con DM 2

Variable	N	\bar{X}	gl	t	Valor de p
Funcionalidad Familiar					
Masculino	29	55.44	68	1.38	.170
Femenino	41	50.74			
Coherencia					
Masculino	29	63.27	68	2.49	.015
Femenino	41	54.87			
Mantenimiento del Sistema					
Masculino	29	57.32	68	1.38	.170
Femenino	41	51.42			
Individuación					
Masculino	29	52.75	68	.554	.582
Femenino	41	50.48			
Cambio del Sistema					
Masculino	29	49.28	68	.639	.525
Femenino	41	46.84			

Fuente: EFF22

n = 70

Continuando con el objetivo cuatro se realizó la Prueba Coeficiente de Correlación de Pearson para la variable funcionalidad familiar general del paciente con DM 2 por proceso con la edad. En la cual se encontró relación negativa, lo que significa que a mayor edad, menor funcionalidad familiar, siendo más evidente en el proceso de cambio del sistema como se muestra en la tabla 10. La funcionalidad familiar percibida solo por el paciente se describe en el apéndice E cuadro 7.

Tabla 10

Percepción de la funcionalidad familiar general y por proceso en relación con la edad de los pacientes con DM 2

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1					
2. Funcionalidad Familiar	-.257* (.031)	1				
3. Coherencia	-.233 (.052)	.811** (.000)	1			
4. Mantenimiento del Sistema	-.213 (.077)	.927** (.000)	.756** (.000)	1		
5. Individuación	-.157 (.194)	.843** (.000)	.557** (.000)	.678** (.000)	1	
6. Cambio del Sistema	-.288* (.016)	.870** (.000)	.550** (.000)	.735** (.000)	.687** (.000)	1

Fuente: EEF22

$n = 70$

Para la relación de las variables funcionalidad familiar general y por procesos con el estado civil de los pacientes con DM 2 se realizó un análisis de Varianza en la cual no se encontró significancia estadística, (ver apéndice E, cuadros 8 y 9).

Para el objetivo cinco sobre relacionar la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 con un integrante de su familia se realizó la correlación de Spermán en la cual se muestra que existe relación positiva y significativa de la Funcionalidad familiar percibida por el paciente y por el integrante de la familia ($r_s=.497, p=.000$) como se muestra en la figura 2, así mismo se encontró relación positiva y significativa de la funcionalidad familiar del paciente y los procesos del paciente e integrante de la familia coherencia ($r_s=.840, p=.000; r_s=.258, p=.000$) mantenimiento del sistema ($r_s=.902, p=.000; r_s=.449, p=.000$), individuación ($r_s=.772, p=.000; r_s=.460, p=.000$) y cambio del sistema ($r_s=.851, p=.000; r_s=.446, p=.000$).

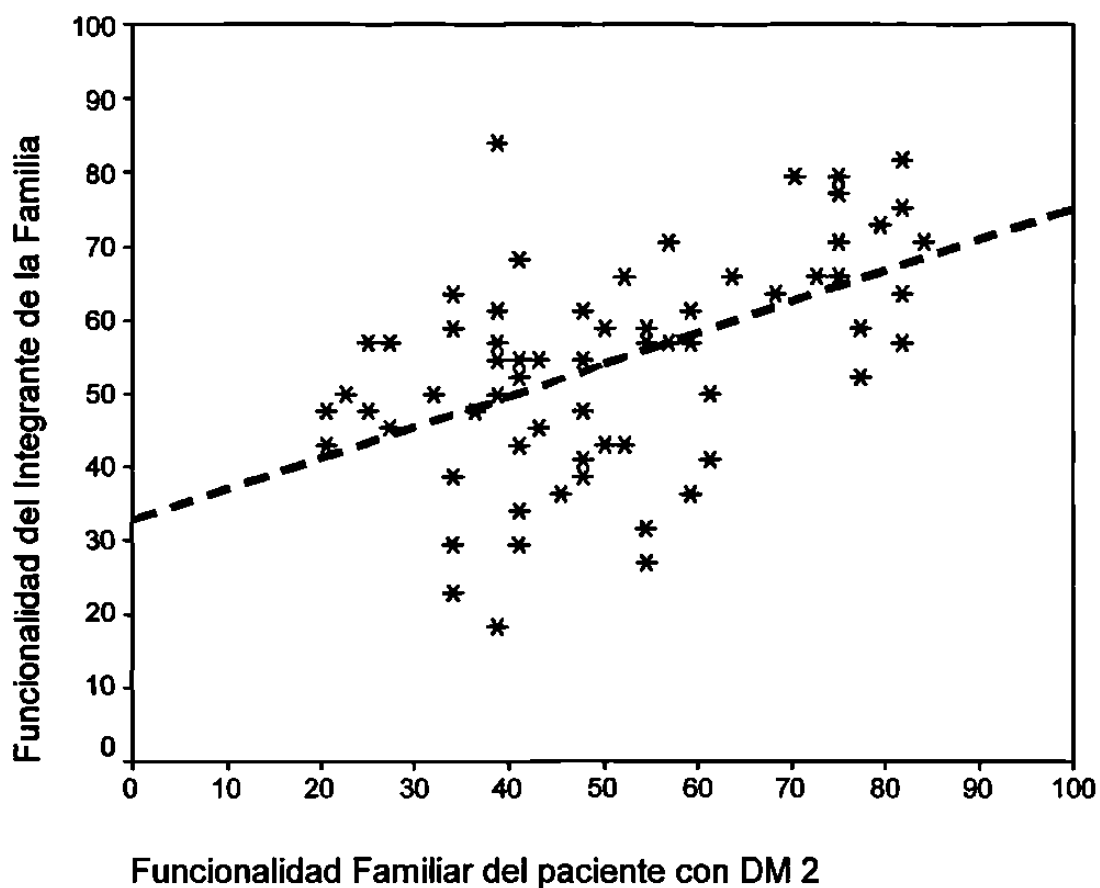


Figura 2.

Relación de la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2 y la del integrante de su familia

El sexto objetivo señala: Identificar la percepción de la funcionalidad de la familia con paciente con DM 2 respecto a la asistencia a la consulta. En la tabla 11 se muestra que no existe diferencia significativa de medias entre la percepción de la funcionalidad de la familia con la asistencia a la consulta del paciente con DM 2.

Tabla 11

Relación de los proceso en familias con pacientes con DM 2 respecto a la asistencia a la consulta

<i>Variable</i>	<i>N</i>	\bar{X}	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>Valor de p</i>
Funcionalidad Familiar					
Con Control	62	52.73	68	.059	.953
Sin Control	8	54.41			
Coherencia					
Con Control	62	58.14	68	-.340	.735
Sin Control	8	60.00			
Mantenimiento del Sistema					
Con Control	62	53.42	68	-.579	.565
Sin Control	8	57.29			
Individuación					
Con Control	62	51.61	68	.254	.801
Sin Control	8	50.00			
Cambio del Sistema					
Con Control	62	48.45	68	.889	.377
Sin Control	8	43.22			

Fuente: EEF22

n = 70

Nota: Los pacientes con DM 2 refieren como control la asistencia regular a sus consultas médicas.

Capítulo IV

Discusión

El presente trabajo permitió medir en forma empírica el concepto de funcionalidad familiar. En relación a los datos sociodemográficos de los integrantes de las familias de pacientes con DM 2 la mayoría fueron del sexo femenino casadas y en unión libre, así también la mayoría trabaja, practican la religión católica y proceden de otros lugares diferentes de Cancún Quintana Roo. Asisten en mayor porcentaje al centro de salud para sus consultas médicas y reciben tratamiento con hipoglucemiantes orales. Respecto al tipo de familia predomina la nuclear, seguida de la compuesta, ocupando el último lugar la extendida.

En cuanto al primer objetivo se identificó que en su mayoría las familias con pacientes DM 2 son disfuncionales coincidiendo con Chávez (2001) y Arriaga (2003) quienes han reportado los mayores porcentajes de las familias con disfuncionalidad lo cual puede explicarse debido a los cambios generados por los pacientes con DM 2; ya que el paciente requiere de mas atención por parte de toda la familia alterando roles, limites e incluso la comunicación. Al determinar la funcionalidad por tipo de familia se identificó mayor funcionalidad en familias de tipo compuesta. Azuara (1998) habla de los nuevos valores de la cultura urbanística frecuentemente basada en el intercambio comercial ; racionalidad, éxito comercial, mejoramiento social, moda, cultivo del conocimiento lo que fomenta las actividades fuera del hogar restando importancia a la familia nuclear.

En relación con el objetivo de identificar los procesos y el nivel de funcionalidad familiar el estudio reportó diferencia de medias en el proceso de coherencia y se observa que la funcionalidad que percibe el familiar y el paciente son significativas mientras que Chávez (2000) obtuvo una diferencia de medias entre funcionalidad total y en los procesos de coherencia, individuación, y cambio del sistema. Esto puede ser debido a la gran influencia que la sociedad ejerce en la familia, transformando su estructura, por lo que las relaciones entre los integrantes de

las familias no proveen de sentido de unidad ni de pertenencia, consecuentemente, no existe armonía; lo que denota y reafirma la disfuncionalidad en esta unidad básica de la sociedad.

Chávez y Friedemann (2001) reportaron que el sexo influye en la percepción del proceso familiar de individuación ($p=.05$) a diferencia del estudio que indicó diferencia por sexo masculino en el proceso de coherencia ($p=.01$). Respecto a esto Landero (2003), opina que la incorporación de la mujer al mercado laboral remunerado propicia condiciones para una socialización o re-socialización de los hijos, hacia actitudes más igualitarias y equitativas en la participación de todos en las tareas y responsabilidades familiares sin distinción del sexo.

Coincidiendo con Gonzáles (2004) se identificó que existe una relación negativa entre la edad y la funcionalidad familiar, siendo mas evidente en el proceso de cambio del sistema.

En este estudio no se encontró relación significativa entre la funcionalidad familiar y el control del paciente con DM 2 a diferencia de Méndez et al (2004) quienes identificaron que la disfunción familiar se asocia a la falta de control del paciente con DM 2. De acuerdo a la experiencia de las autoras se puede mencionar que aunque las familias se encuentren en un alto nivel de funcionamiento no garantiza que los pacientes tengan rangos de control aceptables.

A diferencia de Ramírez (2004) quien no encontró relación significativa entre edad y escala total de funcionalidad familiar, en este estudio se identificó relación significativa entre edad y escala de funcionalidad.

Conclusiones:

En las familias con pacientes con DM 2 que asisten al CSU No.3 de Cancún Quintana Roo la mayoría presentan problemas en su funcionalidad ya sea moderada o llegan a la disfunción, así también, las familias de tipo compuesta presentan mayor funcionalidad que las nucleares y extendidas.

En las familias del paciente con DM 2 la funcionalidad es diferente en relación al sexo ya que el sexo masculino percibe y refiere mayor funcionalidad, percepción que varía desfavorablemente conforme aumenta la edad. Asimismo no se encontró asociación entre la funcionalidad y el control de la enfermedad.

La aplicación del EFF-22 en esta población de familias con pacientes con DM 2 corrobora la consistencia interna del instrumento con un alpha de Cronbach de .8758.

Recomendaciones

Realizar más trabajos de investigación con la EFF-22 en otros tipos de poblaciones de estratos socioculturales diferentes y pertenecientes a otras instituciones de salud, como por ejemplo IMSS o ISSSTE.

Para futuros estudios de funcionalidad familiar incluir a más de un integrante de la familia aparte del paciente, para obtener datos más completos y precisos.

Continuar con estudios sobre la funcionalidad familiar en la población de Cancún Quintana Roo a fin de conocer la realidad de las familias en esa parte de la República Mexicana.

Referencias

- Anderson, B. J. (1996). Involving family members in diabetes treatment. En B. J. Anderson, R. R. Rubin (De). *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. Alexandria: American Diabetes Association. Beverly Hills.: CA
- Arriaga, N. A., Gómez, S. V. & Lara, O. A. (2003). Funcionalidad familiar en pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición Edición especial*, (2),15-22.
- Azuara, P. L. (1998). *Sociología* (17ª Ed.) México D.F.: Porrúa.
- Chávez, A. M. L., Espinoza, O. S., Ruvalcaba, R. D. & Gómez, R. M. (2000). Reportes de resultados de estudios de funcionamiento familiar, valoración de funcionamiento escolar y autoestima en adolescentes. *Manuscrito no publicado*. Universidad Autónoma de NL. Monterrey, México
- Chávez, A. M. L., Friedemann, M. L. & Alcorta, G. A. (2001). Sistema familiar y autopercepción de sus adolescentes. *Desarrollo Científico en Enfermería*. (9), 297-302.
- Federación Mexicana de Diabetes. (2003). *Número en diabetes*. Recuperado el 28 de febrero de 2004, de <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp> México.
- Friedemann, M. L. (1989). El concepto de enfermería familiar, *Journal of Advanced Nursing*.14 .216.- 221.
- Friedemann, M. L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual Approach to Families and Nursing* (pp. 7-15). USA, Newbury Park.: SAGE Publications.
- Glasgow, R. E (1995). A practical model of diabetes management and education. *Diabetes Care*, (18), 117-126.
- González, R. R (2001). *Efectividad de la Funcionalidad Familiar en Población Estudiantil Universitaria*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de NL., Monterrey, México.

- González, Q. N. (2004). *Funcionalidad familiar en adolescentes de nivel medio y medio superior*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de NL., Monterrey, México.
- Guevara, A. J.F. & Duran, L. M. R. (1999) Funcionalidad familiar y problemas de conducta en escolares de una comunidad urbana. *Enfermería Siglo XXI Ciencia y Arte*, (4), 16-19.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. (2000). *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*.
- Landero, H. R (2003) Las actitudes de los hombres sobre los roles de genero sociofamiliar. *Familia, poder, violencia y género*. México DF.: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Martínez, R. G. (1994). *Valoración del funcionamiento familiar en una comunidad suburbana del área metropolitana Monterrey N. L.* Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de NL., Monterrey, México.
- Méndez, L. D., Gómez, L. V., García, R. M., Pérez, L. J. & Navarrete, E. A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica IMSS*, (4), 281-284
- Olson, D .H. (1984). *Families; what makes it work?* Beverly Hills.: CA
- Pólit, D. & Hungler, B. (1999) *Investigación Científica en Ciencias de la salud*. (6ª. Ed.) México D. F.: Mc. Graw Hill Interamericana
- Ramírez, H. M. (2004). Funcionalidad Familiar en Adolescentes de Preparatoria. *Tesis de maestría no publicada*. Universidad Autónoma de NL., Monterrey México.
- Secretaria de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994) Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2*.
- Secretaria de Salud. (2000). *Programa de salud del Adulto Mayor y el Anciano México*.
- Secretaria de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (7ª. Ed.) México.: Porrúa.

Secretaria de Salud. (2004). *Sistema de Información de Salud a Población abierta* (SISPA).

Statistical Package for the social sciences for window. (1998). version 10.0. E.E.U.U. SPSS Inc.

Valadez, F. I., Aldrete, R. M. & Alfaro, A. N. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*. 35(5), 236-244

Apéndices

Apéndice A

Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, Versión Latina (EFF-22)

Familia aquí son todas las personas que usted considera su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como su familia, son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial, puede ser que vivan en su casa o vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho con usted.

En cada momento hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X la que mejor describa a su familia. Si dos de estas le gustan por su parecido, seleccione la que considere más apegada su situación familiar.

Ninguna respuesta es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser familia.

1

- Miembros de la familia u otros familiares se unen unos en contra de otros
- Algunas veces tenemos que unir esfuerzos para encauzar la familia o encarrilarla
- En la familia se tienen desacuerdos, pero se resuelven bien.

2

- Los hombres y las mujeres de la familia tienen cada uno sus propias tareas que solo ellos hacen.
- En nuestra familia los hombres cooperan cuando las mujeres necesitan ayuda en sus labores.
- En nuestra familia no se sabe que tareas debe hacer el hombre y cuales la mujer.

3

- En la familia se tiene tiempo de hacer las cosas que nos gustan.
- En la familia no hay tiempo de hacer lo que nos gusta.
- Algunas veces la familia dispone de tiempo para hacer las cosas que les gustan

4

- Algunas veces los miembros familiares aceptan opiniones.
- En la familia es difícil que admitan diferencias en la opinión de sus miembros.
- Los miembros familiares tratan entre sí las opiniones diferentes aceptando acuerdos que benefician a la familia.

5

- No nos gusta la región porque hay gente mala.
- Pocas veces la familia acepta a los vecinos que son amigables
- Estamos contentos con los vecinos, porque ellos nos quieren ayuda

6

- Nunca estamos de acuerdo acerca de lo que se permite hacer a cada uno de la familia.
- Algunas veces un miembro de nuestra familia es desatento y/o desconsiderado en su trato hacia los demás.
- Generalmente pensamos tanto en los demás miembros de la familia como en nosotros mismos.

7

- En la familia es muy difícil que se resuelvan problemas inesperados.
- Algunas veces se solucionan problemas inesperados
- La familia generalmente resuelve problemas inesperados

8

- Nuestra familia generalmente es una familia feliz.
- Hay coraje o tristeza en nuestra familia.
- En nuestra familia no se demuestra muchos sus sentimientos.

9

- A la familia le gusta colaborar en trabajos para la escuela, iglesia o comunidad
- Algunas veces la familia colabora en trabajos de ayuda para la escuela, iglesia o comunidad.
- La familia no tiene tiempo para colaborar con la escuela, iglesia o comunidad.

10

- Pocas veces la familia se preocupa por ideas que traen de fuera del hogar.
- La familia generalmente tiene cuidado en el uso de nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupo de la colonia.
- La familia no se preocupa por las nuevas ideas que traen de la escuela, trabajo o grupo de la colonia.

11

- Los miembros en nuestra familia sienten que no los entienden.
- A veces en la familia sus miembros sienten que son mal interpretados.
- Siempre entendemos cuando hay un mal entendido con alguno de los miembros familiares.

12

- Pocas veces la familia esta de acuerdo para divertirse en juegos, paseos o fiestas.
- En nuestra familia procuramos compartir tiempo para pasear y divertirnos juntos.
- Cada quien en la familia prefiere divertirse con sus amigos o compañeros.

13

- Los conocimientos aprendidos en el hogar sirven cuando se platica con otras personas.
- Al tratar con personas fuera del hogar es de poca ayuda lo aprendido en la familia.
- Al convivir con amigos o compañeros u otros, algunas veces son útiles las experiencias tenidas en el hogar.

14

- Pocas veces la familia platica de los nuevos conocimientos que aprenden en la escuela, trabajo o iglesia.
- En la familia nos gusta platicar de lo nuevo que se aprende en la escuela, trabajo o iglesia.
- La familia no platica de las cosas que los miembros han aprendido fuera de la casa.

15

- Si tenemos alguna opinión nos las guardamos.
- Si tenemos un parecer distinto, tenemos cuidado en lo que decimos unos de otros.
- Si tenemos un parecer distinto nuestra familia escúcha y hablamos sobre ello.

16

- En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros nada.
- Todos en la familia ayudan lo más que pueden hacer para que el trabajo salga.
- Algunos miembros de la familia pudieran ayudar más.

17

- Algunas veces tomamos parte de las actividades del vecindario, la iglesia o la escuela, si alguien nos lo pide.
- No tenemos tiempo ni energía para participar en actividades del vecindario, de la iglesia o de la escuela.
- Participamos en actividades que el vecindario, la iglesia o la escuela ofrecen porque nos gusta formar parte en ello.

18

- La familia no conoce lo que hacemos fuera del hogar
- La familia conoce lo que hacemos en la escuela, trabajo o grupo de amigos
- Pocas veces la familia sabe lo que hacemos en la escuela, trabajo o grupo de amigos.

19

- Preferimos mantenernos retirados de la familia.
- Básicamente nuestra familia nos hace sentirnos a salvo y felices.
- Tenemos algunos momentos en los que estar con la familia nos hace sentirnos bien y otros momentos en donde fuera

20

- Siempre la familia nos apoya en momentos difíciles.
- Los miembros de la familia no tiene tiempo de ayudar en situaciones difíciles.
- Pocas veces la familia se apoya en si en situaciones difíciles.

21

- En reuniones de paseo, estudio o de trabajo se aprende nuevas cosas de interés.
- Asistir a nuevos lugares y convivir con otros sirve un poco para aumentar conocimientos.
- Es muy difícil compartir ideas y aprender con personas de lugares escogidos para paseos o visitas de interés.

22

- Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas.
- Los problemas han causado mucha infelicidad en nuestra familia.
- Nuestra familia ha aprendido una lección de los problemas que hemos tenido.

Sus sugerencias son valiosas, si tiene alguna anótela:

Gracias por su participación, toda la información vertida en este cuestionario será tratada en la más estricta confiabilidad y anonimato

Apéndice B

Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS).

Edad en años cumplidos _____ Tiempo de residir en Cancún _____ Cédula No. _____

Lea cada una de las siguientes preguntas así como las opciones de respuestas, seleccionando solo la que lo describa mejor a su juicio.

⇒ *Estado de origen:*

1. Quintana Roo
2. Otro especifique

⇒ *Escolaridad años*

cursados y

aprobados: _____

⇒ *Sexo:*

1. Masculino
2. Femenino

⇒ *Ocupación:*

1. Estudia
1. Trabaja
2. Hogar
3. Estudia y trabaja

⇒ *Religión:*

1. Católico
2. Evangélico
3. Cristiano
4. Protestante
5. Otra especifique

⇒ *Integrantes de la familia:*

1. Esposos
2. Padres e hijos
3. Padres, hijos y parientes
4. Padres, hijos, y no parientes
5. Personas sin lazos sanguíneos

⇒ *Estado civil:*

1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
4. Divorciado
5. Viudo

⇒ *Número de integrantes*

de la familia _____

⇒ *Ingreso promedio*

mensual de la

familia:

⇒ *Cuando se enferman
asisten a:*

1. Médico particular
2. Curandero
3. Remedios caseros
4. Centros de salud
5. Otro especifique

⇒ *Lo acompaña algún
familiar a sus
consultas*

1. Si
2. No
3. Algunas veces

⇒ *Especifique quien*

⇒ *Tiempo de padecer
DM 2*

⇒ *Lleva control de su
enfermedad*

1. Si
2. No

⇒ *Tipo de tratamiento que
sigue:*

1. Medicamentos orales
2. Medicamentos orales y ejercicio
3. Dieta, ejercicio y medicamentos
4. Insulina
5. Dieta y ejercicio
6. Otro (natural

Apéndice C

Autorización del Centro de Salud Urbano



Asunto: Autorización de solicitud

Cancún Quintana Roo a 15 de junio del 2005

Lic. Enf. Martha Antonia López Méndez.
Presente.

Por este medio hago de su conocimiento que el proyecto de tesis de grado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ha sido revisado y aprobado por la Comisión Mixta de Ética e Investigación del Centro de Salud Urbano No.3 por lo que se le autoriza a realizar las encuestas que considere necesarias para la realización de dicho proyecto.

Sin otro particular, extendemos la presente para los fines necesarios al desarrollo de su proyecto, exhortándole a continuar en la senda de la investigación.

ATENTAMENTE
SUPRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
DIRECTOR DE LA UNIDAD

DR. FRANCISCO SALAZAR SOSA

c.c.p minutarío

Apéndice D

Consentimiento Informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación que tiene relación con la opinión que tengo de mi familia. Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca de la funcionalidad de mi propia familia.

La Lic. Martha Antonia López Méndez me ha explicado amplia y claramente que es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería. Así mismo me explico que los resultados de este estudio serán para conocer la funcionalidad familiar de la población de Cancún e implementar estrategias de promoción y educación para la salud con respecto a las familias con un miembro con diabetes mellitus tipo 2. Que no existe riesgo para mi salud y que todos los datos que yo le proporcione serán confidenciales sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo abandonar mi participación en esta investigación cuando yo lo desee.

Firma del Entrevistado

Apéndice E

Hallazgos Adicionales

Cuadro 1

Características sociodemográficas continuas de los pacientes con DM 2

Variable	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Edad	51.69	50.00	12.43	18	88
Escolaridad	6.83	6.00	3.07	1	12
Numero de Integrantes	3.76	4.00	1.65	2	10
Ingreso Mensual	5065.97	4900.00	3118.71	0	12,000
Tiempo de Padecer DM 2	6.71	5.00	5.66	1	30

Fuente: CDS

n = 70

El cuadro muestra que la edad promedio de los pacientes con DM 2 fue de 51 años de edad (DE=12.43), con una escolaridad de 7 años (DE=3.07) lo que equivale como máximo haber concluido el primer año de secundaria, con un promedio de 3 integrantes en la familia (DE=1.65), refiriendo un ingreso mensual de \$5065.00 (DE= 3118.71) y con un promedio de 6 años de padecer DM 2 (DE=5.66).

Cuadro 2

Características sociodemográficas continuas de los familiares de pacientes con DM 2

Variable	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Edad	38.09	38.00	11.82	18	64
Escolaridad	7.84	8.00	3.10	2	15
Numero de Integrantes	3.71	4.00	1.68	2	10
Ingreso Mensual	5324.54	5000.00	2934.16	500	12,000

Fuente: CDS

n2=70

El cuadro muestra las variables sociodemográficas de los integrantes de la familia de los pacientes con DM 2, en donde se obtuvo una edad promedio de 38 años de edad (DE=11.82), la escolaridad fue de 7 años (DE=3.10), el número de integrantes por familia fue de 3 miembros (DE=1.68) y cuentan con un ingreso promedio mensual de \$5324.54 (DE=2934.16).

Cuadro 3

Prueba de Kolmogorov Smirnov para la edad, escolaridad, ingreso mensual, los índices de la escala total y por procesos de la funcionalidad familiar del paciente con DM 2

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Edad	51.69	38.00	12.43	18	64	0.85	.45
Escolaridad	6.83	6.00	3.07	1	12	1.21	.10
Ingreso Mensual	5065.97	4900.00	3118.71	0	12,000	0.87	.42
Funcionalidad Familiar	50.94	47.72	17.68	20.45	84.09	1.08	.19
Coherencia	53.57	60.00	20.99	.00	90.00	1.12	.15
Mantenimiento del Sistema	52.50	50.00	22.08	16.67	100.00	1.21	.10
Individuación	50.85	50.00	19.90	10.00	90.00	0.93	.35
Cambio del Sistema	47.26	50.00	19.89	.00	91.67	0.85	.45

Fuente: EEF22

$n = 70$

Se observa que existe normalidad para la funcionalidad familiar y los procesos del paciente con DM 2, por lo que se utilizara pruebas parametricas para estas variables (cuadro 3).

Cuadro 4

Prueba de Kolmogorov Smirnov para los índices de funcionalidad de los integrantes del familiar del paciente con DM 2

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Funcionalidad Familiar	54.44	55.68	14.58	18.18	84.09	.62	.83
Coherencia	63.14	60.00	14.79	20.00	90.00	1.56	.01
Mantenimiento del Sistema	55.23	50.00	18.77	8.33	91.67	1.27	.07
Individuación	52.00	50.00	19.00	10.00	90.00	1.20	.11
Cambio del Sistema	48.45	50.00	15.94	16.67	75.00	1.39	.04

Fuente: EEF22

n2 = 70

Se observa que existe normalidad para la funcionalidad familiar y los procesos de los integrantes del familiar del paciente con DM 2, por lo que se utilizara pruebas parametricas para estas variables (cuadro4).

Cuadro 5

Prueba t de Student de los procesos y nivel de funcionalidad en el paciente con DM 2

Variable	N	X	gl	t	Valor de p
Funcionalidad Familiar					
Moderadamente Funcional	17	76.47	68	11.97	.000
Disfuncional	53	42.75			
Coherencia					
Moderadamente Funcional	17	77.05	68	6.83	.000
Disfuncional	53	46.03			
Mantenimiento del Sistema					
Moderadamente Funcional	17	82.84	68	10.40	.000
Disfuncional	53	42.76			
Individuación					
Moderadamente Funcional	17	72.94	68	6.73	.000
Disfuncional	53	43.77			
Cambio del Sistema					
Moderadamente Funcional	17	72.54	68	8.67	.000
Disfuncional	53	39.15			

Fuente: EEF22

n1 = 70

En el cuadro 5 se muestra los procesos y el nivel de funcionalidad familiar, en la cual se encontró diferencia significativa de las medias entre los pacientes con DM 2 que perciben su nivel de funcionalidad familiar como moderadamente funcional y disfuncional, lo que quiere decir que quienes perciben como moderadamente funcional a su familia, tienen más alto su promedio de funcionalidad familiar, así como en los procesos.

Cuadro 6

Prueba t de Student de funcionalidad familiar y procesos por sexo

Variable	N	X	gl	t	Valor de p
Funcionalidad Familiar					
Masculino	29	50.86	68	-.031	.975
Femenino	41	50.99			
Coherencia					
Masculino	29	56.55	68	.999	.321
Femenino	41	51.46			
Mantenimiento del Sistema					
Masculino	29	53.44	68	.300	.765
Femenino	41	51.82			
Individuación					
Masculino	29	48.62	68	-.788	.433
Femenino	41	52.43			
Cambio del Sistema					
Masculino	29	45.40	68	-.655	.515
Femenino	41	48.57			

Fuente: EFF22

nl = 70

El cuadro 6 muestra que no se encontró diferencia significativa de la percepción de la funcionalidad familiar y de los procesos, respecto al sexo.

Cuadro 7

Coefficiente de Correlación de Pearson para la variable funcionalidad familiar total del paciente con DM 2 por proceso con la edad

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1					
2. Funcionalidad Familiar	-.283* (.018)	1				
3. Coherencia	-.238* (.047)	.832** (.000)	1			
4. Mantenimiento del Sistema	-.247* (.039)	.920** (.000)	.754** (.000)	1		
5. Individuación	-.223 (.064)	.781** (.000)	.520** (.000)	.602** (.000)	1	
6. Cambio del Sistema	-.252* (.035)	.855** (.000)	.562** (.000)	.723** (.000)	.585** (.000)	1

Fuente: EEF22

n1 = 70

Respecto a la percepción de la Funcionalidad familiar por edad, se encontró relación negativa estadísticamente significativa, lo que significa que a mayor edad, menor es la funcionalidad familiar y los procesos de Coherencia, Mantenimiento del Sistema y Cambio del Sistema, con excepción del proceso de Individuación en la que no se encontró relación significativa (cuadro 7).

Cuadro 8

Análisis de varianza de funcionalidad familiar y procesos con estado civil

Variable	<i>gl</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>
Funcionalidad Familiar					
Entre grupos	4	1480.74	370.18	1.197	.320
Dentro de grupos	65	20094.59	309.14		
Coherencia					
Entre grupos	4	2716.56	679.14	1.59	.186
Dentro de grupos	65	27690.57	426.00		
Mantenimiento del Sistema					
Entre grupos	4	1703.57	425.89	.866	.489
Dentro de grupos	65	31956.14	491.63		
Individuación					
Entre grupos	4	1378.19	344.54	.862	.491
Dentro de grupos	65	25970.38	399.54		
Cambio del Sistema					
Entre grupos	4	1824.37	456.09	1.163	.435
Dentro de grupos	65	25498.04	392.27		

Fuente: EEF22

n1=70

El cuadro 8 señala la funcionalidad familiar y los procesos por estado civil, en la cual no se encontró diferencia significativa.

Cuadro 9

Análisis de varianza de funcionalidad familiar y procesos con estado civil

Variable	<i>gl</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>
Funcionalidad Familiar					
Entre grupos	4	1157.75	289.43	1.50	.210
Dentro de grupos	65	12466.14	191.78		
Coherencia					
Entre grupos	4	1669.87	417.46	2.14	.085
Dentro de grupos	65	12666.19	194.86		
Mantenimiento del Sistema					
Entre grupos	4	1578.62	394.65	1.28	.286
Dentro de grupos	65	19995.04	307.61		
Individuación					
Entre grupos	4	1311.07	327.75	1.17	.332
Dentro de grupos	65	18196.12	279.94		
Cambio del Sistema					
Entre grupos	4	1379.34	344.83	1.45	.228
Dentro de grupos	65	15452.00	237.72		

Fuente: EEF22

n = 70

Cabe señalar que la funcionalidad familiar y los procesos por estado civil, no se mostró diferencia significativa.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidata para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria.

Tesis: Percepción de la Funcionalidad Familiar en el Paciente con
Diabetes Mellitus tipo 2

Área de Estudio: Salud Comunitaria.

Biografía: nacida en Progreso Yucatán el día 18 de diciembre de 1965. Hija del Sr.
Marcelino López Flores y Sra. Elsy Guadalupe Méndez de López.

Formación: Egresada de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad
Autónoma de Campeche como Enfermera General en el año de 1987. Obteniendo el
título de Licenciada en Enfermería en el año 2001, en la Escuela Superior de
Enfermería en la Universidad Autónoma de Campeche.

Experiencia Laboral. De 1987 a 1989 como Enfermera General en el Hospital
General de Cancún. De 1988 a 1991 como Enfermera General y Supervisora en la
Clínica Total Assist en Cancún Quintana Roo. De 1991 a 1994 como Enfermera
General y Jefe de Piso del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 3
del Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS] Delegación Cancún Quintana Roo.
De 1991 a la fecha como Supervisora en el Hospital General de Cancún “Dr. Jesús
Kumate Rodríguez”.

e-mail: malm00@hotmail.com



