



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR PERCIBIDA POR EL CUIDADOR DE LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2, EN SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
RODOLFO PEREZ MAURICIO

No. DE CTA. 9855205



DIRECTORA DE TESIS: MTR. LUCERONICA FLORES FERNANDEZ

[Firma manuscrita]

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Coordinación de Servicio Social

MEXICO, D. F.,

JULIO DE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

Este trabajo lo dedico a mis padres Julia M. R. y Enrique P. P., que siguen apoyándome incondicionalmente para el logro de mis sueños que al mismo tiempo forman parte de sus sueños también, por lo que percibido como el complemento del día en que planearon mi concepción terrenal.

También lo dedico a mis hermanos; Yolanda, Enrique, Araceli, Gabriela y Juan Manuel, que de las diversas formas en la que ellos expresan sus emociones, confianza y apoyo han logrado la consolidación y alcance de una de mis metas en la vida. Además, que contribuyen hacia la definición de lo que es hoy mi proyecto de vida en el cual la generosidad de compartir es y será la filosofía de vida que tendré como estandarte para con ellos.

Gracias "DIOS", por la oportunidad que tengo de seguir viviendo.

Agradecimientos

A la institución Universidad nacional de México (UNAM) y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que permitió mi preparación académica (práctica- teórica), deportiva, cultural y una participación directa con la comunidad estudiantil de tipo filantrópica.

A las personas que viven en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco, por su participación y disponibilidad para este proyecto.

Así como a las siguientes personas: **Gómez Clavelina Francisco Javier**, profesor e investigador del Departamento de Medicina Familiar en Ciudad Universitaria – U N A M ., por la participación en la asesoría científica sobre el Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales de Olson, además por la confianza y apoyo que demostró como persona. A la Maestra **Liliana González Juárez**, por aceptarme en el proyecto ESVIDIM-2 en calidad de estudiante de alto desempeño y permitirme continuar con ellos para cumplir con el servicio social. A las personas que realizaron su pasantía de servicio social junto conmigo en el proyecto ESVIDIM-2 y a las seis personas (pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia) que fungieron como encuestadores para este estudio. A **Gabriel Mosqueda Pérez**, matemático de la Facultad de Ciencias de la UNAM, que fungió como asesor estadístico del programa SPSS v 10.0.

Y a una gran persona, la Psicóloga **Carmen Hernández Guillen** académica de la ENEO, por su colaboración en el proyecto ESVIDIM-2 (en el que me involucra a mí como pasante de servicio social) en la formación de cofacilitadores para la intervención enfermero (a) hacia las familias de personas con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco).

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIT). Por la beca que me otorgara en una primera fase como estudiante becario y la otra en calidad de tesista becario.

CONTENIDO**PÁGINA****INTRODUCCIÓN****CAPITULO I..**

1.1	Antecedentes.	1
1.2	Definición del problema.	7
1.3	Justificación.	9
1.4	Definición de términos.	10
1.5	Objetivos.	14

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.

2.1	El cuidado de la salud y el cuidador.	16
2.2	Diabetes mellitus tipo 2.	18
2.3	La familia como fenómeno de estudio en el área de la salud.	24
2.4	Funcionalidad familiar.	25
2.5	Indicadores para medir la funcionalidad familiar.	27
2.6	Tipología familiar.	31
2.7	Percepción del profesional de la salud ante la dinámica familiar de la persona con DMT-2.	37
2.8	Ciclo vital de la familia.	40
2.9	Modelo Circunflejo de los sistemas Familiares y Conyugales, por Olson y colaboradores.	43

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1	Diseño del estudio.	50
3.2	Población.	50
3.3	Criterios.	51
3.4	Plan de muestreo y muestra.	51
3.5	Variables de medición.	52
3.6	Materiales y métodos.	52
3.7	Plan de análisis.	54
3.8	Ética y legislación del estudio.	54

CAPITULO 4. RESULTADOS.

4.1	Datos descriptivos con sus respectivas tablas y figuras.	56
-----	--	----

CAPITULO 5.

5.1	Análisis de resultados.	74
5.2	Conclusiones	77
5.3	Sugerencias.	80

REFERENCIAS.	81
---------------------	----

APÉNDICES

1. Ficha comunitaria (elaborada con datos de cédula comunitaria de (ESVIDIM-2).	88
---	----

2. Cédula Básica de Identificación Familiar - 1 (CBIF-1), modificada.	89
3. Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Funcionalidad Familiar III (FACES III), versión en español.	92
4. Tabla 1 y 2 de calificación de la familia correspondiente en el esquema del Modelo Circunflejo de Olson y cols.	93
5. Esquema del Modelo Circunflejo.	94

INTRODUCCIÓN

Este proyecto se deriva de una línea de investigación de cuidado a personas con diabetes tipo 2, que se denomina "Intervenciones de Enfermería a los Estilos de Vida para la prevención y cuidado de la Diabetes Mellitus Tipo 2" (ESVIDIM -2), que se realiza en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El interés por estudiar a las familias en las que existe una persona con DMT-2 radica en la magnitud que tienen este problema de salud como enfermedad crónica degenerativa, que ha afectado a diversas sociedades en el mundo, debido a que es actualmente una de las enfermedades no transmisibles más comunes a escala mundial, posicionándose en la cuarta o quinta causa principal de muerte en la mayoría de los países desarrollados, lo que hace de la diabetes mellitus un problema de salud pública prioritario (IDF, 2000).

Es recomendable dentro de un modelo de salud familiar realizar acciones multidisciplinarias preventivas con este grupo de personas, para mejorar su bienestar biopsicosocial, a fin de lograr un impacto en la reducción de la demanda en los servicios de salud. Por lo anterior, es importante que el profesional de enfermería participe en investigar el grado de funcionalidad familiar a fin de mejorar y ampliar sus competencias en el cuidado de las familias relacionadas con la diabetes. Así como elaborar y ejecutar programas de educación y cuidado

que dirigido a la prevención y control de la DMT-2. impacte en la magnitud que tienen este problema.

Esta investigación aborda desde un enfoque sistémico general la funcionalidad familiar basado en el Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales de David H. Olson (1985). En el capítulo I, se hace mención de los antecedentes con relación a estudios en donde se ha evaluado la funcionalidad familiar en diferentes comunidades, definición del problema, objetivos y definición de términos.

El capítulo 2, presenta el marco teórico, la descripción del modelo circunflejo conyugal y del sistema familiar y la diabetes mellitus tipo 2.

El capítulo 3, describe la metodología del estudio el cual incluye el diseño población, plan de muestreo, muestra, materiales y métodos, plan de análisis ética y legislación del estudio.

Los datos descriptivos, el análisis de los mismos, las tablas de frecuencia y porcentajes de las variables de estudio, se exponen en el capítulo 4.

Por último en el capítulo 5 se presentan las conclusiones y derivadas de este estudio. Y las sugerencias para estudios posteriores relacionados con el tema.

CAPITULO I

1.1. Antecedentes

En Cuba como en Brasil, la propuesta de estudio sobre la evaluación de la funcionalidad familiar es de tipo fenomenológico, resultando ser elementos básicos en materia de conceptualización para evaluar la funcionalidad familiar, pretendiendo con ello, mayor factibilidad de estudio familiar para el grupo multidisciplinario de salud y en México los estudios relacionados a este tema, han mostrado lo siguiente:

Dickinson y cols. (1997) realizaron en el Centro de Salud de Atención Primaria: "Dr. José Castro Villagrana" de la Secretaría de Salud, México. La investigación Determinantes sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, el objetivo fue evaluar los determinantes sociales que caracterizan a las familias balanceadas (normofuncionales) y extremas (disfuncionales) en la cohesión y adaptabilidad familiar, con emplazamiento. La muestra fue de 270 familias elegidas de una población abierta que respondieron al cuestionario FACES III. Se analizaron 15 variables independientes (determinantes sociales, demográficos y familiares), 2 independientes (familias balanceadas y extremas) y su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar medida con FACES III.

Mediante FACES III, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de las familias clasificadas en las 2 dimensiones y sus respectivos grupos para cada una.

En la Dimensión de Cohesión Familiar (DCF) se detectaron 184 (68,5%) familias balanceadas y 84(31,5%) extremas; de igual forma, en la Dimensión de Adaptabilidad Familiar (DAF) se encontraron 119 (44,1%) balanceadas y 151 (55,9%) extremas. El análisis de riesgo de Mantel-Haenszel mostró 3 variables significativas en la dimensión de Cohesión y 5 en la dimensión de adaptabilidad. Se observó claramente que la ocupación del padre como técnico o artesano favorece la cohesión familiar y no lo fue así la ocupación del padre profesional o empleado y tener hijos menores de 10 años. La edad de la madre de 18-29 años favorece la adaptabilidad de la familia y las condiciones que no lo hacen fueron: familias extensas, padre y/o madre comerciante y madres mayores de 60 años. El estudio concluye que la Cohesión Familiar la variable discriminante más importante para clasificar a las familias balanceadas y extremas es la existencia o no de hijos adolescentes en la familia; en la adaptabilidad familiar, la existencia o no de hijos adultos en la familia.

Una investigación en Colombia elaborada por De Francisco y cols. (1995), se estudió la Salud Familiar como una Alternativa de Atención Integral en las Unidades de Atención Primaria, el objetivo fue establecer los riesgos biopsicosociales que influían en la salud de esa comunidad, e igualmente evaluar la posibilidad de orientar el enfoque de atención integral en salud a las familias, en las unidades de atención primaria en salud, contó con 450 habitantes de la población de El Hormiguero, Cali, Colombia, para evaluar sus riesgos psicosociales y familiares. En una segunda fase se realizó un estudio descriptivo con grupo control, para comparar la estructura familiar, la comunicación familiar y

En la Dimensión de Cohesión Familiar (DCF) se detectaron 184 (68,5%) familias balanceadas y 84(31,5%) extremas; de igual forma, en la Dimensión de Adaptabilidad Familiar (DAF) se encontraron 119 (44,1%) balanceadas y 151 (55,9%) extremas. El análisis de riesgo de Mantel-Haenszel mostró 3 variables significativas en la dimensión de Cohesión y 5 en la dimensión de adaptabilidad. Se observó claramente que la ocupación del padre como técnico o artesano favorece la cohesión familiar y no lo fue así la ocupación del padre profesional o empleado y tener hijos menores de 10 años. La edad de la madre de 18-29 años favorece la adaptabilidad de la familia y las condiciones que no lo hacen fueron: familias extensas, padre y/o madre comerciante y madres mayores de 60 años. El estudio concluye que la Cohesión Familiar la variable discriminante más importante para clasificar a las familias balanceadas y extremas es la existencia o no de hijos adolescentes en la familia; en la adaptabilidad familiar, la existencia o no de hijos adultos en la familia.

Una investigación en Colombia elaborada por De Francisco y cols. (1995), se estudió la Salud Familiar como una Alternativa de Atención Integral en las Unidades de Atención Primaria, el objetivo fue establecer los riesgos biopsicosociales que inflúan en la salud de esa comunidad, e igualmente evaluar la posibilidad de orientar el enfoque de atención integral en salud a las familias, en las unidades de atención primaria en salud, contó con 450 habitantes de la población de El Hormiguero, Cali, Colombia, para evaluar sus riesgos psicosociales y familiares. En una segunda fase se realizó un estudio descriptivo con grupo control, para comparar la estructura familiar, la comunicación familiar y

los niveles de ansiedad. Se diseñó una segunda fase, mediante un estudio descriptivo con un grupo control en el que se valoró la estructura y comunicación familiar con el instrumento FACES III, correlacionado con una entrevista personal no estructurada. Todos los instrumentos y la entrevista personal se realizaron mínimo con 2 de los miembros adultos, para garantizar consistencia en la información suministrada. La unidad de muestreo y análisis en esta segunda fase de investigación fue igualmente la familia. Obteniendo como resultados de la segunda fase 117 (11%) habitantes que correspondían a 26 familias de El Hormiguero; 13 familias (50%) presentaban disfunción familiar y en 13 (50%) la función familiar era normal. Al evaluar la estructura del sistema familiar con el instrumento FACES III en la dimensión de lo percibido, se encontró que 100% de las familias disfuncionales eran disgregadas, con un nivel bajo de Cohesión familiar, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal en las que ninguna mostraba este nivel. El nivel de adaptabilidad de las familias ante eventos de estrés situacional, fue rígido en 15.4% de las familias disfuncionales. Al evaluar el sistema familiar con el instrumento FACES III en la dimensión de lo que las familias consideraban como ideal, se vio que 84.6% de las familias disfuncionales deseaban pertenecer a una familia con mayores posibilidades de cohesión entre sus miembros, en comparación con las familias de funcionamiento familiar normal, donde se observó que solamente 7.6% deseaban ese cambio ($p < 0.05$). Además, 92.35 de las familias disfuncionales deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las condiciones de estrés situacional, mientras que 7.6% en las familias con adecuado funcionamiento familiar, también deseaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las mismas

condiciones ($p < 0.05$). Al evaluar la comunicación del sistema familiar con el instrumento FACES III se encontró que la comunicación en las familias con disfunción familiar tenían una puntuación negativa ($X = -11.7$ DE = -5.9 , RANGO = $1.5 - 25$) y en las familias con funcionamiento familiar normal la puntuación fue positiva ($X = +9.4$ DE = $+4.3$, rango -1.1 a $+19$).

López (1998), realizó el estudio "Identificación de la estructura y funcionalidad familiar", el propósito fue identificar a las familias usuarias, derecho habientes, adscritas al consultorio No. 9 turno matutino, de la clínica de medicina familiar "A" Ecatepec, Edo. Mex. ISSSTE. A través de la aplicación del cuestionario FACES III (procedimiento para captar la información) así entonces; en una primera fase, se apoyó en el archivo para captar el total de familias adscritas al consultorio No 9, 1179 familias como total, se realizó la muestra de tipo aleatorio siendo elegidas 435 familias. En la segunda etapa se realizó la recopilación de cuestionarios, vaciando los datos, clasificación de las familias realizando una entrevista respectiva e identificándolas. Los resultados fueron; según su clasificación de las familias con FACES III, relacionada caótica 21.60 %, relacionada flexible 11.72 %, relacionada estructurada 7.35 %, relacionada rígida 0.91 %, no relacionada caótica 1.60 %, no relacionada flexible 2.06 %, no relacionada estructurada 3.21 %, no relacionada rígida 0.68 %, semirrelacionada caótica 8.04 %, semirrelacionada flexible 8.50 %, semirrelacionada estructurada 5.75 %, semirrelacionada rígida 1.83 %, aglutinada caótica 16.55 %, aglutinada flexible 5.51 %, aglutinada estructurada 3.21 %, aglutinada rígida 1.37 %.

El estudio "Utilidad del modelo circunflejo para clasificar las familias de la zona IV, Unidad Médico Familiar (U. M. F) del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)", realizado por Méndez en 1996, tuvo como propósito de estudio clasificar a las familias de acuerdo a su funcionalidad, utilizando FACES III del modelo circunflejo (con 20 reactivos). Siento de tipo prospectivo transversal con familias de la zona IV del ISSSTE, Puebla. Se realizó la muestra de cuota, con un total de 90 familias de 380. Las familias balanceadas y extremas se evaluaron con (FACES III). El reactivo fue aplicado a 90 personas, siendo contestado por un adulto o un hijo de la familia mayor de 18 años. Se concluyó que, el instrumento de evaluación FACES III es útil, válido y fácil de aplicar, pues fue contestado en un promedio de 7 minutos. Los resultados mostraron que de 90 familias estudiadas, 18 % son familias extremas, 32 % familias balanceadas y 50 % familias en rango medio.

En un estudio, en el que se realizó la aplicación de FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar en el grupo de familias del consultorio 18 de la clínica de Medicina Familiar "Ermita" (ISSSTE), el objetivo general fue demostrar el grado de funcionalidad familiar. Se encontró una población de 2,431 personas, con 416 familias, se decidió encuestar a las familias que acudieron a consulta en un periodo del 1° de mayo al 30 de junio, por muestreo de cuota, finalmente el estudio estuvo formado por la evaluación de 150 familias. A quienes se le aplico el instrumento FACES III y los cuestionarios de identificación familiar. En los resultados de identificación familiar se menciona que la distribución del tipo de familias conforme a demografía fue de 116 familias urbanas y 24

suburbanas. La evaluación familiar con FACES III mostró 11 familias semirelacionada rígida, relacionada estructurada 21, relacionada flexible 21, aglutinada rígida 75, aglutinada estructurada 11, aglutinada caótica 11 (Ángel, 1996).

Un estudio de enfermería es el de Chávez y cols., (2000). En el que realizaron el estudio Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar, su propósito fue desarrollar un instrumento para valorar la efectividad del funcionamiento familiar en base al Marco Teórico de Organización Sistémica de la Dra. Marie-Luise Friedeman, los datos se recabaron en una muestra poblacional seleccionada al azar de 407 usuarios localizados en dos colonias de Monterrey, N. L. México, cuyas edades fluctuaron entre 11 y 75 años. El factor de análisis usando la rotación VARIMAX permitió reagrupar los ítems conforme a los conceptos teóricos; por medio de la validez discriminante fue posible corroborar la consistencia de los ítems con el Modelo conceptual, con un alpha de cronbach de .76 en ambos casos los resultados son satisfactorios en cuanto a la utilidad para medir la efectividad del funcionamiento familiar. El instrumento de auto aplicación llamado; "Evaluación de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar", consistió de 20 ítem con tres alternativas de respuesta.

El paradigma de enfermería en la postura teórica de la autora contempló cuatro grandes metas: estabilidad, espiritualidad, crecimiento y control familiar, derivándose de ello la dimensión de los procesos familiares que son; coherencia, mantenimiento del sistema, individuación y cambio del sistema.

Estos y otros reportes muestran la utilidad clínica y diagnóstica del FACES III, hecho que ha promovido el interés de estudios de validación en diferentes países iberoamericanos (v. gr., México, España y Brasil) y anglosajones (Zamponi, 2001). Con base a su fiabilidad surge el interés por el profesional de enfermería en poder evaluar la funcionalidad familiar de una comunidad mexicana aplicando el instrumento (FACES III).

1.2 Definición del problema

Es necesario que enfermería, en la atención que brinda a las familias en la comunidad defina sus acciones, fundamentándose en diferentes enfoques teóricos de estudio familiar. Considerar el proceso de intervención de enfermería en la familia, se vuelve importante si se toman en cuenta; las relaciones afectivas que componen su funcionalidad familiar así como las reglas y roles en las que se desenvuelve cada una de las familias, a fin de efectuar un análisis y tomar decisiones sobre las exigencias de cuidado que requiere la familia. Estas características son estudiadas en el Modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales de Olson y colaboradores.

La evaluación de la funcionalidad familiar desde un enfoque sistémico propicia el entendimiento de la familia con una perspectiva dinámica, valorando el peso específico del estrés en el proceso salud enfermedad de la familia. Así entonces la dinámica familiar como parte distintiva de los diferentes sistemas familiares, enmarca el grado de afectación ante la crisis que se vive al saber del diagnóstico o complicación de una enfermedad de algún miembro de la familia.

Los objetivos que persigue enfermería son paralelos a los del grupo interdisciplinario de salud, esto es, poder definir acciones específicas de diagnóstico dirigidas a la prevención, así como tratamiento de las familias con problemas de funcionalidad familiar, haciendo uso óptimo de los recursos, y de las redes de apoyo familiar.

La presencia de alguna alteración en la salud de un familiar altera alguna o todas las funciones vitales que dan esencia y presencia a una familia; internamente como socialmente, por lo anterior el interés de este estudio, radica en, identificar el tipo de funcionalidad familiar desde la perspectiva del cuidador primario (designado por la propia persona con diabetes tipo 2) en varias etapas del ciclo vital familiar.

Existen diversos especialistas tales como las propias enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y en general los interesados en el estudio de la familia como genetistas, historiadores, psichistoriadores, genealogistas, antropólogos, biógrafos, etc. que han ayudado a estratificar riesgos de ansiedad y depresión en la familia (Gómez, 1999).

El acervo de estudios realizados por profesionales de enfermería sobre evaluación de la funcionalidad familiar, es mínima, razón que ha limitado el poder observar, evaluar, diagnosticar e intervenir con eficacia en la comunidad, es por ello que surge el interés de investigar:

¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR PERCIBIDA POR EL CUIDADOR DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO?

1.3. Justificación.

La atención comunitaria a nivel nacional ha permitido que el profesional de Enfermería sea un recurso clave en el desarrollo de programas destinados a apoyar los cambios en materia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que afectan a la población más vulnerable, por lo tanto se requiere que la enfermera mejore continuamente sus intervenciones dirigidas a la familia a fin de optimizar la práctica del cuidado a la persona con diabetes.

La importancia de que el profesional de enfermería mida el grado de funcionalidad familiar recae en que, en México no se ha evaluado la funcionalidad familiar desde un paradigma enfermero, por ello surge la necesidad de auxiliarse de otras disciplinas que lo hayan logrado. Los resultados de este estudio apoyaran trabajos posteriores para el manejo y control de personas con diabetes mellitus tipo 2 .

La idea de estudiar el grado de funcionalidad familiar percibida por el cuidador de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco Xochimilco; surge de la necesidad de contar con más "herramientas" teóricas que proporcione al investigador de salud familiar un modelo de abordaje comunitario, para el estudio del proceso de cuidados de la familia.

Considerando otro aspecto importante es el que marca la Norma Oficial Mexicana (SSa, 1999) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes la cual menciona; que es de gran importancia extender la educación a los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su

estilo de vida, sino porque comparten factores de riesgo, con el propósito de promover la participación de los familiares de los pacientes, dentro de estos grupos, a fin de facilitar el manejo no farmacológico.

Los beneficios del estudio estarán dirigidos a una práctica profesional de calidad en la que engloba a la familia, el grado de funcionalidad familiar con la que vive su proceso de salud - enfermedad ante un problema crónico degenerativo, como la diabetes mellitus tipo 2.

También éste estudio permitirá realizar cambios de carácter estratégico en el abordaje a comunidades en su planeación y programación de trabajo dirigido al cuidado de la salud comunitaria, para el logro de un vínculo de definiciones enfermero – familia y así mismo ser participes de una sociedad "sana".

La factibilidad de realizar este estudio en cuanto a costos, infraestructura (UNAM, ENEO, CCOAPS), instrumentos y equipo (básculas, baumanómetros, estadímetros, etc.), tiempo y recursos humanos requeridos, fue favorable.

1.4. Definiciones

Para el presente estudio es muy importante definir el término de funcionalidad familiar ya que existen diversas concepciones (teorías, conceptos e ideas) que pudieran confundir la propuesta que este estudio presenta para el trabajo de enfermería.

En la atención primaria de salud se menciona el estudio semántico de la familia en torno a los términos de la familia sana o enferma y familia normal o disfuncional. Donde los dos primeros hacen referencia a la "salud de la familia", es decir, a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman y, por

tanto trata de la prevalencia y la incidencia de enfermedades en una familia determinada (Álvarez, 1993; Zurro, 1999).

Existen muchas definiciones de lo que es la familia, pero desde el punto de vista enfermero la definición más adecuada dependerá del problema único o principal que se presente o, en algunos casos, de la manera que el paciente / familia defina a su familia según su propia cultura (Medalie, 2000).

Familia: Unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que viven unos con otros en una relación constantes y duradera (OMS, 1974; Gómez, 1999).

Salud familiar: se refiere al funcionamiento de la familia como gente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades. Cuando la familia "enferma", es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, se utiliza el término de familia disfuncional (Zurro, 1999). La utilización del concepto implica la explotación de la capacidad de la familia para cumplir con sus funciones, dentro de las cuales se encuentra incluida la de formar individuos sanos, tanto física como mentalmente.

Función familiar: se entiende como las tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el rol que desempeñan en la unidad familiar, que le permite alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que caracterizan a esta peculiar organización grupal que se denomina familia (Chávez, 1993; Zurro, 1999).

Dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un monto dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que este atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar (Revilla, 1992; Huerta, 1999).

Dinámica familiar funcional: es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás (Revilla, 1992).

Familia funcional: es la que es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo (Gómez, 1999; Olson, 1985; Zurro, 1999).

Cohesión: La cohesión familiar se define como la unión emocional que los miembros de la familia tienen unos entre otros. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en dos tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de la familia no relacionada y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias

semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio (Olson, 1985).

Adaptabilidad: es el valor del cambio en el liderazgo, relaciones en los roles y las normas en relación. Con el propósito de valorar esta dimensión, se ha considerado diversos conceptos con fundamento sociológico, de estos conceptos puede mencionarse : liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, roles, normas para la relación interpersonal y grupal, etc. La escala ordinal es: rígida estructurada, flexible y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios para esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles (Olson, 1985).

Comunicación: en la familia la comunicación debe ser considerada como una dimensión facilitadora, que es posible evaluar enfocando a la familia como un grupo con respecto a sus capacidad para escuchar, para conversar, para mantener una continuidad y claridad en el proceso de la comunicación que favorezca el respeto y la consideración (Olson, 1985)

Crisis: es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma (Chávez, 1993; Gómez, 1999).

Diabetes tipo 2: es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas grasas y carbohidratos. Se manifiesta principalmente por hiperglicemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia

e hipertrigliceridemia. Ya que existe una producción insuficiente o inadecuada en calidad de insulina por el páncreas (OMS, 2000; SSa, 2000; Alpizar, 2001).

1.5. Objetivos

Objetivo general:

- Identificar la funcionalidad familiar percibida por el cuidador de la persona con diabetes mellitus tipo 2 (DMT-2) en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco, a través del modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (Olson y colaboradores).

Objetivo específico:

- Identificar la estructura y los determinantes sociales (a través del instrumento CEBIF-1) en que vive la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2, en San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco.
- Identificar el rango extremo de cohesión de la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 en San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco.
- Identificar el rango balanceado de cohesión de la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 en San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco.
- Identificar el rango extremo de Adaptabilidad de la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 en San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco.

- **Identificar el rango balanceado de Adaptabilidad de la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 en San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco.**

- **Aplicar el instrumento FACES III que evalúa la funcionalidad familiar y analizar sus resultados para que sirva como apoyo en el estudio familiar y la intervención de enfermería en comunidades con familias que viven el problema de la DMT-2.**

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO.

2.1 El cuidado de la salud y el cuidador.

Partiendo de la idea que Juana Hernández Conesa (1997) propone hacia la propedéutica en enfermería, es así, como se explora el terreno de la Funcionalidad Familiar desde un sentido común de cuidado, que la familia proporciona a la persona con alguna alteración de salud. Conociendo el estado de salud familiar (funcionalidad familiar), enfermería tendrá un marco de referencia para elaborar los cuidados que ofrecerá en su práctica comunitaria y en particular a cada familia.

Al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo o de sus padres ancianos con alguna incapacidad, se le conoce como "cuidador" o cuidador primario. Este realiza diversas tareas realizadas con el cuidado personal y brinda apoyo no sólo con respeto al tratamiento médico y los problemas derivados del mismo, sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud, toma las decisiones sobre el tipo de cuidado que debe ofrecer, o bien busca ayuda complementaria cuando lo considera necesario (Rodríguez, 1997).

Así, en palabras de Colliere (1993), Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie.

Los cuidados o la práctica de cuidador tienen un significado especial en una cultura; estas prácticas son utilizadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o en la comunidad.

Leininger (1997); la persona se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas. Cuidados, hace referencia a la ayuda, apoyo o conducta de estímulos que facilitan o mejoran la situación de una persona. El cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes; el conocimiento de la diversidad cultural es esencial en la enfermería para proporcionar los cuidados adecuados a los clientes, familias y comunidades.

Watson (1997) en la Teoría del Cuidado Humano menciona en las suposiciones del cuidado; el cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interpersonal, el cuidado consta de factores de cuidado que puede satisfacer las necesidades humanas, el cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento del individuo y la familia, el cuidado responde a una persona como es y lo que parece. Además de lo que podría llegar a ser, un entorno de cuidados ofrece el desarrollo del potencial mientras permite a una persona elegir la mejor acción en un momento concreto, el cuidado es de igual importancia que la curación.

En el metaparadigma de enfermería, Watson considera a la persona como un ser humano que debe ser valorado, cuidado, respetado, alimentado, comprometido y asistido. Además, a la salud la describe abarcando un nivel elevado de funcionamiento físico, psíquico y social; un nivel de adaptación general del funcionamiento cotidiano; y la ausencia de enfermedad.

2.2 Diabetes mellitus tipo 2

Prevalencia e incidencia. La diabetes mellitus es una pandemia en aumento. En las Américas, se calcula que en 1996 vivían unos 30 millones de personas con diabetes, lo que equivale a la cuarta parte del total de casos mundiales. Se prevé que para el año 2010 el número de casos en las Américas llegará a 45 millones, si se tiene en consideración el envejecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización que está ocurriendo en diferentes niveles en todos los países en desarrollo. Así mismo, ciertos grupos étnicos en las Américas presentan una mayor incidencia y prevalencia de diabetes (OPS-DOTA, 2000). En el mundo una de cada diez personas sufren de este mal crónico e incurable.

La diabetes tipo 2 constituye un 85% a un 95% de todos los tipos de diabetes en los países desarrollados y su porcentaje es aun mayor en los países en desarrollo. Actualmente la diabetes tipo 2 es un problema de salud global común y serio que, en la mayoría de los países, ha evolucionado, en relación a rápidos cambios culturales y sociales, el envejecimiento de la población,

urbanización creciente, cambios alimentarios, disminución en la actividad física y el ejercicio físico y otras conductas y estilos de vida poco saludables (IDF, 2000).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 en México, 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes mellitus y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene.

En México se registra que la tasa de prevalencia estimada es del 14.2% en la población adulta. Lo cual hace que México se encuentre entre los diez primeros países en términos del número de personas con diabetes (IDF, 2000).

Según la OMS, se espera que México ocupe el 7º lugar de mortalidad general en el año 2025, en el presente año la población mexicana con diabetes padecerá algún tipo de complicación macro o micro vascular, donde el 10% será para la enfermedad coronaria y el 45% para retinopatía diabética (OMS,2000).

Morbilidad y mortalidad. El Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 menciona, que la diabetes en el año 2000 concentro más de la mitad de las muertes ocurridas en el país (52%). Entonces estos padecimientos que se califican como emergentes, lo son, porque incrementan a tal grado su magnitud, que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro y medio millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Las cifras oficiales indican que la diabetes mellitus tipo 2 creció, en términos absolutos, más de 30 veces en la segunda mitad del siglo XX, presentándose en el año 2000: 47,814 decesos. En términos relativos su contribución proporcional a la mortalidad pasó de 0.4 por ciento a más de 10 por

ciento en éste periodo. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas; hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general (SSa - IMSS, 2001).

Es claro que muchas de las diferencias entre estas tasas de mortalidad que mantiene México reflejan factores de riesgo subyacentes de comportamiento, medioambientales y sociales tales como la dieta, el nivel de obesidad y el ejercicio físico. Algunos grupos étnicos, poblaciones emigrantes o urbanizadas que han experimentado un mayor cambio de estilo de vida, suelen tener altas tasas de diabetes tipo 2. Las tasas más bajas suelen corresponder a comunidades rurales donde las personas tienen un estilo de vida con un alto nivel de ejercicio físico.

La incidencia y prevalencia de la diabetes tipo 2 están aumentando en los niños. Se ha demostrado una incidencia creciente en estudios de América y Japón. Según datos de Libia, Bangladesh, Australia y Canadá, la diabetes tipo 2 también se manifiesta en niños de éstas poblaciones (IDF, 2000).

Criterios Diagnósticos. Los criterios normalizados para detectar y diagnosticar la intolerancia a la glucosa se han desarrollado considerablemente desde los años 60. A finales de los 70 por el National Diabetes Data Group (NDDG) en los EE.UU. y la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente elaboraron nuevos criterios para diagnosticar la diabetes mellitus. En 1985, la OMS modificó sus criterios en conformidad con los valores del NDDG.

Más recientemente, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la OMS han hecho nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la diabetes.

La diabetes tipo 2 suele diagnosticarse por la resistencia a la insulina y el relativo déficit de insulina, pudiendo estar ambos presentes en el momento en que la diabetes se manifiesta clínicamente. Todavía se desconocen las razones específicas por las que se desarrollan estos trastornos (IDF, 2000).

La diabetes tipo 2 suele diagnosticarse regularmente después de los 40 años, aunque tiende a anticiparse diez años en las poblaciones con una elevada prevalencia de la diabetes. La diabetes tipo 2 puede no presentar ningún síntoma durante muchos años y el diagnóstico suele realizarse a partir de complicaciones asociadas o incidentalmente mediante una prueba de glucosa en sangre u orina.

La diabetes tipo 2 esta asociada a la obesidad, lo cual puede causar resistencia a la acción de la insulina y conducir a altos niveles de azúcar en sangre. La herencia es un factor determinante, pero los principales genes implicados todavía no han sido identificados. Contrariamente a la diabetes tipo 1, las personas con diabetes tipo 2 no son dependientes de insulina exógena y no son propensas a la cetosis, pero pueden necesitar insulina para el control de la hiperglucemia, en caso de no conseguirlo únicamente con la dieta o con antidiabéticos orales (Velázquez,2001).

Complicaciones. Otro aspecto fundamental de la epidemiología de la diabetes en México es la proporción de individuos (alrededor del 10%) que desarrollan diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad. Estos sujetos tienen mayor riesgo al desarrollo de complicaciones crónicas ya que están expuestos a

los efectos de la hiperglucemia por periodos más prolongados comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de la vida. Se estima que de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías, 10 neuropatías, de 7 a 10 pie diabético (30% de las cuales terminan en amputación) y dos a cinco, problemas de ceguera. A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular, que es 2.5 veces mayor en la diabetes que en el resto de la población (Velásquez, 2000).

Las complicaciones de la diabetes, tales como enfermedad de las arterias coronarias y enfermedades vasculares periféricas, apoplejía, neuropatía diabética, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera provocan crecientes discapacidades, una esperanza de vida más corta y un enorme coste sanitario para prácticamente todas las sociedades. La diabetes es sin duda un problema de salud que constituye uno de los mayores retos del siglo XXI (IDF, 2000).

Tratamiento. La diabetes se ha convertido en un problema de Salud Pública en México ya que se menciona que existen tres elementos indispensables para un abordaje adecuado para el control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en cada país, el primero son los conocimientos científicos disponibles sobre la enfermedad, el subsanar las necesidades de la población afectada y los recursos económicos que cada gobierno destina al control de la enfermedad.

Este hecho impide que los individuos busquen tratamiento, o que sabiéndose enfermos, no acudan a los servicios de salud o lo hagan de manera irregular.

La diabetes, especialmente cuando esta mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los

costos directos de la diabetes provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre 5% y 14% de los gastos de salud (OPS-DOHA, 2000).

En la línea de acción del Plan Nacional de Salud en México (PNS 2001-2006) como una de sus metas es disminuir la prevalencia de Diabetes Mellitus, menciona también que se calcula en el momento actual 4.8 millones de personas diabéticas, de las que sólo 1.4 millones han sido diagnosticadas.

Gracias a los conocimientos y las tecnologías actuales, es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes. Hay oportunidades para reorientar los recursos que ya se han asignado a éste problema creciente, de manera que se reduzca la tasa de aumento y la frecuencia de las complicaciones y se mejore la calidad de vida para todas las personas con diabetes y sus familias (OPS-DOHA, 2000).

Actualmente la diabetes mellitus esta presente en casi todas las poblaciones del mundo y existen pruebas epidemiológicas de que, sin programas eficaces de prevención y control, la diabetes seguirá extendiéndose a escala mundial.

Por tratarse de un padecimiento que requiere de atención durante toda la vida, una gran parte de los diabéticos manifiesta bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acuden regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40 por ciento logra el control metabólico deseado. Distintas evidencias indican que

el control de estos factores es más efectivo cuando se realizan en forma grupal, bajo un programa mínimo y con la participación de los propios pacientes y sus familias (SSa, 2001).

2.3 La familia como fenómeno de estudio en el área de la salud.

La familia, de una forma u otra, es una característica universal de todas las culturas y sociedades. Ella y cada uno de sus miembros influyen en forma distinta el proceso de salud enfermedad, por medio de una compleja serie de interacciones entre factores relacionados con la genética, el medio ambiente, el estilo de vida y la conducta. La falla de estos factores actúa como intermediarios entre sus propios valores familiares, culturales y los de la sociedad que la rodea. Puede constituir una fuente de apoyo y cariño, o ejercer una influencia destructora y opresora para la salud, el desarrollo y la conducta de sus miembros (Medalie, 2000).

Esto significa que la familia desempeña un papel fundamental en la salud de los individuos y en el sistema de asistencia sanitaria. Por lo tanto la enfermería comunitaria aspira a prestar una asistencia integral (prevención, promoción, curación y rehabilitación) a todos los miembros de la familia, con independencia de su edad y su sexo, basada en una relación continua y duradera.

Cuando se trata de pacientes con una enfermedad o dolencia crónica, es importante reconocer y tratar a la familia funcional que puede incluir al cuidado, a la persona que se dedica a las tareas domésticas, los hijos, las finanzas, el conductor del coche, los vecinos que a veces ayudan; en algunas partes de las grandes ciudades, la persona que cuida a los niños por las noches se considera

como parte de la familia. Esto último también podría considerarse como parte de la familia funcional (Medalie, 2000).

Doherty y Baird (1986), para medir o evaluar lo que es el trabajo con la familia, describieron cinco niveles de participación de las familias. Que son el estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere de la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y su funcionalidad. La estructura se puede valorar mediante la evaluación demográfica familiar que incluye el esquema de clasificación integral de la familia, la identificación de la etapa de su ciclo vital y el diseño de su genograma. De esta manera el conocimiento de su estructura familiar contribuye a la obtención de importantes datos como: roles intrafamiliares, características generales de cada uno de los integrantes del grupo familiar, relaciones afectivas y enfermedades que padecen (Gómez, 1999). De esta manera, la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden.

2.4 Funcionalidad familiar.

La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. En general la familia se ha basado en la teoría sistémica, con base en esta teoría, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que viven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada

uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos.

El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores (Gómez, 1999; Espejel, 1996; Revilla, 1992).

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia además de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, éste equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automático e involuntarios. Cuando ésta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado paciente identificado, a quien se le asigna así en vez de llamarlo por el papel idiosincrático que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros (González, 1999; Huerta, 1999). En general, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse de acuerdo con las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros como grupo, enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes (Gómez, 1999; Huerta, 1999).

En el área de la salud se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo, sin embargo, aunque se han intentado varios modelos y procedimientos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tiene un valor práctico dada su complejidad, extensión o limitación. Entre los que se han utilizado se encuentra FACES III (Huerta, 1999).

Menciona Bellón (1996), el equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y este hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares. De igual forma debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifiquen la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia, es necesaria para alcanzar este equilibrio de salud familiar. El mayor número de procesos crónicos y la percepción subjetiva que tiene el paciente de su propia salud se relaciona con la peor función familiar. Esto puede indicar que el mero hecho de utilizar un instrumento para detectar disfunción familiar, no garantiza por sí mismo y sus familias. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual el primero que hacen falta son conocimientos, actitudes y habilidades.

2.5 Indicadores para medir la funcionalidad familiar.

Herrera Santí en 1999, hace una recomendación de manera general sobre los indicadores para medir funcionamiento familiar:

1.- Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económicas, biológicas y culturales - espirituales).

2.- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que interviene en la relación autonomía - pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre - hijo, como en las de pareja (generacionales e intergeneracionales, respectivamente).

Cuando la familia exige una función o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de este, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y define mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

3.- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación- asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con los que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobre carga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implica rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre - hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres).

La familia auto provoca disfunciones cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

4.- Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando se habla de comunicación distorsionada o disfuncional, se refiere a los doble mensajes incongruentes, cuando el mensaje se transmite verbalmente no se corresponde o es incongruente

con el que se transmite extra - verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

5.- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio - cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Consideramos que este indicador de funcionamiento, es decir; la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente dos tipos de tareas; que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).

2.6 Tipología familiar.

La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global (Irigoyen, 2000; Gómez, 1999). Existen familias urbanas y rurales con base en el enfoque demográfico; y desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones interfamiliares, que pueden ser funcionales o disfuncionales (Huerta, 1999).

En México, Luis Leñero señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación basada en tres factores macro estructurales. En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera, que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la integran, presencia de otras personas sin parentesco, además de las características familiares que resultan de las complicaciones en su desarrollo (Huerta, 1999).

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación de la estructura global de la misma; además la consideran como un sistema de

interacción, o mejor aún de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia.

La familia es un grupo primario que tienen como características propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen (Álvarez, 1988)

De acuerdo con lo referido por el sistema familiar, ésta se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por: generaciones, sexo, intereses y funciones. Los principales subsistemas familiares nucleares son: Subsistema Conyugal, Subsistema paterno-filial, Subsistema fraterno (Huerta, 1999).

La familia, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Lincon, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie (Huerta, 1999).

Un papel familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese papel. Implica las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar. Pueden ser múltiples y simultáneos, así como funcionales y disfuncionales. Se admite que son funcionales cuando se reúnen las siguientes características:

"Aceptados. Si cada miembro se ve así mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.

Flexible. De tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.

Complementarios. Los papeles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido, ni el de padre sin hijos, etc. **Comunicación familiar.** Axioma de la comunicación. Watzlawick, Beavin y Jackson (1971) formularon una serie de principios que han pasado a ser fundamentales para la comprensión de la interacción humana y especialmente útiles para entender el proceso de la comunicación familiar, siendo únicamente útiles algunos para éste estudio" (Huerta, 1999)

Se aprecia que existe un alto grado de discrepancia entre la satisfacción de formar parte de un sistema familiar, las expectativas personales que se tienen sobre un sistema familiar y la satisfacción que derivan sus miembros de pertenecer a él cuando existe disfunción familiar. Se observa que la comunicación no cumple sus funciones en la medida en que ni se expresa bien (nivel relacional) ni se entienden los mensajes transmitidos entre los miembros (nivel cognitivo), cuando hay disfunción familiar. La ansiedad es una expresión de la incapacidad para cambiar la percepción que tiene el sistema familiar y lo que se desea de él, e incide negativamente en el bienestar biopsicosocial del individuo (Huerta, 1999; Gómez, 1999; Irigoyen, 2000).

La salud integral se relaciona con la capacidad de la familia, como sistema, para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad de que las

familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerables a los procesos de salud y enfermedad.

La salud, porque es la que regula y mantiene los procesos de salud - enfermedad tanto en el interior como en el exterior de sí y en relación con otros sistemas. A pesar de que este sistema está condicionado a las pautas sociales y a las políticas de desarrollo, refleja la adaptación del hombre al medio en que se mueve y por ello el proceso salud - enfermedad, está en torno y en función de la familia (De Francisco,2000; Álvarez, 1993).

Recientemente se ha señalado que los principales problemas de salud residen fundamentalmente en una etiología social más que biológica, situación que ha dado lugar al renacimiento de un viejo concepto: el de la familia como un microsistema responsable de salud o enfermedad. Por consiguiente, la familia es considerada como unidad de análisis para otorgarle atención médica primaria, integral, coparticipativa, continua y con un enfoque preventivo donde exista la colaboración de la familia en el cuidado a la salud. Lo anterior se ve apoyado por diferentes materiales impresos sobre la familia y su estudio, que ofrecen a los miembros del equipo de salud un marco de referencia que les permite dejar de ver al paciente como un ente aislado y desvinculado del contexto familiar y social. Siendo fuentes potenciales para difundir la temática en salud para sus propios integrantes y excelentes recursos para mantener y preservar la salud de las personas (Álvarez, 1988; Huerta, 1999).

En la actualidad se entiende que la mejor protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive; que el criterio de prevención de las enfermedades y sus secuelas deben primar sobre el de curación y que consecuentemente la asistencia médica debe realizarse primordialmente en los lugares de residencia de los individuos (Huerta, 1999). La economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de la enfermedad del padre o la madre; y cuando otras enfermedades, sobre todo aquellas que alteran la armonía de la familia, como la depresión, el alcoholismo o la drogadicción, no sólo afecta al miembro que la sufre, sino que repercuten en todo el conjunto familiar.

La mala salud reduce la productividad, la capacidad para el logro y el ejercicio del empleo, el desarrollo intelectual y de la participación social y política. La salud de los individuos, dice Mc Whinney (1995), esta influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros.

El enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud - enfermedad en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y que cobra interés en los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma, la salud del individuo (Huerta, 1999). Tampoco es posible considerar a la enfermedad únicamente como una alteración biológica, sino como lo señala Martínez Cortés, una experiencia llena de significados que viven tanto el enfermo como quienes lo rodean. En consecuencia es importante darse cuenta de que el proceso salud enfermedad no puede ser entendido dentro de los limitados confines de la experiencia individual y que es necesario una visión más amplia de éste proceso

para comprender también la dinámica del grupo familiar. Mediante los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud - enfermedad, es posible para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las reacciones dinámicas del sistema familiar con su entorno (Álvarez, 1988).

Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculada a la dinámica individual, familiar y a la del propio padecimiento:

- A. Aparición aguda o gradual.
- B. Evolución progresiva, constante o episódica.
- C. Desenlace prematuro, de pronóstico fatal o sorpresivo.
- D. Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente y de ocasionar pérdidas de energía, imagen y control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas.

Hablar de familia sana o enferma implica hacer referencia a la salud de la familia, es decir, a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman; por tanto, de la prevalencia e incidencia de enfermedades de una familia determinada (Irigoyen, 2000).

El enfoque para examinar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en los individuos mismos, aisladamente de ahí que la familia como grupo adquiere una entidad diferente a la de la simple suma de sus componentes (Huerta, 1999).

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, favorece el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de

salud favorables. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedad entre sus miembros (López, 1986)

2.7 Percepción del profesional de la salud ante la dinámica familiar de la persona con DMT-2.

La mayoría de los adultos que padecen diabetes tipo 2 tienen dificultades para seguir ininterrumpidamente el tratamiento prescrito. Por tanto, mucho del esfuerzo de enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se aplica a lograr que los pacientes lleven en forma escrita su tratamiento; el cual, generalmente, incluye medicamentos hipoglucemiantes o insulina, dieta, ejercicio y vigilancia de los niveles de glucosa en sangre.

La literatura menciona la existencia de diferentes factores que explican la *no adherencia* del paciente diabético al tratamiento. El bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos son dos de los más mencionados. Las estrategias de enfrentamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado respecto la observancia en el tratamiento de la persona con diabetes tipo 2 (Gallegos, 1999).

Durán (1997) menciona que el diagnóstico de diabetes provoca reacciones no sólo en el diabético, sino también en su familia, de modo que el sistema y la dinámica se ven afectados. La enfermedad y el control es tanto un problema de la persona que la padece, como muchos lo piensa, como implica necesariamente a la familia.

La familia es un grupo de contacto directo, efectivo y espontáneo; se le puede definir como una unidad de personalidad que se relacionan entre sí y que forman un sistema de emociones y necesidades.

“Capacidades de Autocuidado del Adulto con Diabetes tipo 2”, es un estudio que menciona, la recuperación de la enfermedad en aspectos básicos de la vida diaria del paciente con acciones de auto cuidado realizadas por el adulto con diabetes tipo 2, y hace una sub clasificación de hábitos y actitudes en donde incorpora a la familia a su cuidado (Gallegos, 1999).

En el estudio, Capacidades de auto cuidado del adulto con DMT 2, menciona una categoría de responsabilidades relacionada con el cambio de hábitos y actitudes dentro de los que sobre sale el papel que el paciente diabético confiere a la familia en el cuidado de su enfermedad.

Desde el punto de vista cultural la clasificación antes mencionada, confirma el fuerte lazo familiar que caracteriza a las familias mexicanas cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica (Lewis, 1965). Este hallazgo concuerda con Miller (1982), quien reporta que los pacientes diabéticos tienen necesidad de mantener solidaridad con la familia para poder sobre llevar la enfermedad.

Lee (1974) en su línea de investigación sobre capacidades para mejorar una enfermedad crónica, encontró que las habilidades para tomar decisiones, además de las capacidades físicas con las que las personas pueden hacer frente a la enfermedad, son básicas para enfrentar la cronicidad. En su experiencia, el paciente diabético identifica la necesidad de integrar la enfermedad a su auto concepto, buscando constantemente formas de controlar su vida.

Así entonces se cita la siguiente percepción de familias con personas diabéticas tipo 2, en la IV Conferencia Internacional de Enfermería, se presenta un trabajo con un análisis fenomenológico: dice Loureino y Caetano (1999).

"Habiendo sido grabadas y transcritas íntegramente las entrevistas, fue posible identificar las experiencias vividas por los familiares de los diabéticos del modo siguiente.

Los familiares temen por las complicaciones que pudieran tener sus pacientes diabéticos.

Los familiares se culpan por haber legado la enfermedad a sus descendientes.

Los familiares pasan a vigilar a sus pacientes diabéticos.

Los familiares pasan a aceptar la enfermedad.

A partir del pensamiento de Martín Heidegger afirma que en el cotidiano el hombre existe en el modo de ser del impersonal, ligado al mundo de "todos".

Así los familiares de los diabéticos se desvelaron en el modo de ser del temor, propio del cotidiano:

Tengo miedo que mi hijo vaya a tener un problema más serio...

Quedamos siempre más aprensivos con miedo que nuestro hijo, pueda sentirse mal en algún lugar y no tener quien le ayude...

El compartir de las experiencias con los familiares de los diabéticos en la práctica de enfermería, muestra que los padres, cuando también son diabéticos o tienen un diabético en la familia, se culpa por haber legado la enfermedad a sus descendientes:

A veces cuando veo a mi hijo en esta situación... pienso que soy culpable...

Además los familiares adhieren el modo de la solución inauténtica cuando pasan a vigilar pues ella come escondido...

Después que mi madre quedó diabética, toda mi familia y yo tenemos que vigilar pues ella come escondido...

Para Heidegger, este saltar sobre el otro de modo a dominarlo y presionarlo, robándoles la oportunidad de ser él mismo y liberándolo de la responsabilidad de asumir su propias decisiones.

El descubrimiento del modo de ser de los familiares de los diabéticos, permitió la comprensión de sus experiencias vividas. No obstante esta comprensión nunca será plena, pues en todo lo concreta que, histórica, y relativa a la existencia, es siempre inagotable".

2.8 Ciclo Vital Familiar (CVF).

El ciclo vital de la familia es una evolución, en el cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. La limitación física, la aparición de enfermedades crónicas o las propias de su edad y además de otros eventos críticos como el síndrome del nido vacío, la jubilación o la muerte; son situaciones que deben ser oportunamente abordadas por el equipo de salud, ya que por su trascendencia en la familia requieren una adecuada programación de actividades para la óptima atención integral de la persona enferma. En cada uno de los diferentes periodos de desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente.

La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención

y tratamiento; tanto de los aspectos físicos, como los psicológicos y sociales. Por ello el conocimiento y manejo adecuado del tratamiento del paciente y de su familia en cada una de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud prever fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar.

La probabilidad de que haya más miembros en el hogar aumenta conforme las parejas avanzan en sus ciclos reproductivos, circunstancia que debe tomarse en cuenta en la orientación a las familias, debido a que es de esperarse que tanto el aumento como la disminución en el número de los integrantes repercute en la dinámica y problemática derivada de la relación de sus integrantes que a su vez dependerá del Ciclo Vital Familiar vivido.

El ciclo vital de Geyman, es un esquema propuesto en 1980; es el que se utiliza con mayor frecuencia en México (Irigoyen, 2000), y se conforma de las siguientes fases: La **fase de matrimonio** se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana. **Fase de expansión:** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande". **Fase de dispersión,** para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. En esta etapa de la vida familiar, se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores (usualmente así es) ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos

se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias. **Fase de independencia**, es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer entre el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. **Fase de retiro y muerte**: al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, se observa el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio. Con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que se ha identificado:

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los padres; con frecuencia los recluyen en "casas de adultos mayores" (Irigoyen, 2000).

Es importante que el equipo de salud comprenda el Ciclo Vital Familiar por el que atraviesan las familias; es detectar la respectiva crisis y factores de riesgo asociado y actuar con medidas y consejos anticipados y de este modo favorecer un equilibrio en el desarrollo de la Familia (Iglesias, 2000).

2.9 Modelo Circunflejo de los Sistema Familiares y Conyugales.

El modelo, se aborda bajo el enfoque de la Teoría General de Sistemas, el cual en estudios de la familia permite considerar a la familia como un sistema relacional, es decir, no como la suma de una serie de comportamientos individuales separados, sino como algo que, aun incluyendo los elementos que lo componen, de alguna manera los supera y articula en un conjunto funcional. El enfoque sistémico permite sustituir el análisis causa - efecto por el análisis de las pautas y reglas de integración familiar recíproca, que es lo que va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar (Herrera, 1997).

A finales de los setenta, Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES para hacer operativa dos de las tres dimensiones (Cohesión y Adaptabilidad) del Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales el cuál tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Aunque se han desarrollado otros modelos de evaluación con propósitos semejantes, el Circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica, la teoría y la investigación estimulando, además, el diálogo profesional entre clínicos e investigadores.

El modelo Circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más

altos y más bajos son extremos. La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativos o no normativos. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y codificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad (Gómez, 1999).

Es necesario indicar que el modelo Circunflejo dio origen al Paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III. Este instrumento de auto aplicación permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. FACES I fue un instrumento inicial con 111 reactivos, posteriormente, FACES II fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y constructo. La aplicación de la técnica de análisis factorial fue de gran utilidad para seleccionar 30 reactivos el mismo tipo de análisis primitivo nuevamente depurarlos para que apareciera FACES III con 20 reactivos (alpha de chrombach de 0.62 a 0.77). Actualmente Olson y su equipo se encuentra elaborando FACES IV pero con el propósito de solamente evaluar a las familias extremas. El repetido estudio de las familias con FACES II Y FACES III, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) es un instrumento fácil de aplicar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Su capacidad discriminatoria de familias clínicas entre las no clínicas ha sido ampliamente demostrado (Gómez, 1999).

Lo que ha permitido identificar una correlación del modelo circunflejo con el modelo de Beavers, así como la fuerte consistencia en resultados con el Self-Report Family Interventory (SFI), con el Family Assesment Device (FAD) y con el Family Assessment Measure (FAM) (Gómez. 1999).

Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria y Ponce Rosas ER (1999), mencionan FACES III (instrumentos estandarizados al español) permiten un buen acercamiento a la evaluación de la funcionalidad familiar. El modelo circunflejo de sistemas matrimoniales y familiares fue desarrollado por Olson y cols en la Universidad de Minnesota, fundamentado en tres dimensiones que son: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

La presentación gráfica del Modelo Circunflejo (apéndice 5) abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios que se han realizado con base en el modelo circunflejo han demostrado que, a mayor comunicación mayor funcionalidad.

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad se han dividido en cuatro categorías en una escala nominal que contribuye a identificar cuatro tipos de familias balanceadas (funcionales) y cuatro tipos extremos (no funcionales).

En el esquema (apéndice 5), los tipos de familia balanceadas se sitúan en la región central, mientras que los tipos extremos se sitúan en las áreas laterales. Combinando las cuatro categorías de cohesión con las de adaptabilidad se originan 16 tipos de familias, todos factibles en un plano real.

La familia se clasifica en alguna de las 16 posibles combinaciones, dependiendo de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, así como de la

presencia de algún factor de estrés. El estrés en una familia se clasifica en: estrés normativo, estrés no normativo (Irigoyen, 2000).

Cohesión familiar: es definido como el acercamiento emocional que los miembros tienen uno con otro.

Para medir y diagnosticar la cohesión familiar se usan variables como: acercamiento emocional, intereses, y recreaciones.

Son cuatro niveles de cohesión, clasificándose desde no relacionada (muy baja cohesión), semirelacionada (moderado abajo), relacionada (moderado a alto) y aglutinada (muy alto). Los niveles de cohesión centrales relacionadas y semirrelacionada, son los óptimos para el funcionamiento familiar.

Los extremos (no relacionada y aglutinada) generalmente son vistos como problemáticos para los individuos y para el desarrollo familiar a largo plazo.

Relacionada: tienen cercanía emocional, lealtad a la relación el tiempo que se pasa juntos es más importante que el tiempo individual, hay un énfasis en "estar todos juntos". Hay amigos separados, pero hay otros amigos compartidos. Los intereses son comunes con algunas actividades separadas.

Semirrelacionada: tienen algún desmembramiento emocional, pero no es tan extremo como la relacionada, el tiempo para cada uno es importante, pero comparten tiempos juntos, algunas decisiones las toman juntos, las actividades e intereses son dispersas generalmente, pero algunas son compartidas.

No relacionada: separación emocional los miembros de la familia viven cada uno su propia vida, con un limitado comportamiento o compromiso a su familia, hay muy poco interés entre los miembros de su familia, hay mucha

separación personal e independencia, el individuo hace sus propias cosas, vive un tiempo aparte en espacio e interese, los miembros no son capaces de apoyarse uno con otro e involucrarse en las resolución de problemas.

Aglutinada: hay demasiado consenso entre la familia y muy poca independencia, extrema cantidad emocional, la lealtad es exigida, en individuos muy dependientes de cada uno de los otros miembros y produce efectos de unos a otros, hay carencia de separación personal y sólo es permitido un pequeño espacio privado, la energía de los individuos es enfocada a la familia, hay muy pocos amigos e intereses dentro de éste núcleo algunas familias temen. Algunas familias tendrán problemas si siempre funcionan en estos extremos por demasiado tiempo.

Adaptabilidad familiar (Flexibilidad familiar) es definida como la cantidad de cambio que hay en la autoridad, roles y reglas. Para medir y diagnosticar esta dimensión, se han tomado una variedad de conceptos como: autoridad, control, disciplina, estilos de negociaciones, roles y reglas.

Los cuatro niveles de flexibilidad varían de rígido (muy bajo), estructurado (bajo a moderado), flexible (moderado a alto), caótico (muy alto). Demasiado cambio o muy poco cambio es muy problemático. Como en la Cohesión, es una hipótesis que los niveles centrales de flexibilidad (estructurado y flexible), conducen más al funcionamiento familiar, mientras que los extremos (rígido y caótico) son más problemáticos, son extremos.

Relación estructurada: autoridad de alguna manera democrática, algunas negociaciones incluyendo a los niños, los roles son estables, con algunos

compartimiento de roles poco cambio de las reglas, y reglas firmemente reforzadas.

Relación flexible: autoridad ecuánime, con un acercamiento, toma de decisiones democrática, negociaciones abierta, se incluye activamente a los niños, roles compartidos, hay un cambio fluido cuando es necesario, las reglas pueden ser cambiadas y son apropiadas de acuerdo a la edad de cada miembro.

Relación rígida, cuando un individuo esta a cargo y controla demasiado, negociaciones limitadas, la mayoría de las decisiones impuestas por el líder, roles estrictamente definidos, las reglas no cambian.

Relación caótica: tiene autoridad errónea o limitada, decisiones impulsivas o no están bien propuestas, los roles no son claros y normalmente cambian de individuo a individuo.

Niveles muy altos de flexibilidad (caóticos) y muy bajos (rígidos) son extremos que pueden ser problemáticos para individuos y para el desarrollo de las relaciones si permanece por un largo periodo.

Comunicación familiar: es la tercera dimensión en el modelo Circunflejo.

La comunicación familiar es medida en la familia, considerando sus capacidades de escuchar y hablar, de abrirse a los demás, claridad, continuidad en el seguimiento, respeto y consideración. La capacidad de hablar se enfoca en la empatía y atención. Capacidad de hablar incluye hablar por uno y por otros. El abrirse a los demás se relaciona al compartir sentimientos a cerca de uno y la relación. Continuidad es permanecer en algún tema, respetar y considerar los aspectos afectivos de la comunicación.

Los sistemas balanceados tienden a tener muy buena comunicación mientras que los sistemas extremos tienden a tener una comunicación muy pobre, el estrés en una familia puede ser normativo o no normativo. Normativo, como el matrimonio, embarazo, nacimiento de un hijo y no normativo; como accidentes, problemas económicos o legales o la muerte de un cónyuge (Olson, 1985 - Walsh, 1993).

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo el conflicto estimado no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos se puede presentar al profesional de salud como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o los niños, problemas de conducta o un trastorno de simulación en los adolescentes. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente y pueden conducir al deterioro de la salud familiar.

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de ser resueltas favorablemente.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos (Huerta, 1999)

CAPITULO 3

Metodología.

3.1 Diseño del estudio

La investigación por el control de la maniobra es Observacional: ya que se registraron sistemáticamente en forma valida y confiable el comportamiento o conducta manifiesta de la población en estudio (Hernández – Sampieri, 1991).

Descriptiva: ya que su propósito es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y, algunas veces, provee un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría (Polit, 1999).

Transversal: Implica la obtención de datos en un momento específico, resultando particularmente adecuados para describir el estado de fenómenos determinados o de los resultados entre ellos en un momento dado (Polit, 1999)

3.2 Población

La población de estudio estuvo conformada por cuidadores primarios de personas con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a familias nucleares del modulo D de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D. F.

3.3 Criterios.

Criterios de inclusión: cuidadores primarios mayores de 18 años identificados por la persona diabética de las familias nucleares elegidas para el estudio, con residencia permanente en la comunidad, que sabían leer y escribir, que aceptaron de manera informada participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Personas con discapacidad física para comunicarse, cambio de residencia próxima, e indisposición para proporcionar información bajo consentimiento o que no cumplan con los criterios específicos de inclusión para el estudio.

Criterios de eliminación: Familias que no respondan a las preguntas por completo del test FACES III, o que se responda con otra escala diferente a la indicada.

3.4 Plan de muestreo y muestra.

El marco muestral estuvo conformado por 412 personas, las cuales constituyen la población de estudio del proyecto ESVIDIM-2 (395) y 17 personas registradas en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS).

El muestreo para este estudio fue; no probabilístico por conveniencia obteniéndose 50 familias con un integrante diabético tipo 2 y que por motivo de

rigor científico que se describe en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se obtuvo finalmente un total de $n = 42$ familias.

3.5 Variables de medición

Variable dependiente:

Percepción de funcionalidad familiar (Cohesión, Adaptabilidad y comunicación)

Variable independiente.

Cuidadores primarios de personas con diabetes mellitus tipo 2 y sus siguientes

Características:

Parentesco del cuidador con el diabético tipo 2.

Estado civil

Años de unión conyugal

Edad del padre y de la madre

Escolaridad y ocupación de los padres

Tipo de familia; composición, desarrollo, demografía

Etapas del ciclo vital de la familia

3.6 Materiales y métodos

Materiales. Se utilizó la "Ficha de identificación " (apéndice 1) que recabó los datos necesarios para la filiación de la población en estudio.

Como instrumentos se emplearon la "Cedula Básica de Identificación Familiar" (CEBIF-1),apéndice 2, que incluye datos generales del cuidador y la

familia, distribuidas en 14 preguntas con opción de respuesta abierta y múltiple. Su llenado fue por entrevista y evaluó la estructura de la familia.

El instrumento que evaluó la funcionalidad familiar fue FACES III (versión al español), estandarizado por investigadores del Departamento de Medicina Familiar – UNAM (Gómez, 1995). El instrumento consta de 20 ítems y se utiliza una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta; que evalúa las dimensiones principales del Modelo Circunflejo. Se diseñó para ser administrado en las distintas etapas del ciclo vital de la familia, y su aplicación es de autorrespuesta.

Métodos. Se realizó una prueba piloto del instrumento de FACES III y CBIF-1, en el módulo C de San Luis Tlaxialtemalco; el cual fue aplicado a 20 personas de 10 familias nucleares con un familiar diabético; se corroboraron tiempos y forma de llenado de los instrumentos, así como la validez y confiabilidad del mismo para este tipo de población.

Para la aplicación de los instrumentos de este estudio se capacitó a seis pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con la finalidad de estandarizar los procedimientos y disminuir sesgos (Habich, 1974). La capacitación consistió en secciones donde se abordó el modelo de funcionalidad familiar de Olson y la teoría de sensibilización de Carl Rogers

La sensibilización permitió que los encuestadores y la comunidad conocieran el propósito y metas del proyecto, así como el motivo de su participación y lo más importante el beneficio obtenido: el cuidado de la salud familiar.

Para llevar a cabo la entrevista se realizaron visitas domiciliarias que permitieron aplicar los instrumentos en ese mismo momento a la población en estudio o concertar una cita para entrevista posterior.

Se revisaron los instrumentos para verificar su llenado y pasar al vaciamiento y manejo de datos estadístico.

3.7 Plan de análisis

Los datos se captaron en sistema computarizado y se analizaron aplicando el programa estadístico SPSS* v 10.0 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences de SPSS 2001). Obteniendo tablas de frecuencias, porcentajes y sus respectivas figuras. Con base en la estadística descriptiva se analizaron los datos obtenidos de CBIF-1 y FACES III, para identificar su dispersión (distribución de frecuencias).

3.8 Ética y legislación del Estudio

Se siguieron las normatividades expuestas por el reglamento de ley general de salud, en materia de investigación para la salud. El cual menciona en el título segundo, los aspectos Éticos de la investigación en seres humanos.

CAPÍTULO I, disposiciones comunes:

Art. 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del

individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Considerando las características del estudio el Art. 17 en el punto número I.- Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se trate aspectos sensitivos de su conducta (SSa, 1987).

Este estudio siguió los lineamientos que menciona el código de Ética del Colegio de Licenciados en Enfermería, en México (2000); así mismo los establecidos en el código de ética para las enfermeras y enfermeros que la Subsecretaría de Innovación y Calidad - Comisión Interinstitucional de Enfermería proponen.

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Datos descriptivos.

Los datos obtenidos en el estudio "Funcionalidad Familiar percibida por el cuidador de la persona con DMT –2" que se realizó a un total de 42 familias, en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco módulo "D" elegidas a partir de la Encuesta Epidemiológica elaborada por ESVIDIM – 2 y del Censo del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS).

Los resultados obtenidos se presentaran en el siguiente resumen con las tablas y figuras correspondientes. De la tabla 1 a la 11 se exponen los datos de la Cedula Básica de Identificación Familiar (CEBIF-1) apéndice 2; y de la tabla 12 a la 18 se presentan los resultados de FACES III (apéndice 3).

Con relación al parentesco se observa que el 59.5% de los cuidadores son hijos (as) de las personas con diabetes tipo 2 y el 35.7% de los cuidadores son esposos (as) de las personas con DMT-2. Así entonces, el sexo de los cuidadores es de 64.3% como población femenina y el 35.7% es población masculina. La escolaridad del cuidador es nivel de primaria con 42.9%; el estado civil de los cuidadores esta representado por casados con 66.7% y 16.7% son solteros, con el mismo porcentaje se encuentran los de unión libre.

La cédula de identificación familiar valoró lo siguiente: el desarrollo social correspondiente a familias tradicionalistas se encuentra con el 83.3 %, por tipo demográfico el 64.3% corresponde a urbana y con relación a la composición familiar el 64.2 % son familia extensa.

La ocupación principal del padre en la familia nuclear de la persona con DMT-2 es la floricultura con 35.7% y el 33.3% son empleados. La ocupación principal de la madre de familia, es el hogar con 85.7%.

El ciclo vital familiar de los cuidadores de la persona con DMT-2 está representado en un 42.9% por independencia y dispersión; mientras que el 14.3 % viven en el ciclo de expansión.

La funcionalidad familiar evaluada a través del Modelo Circunflejo mostró que el 16.7% son familias relacionadas caóticas y el 14.3% son familias semirrelacionadas caóticas y de igual porcentaje se encuentran las familias aglutinadas caóticas.

Al evaluar la dimensión de cohesión familiar de los cuidadores de la persona con DMT-2, las familias semirrelacionadas y las familias relacionadas obtuvieron un 31.0 %. La segunda dimensión adaptabilidad familiar, se observó que el 54.8 % de familias son caóticas; el 26.2% son estructuradas y el 16.7% son flexibles.

La relación que establece el Modelo Circunflejo respecto de la adaptabilidad y cohesión, evaluadas en las familias de los cuidadores de la persona con DMT-2 mostró que el 61.9 % de las familias tienen rangos de cohesión balanceada y el 38.1% rangos de cohesión extrema. En los rangos de adaptabilidad familiar se obtuvo un 57.1 % para familias identificadas como extremas. Y en el rango general

de funcionalidad familiar que se expresa en este mismo modelo, las familias obtuvieron un 47.6% en rango medio y 23.8% en rango extremo.

Estos datos implican en la práctica comunitaria de enfermería, que como objetivo principal es el mejoramiento de los estilos de vida de la población a pesar de las diversas adversidades en que vive el Mexicano, este mejoramiento tiene como base asumir el auto cuidado, así como identificar la autoeficacia percibida por las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, ya que son elementos que ayudan a vivir una funcionalidad familiar aceptable.

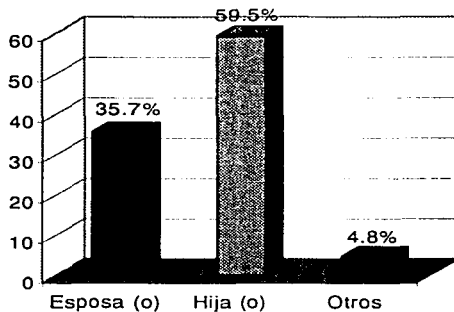
Con relación al cuidador, estos datos variarían ya que en diferentes culturas, el momento de crisis en la salud de alguno de sus miembros, designarán por género, algún consanguíneo, o en ausencia de algún familiar (vecino, amigo, etc.), la función o de cuidador. Y es con este sujeto con quien podemos interactuar en el proceso del cuidado, ya sea en la empatía hacia lo que es la enfermedad y el enfermo, sobre los cuidados específicos hacia el mismo. Considerando que es la familia por completo quien se ve afectada, incluyendo que el cuidador viva su Ciclo Vital Familiar lo más saludable posible.

Tabla 1
Parentesco del cuidador de la persona con DMT-2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Parentesco	Fe	%
Esposa (o)	15	35.7
Hija (o)	25	59.5
Otros	2	4.8
Total	42	100

Fuente: cuestionario CEBIF-1.

Figura 1
Parentesco del cuidador de la persona con
DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 1

La figura muestra que el 59.5% de los cuidadores son hijos(as) de las personas con diabetes tipo 2 y el 35.7% de los cuidadores son esposos de las personas con DMT-2.

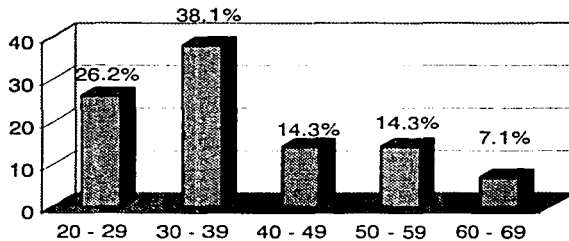
Tabla 2

**Edad del cuidador de la persona con DMT-2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.**

Edad	Fe	%
20 - 29	11	26.2
30 - 39	16	38.1
40 - 49	6	14.3
50 - 59	6	14.3
60 - 69	3	7.1
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 2
Edad del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 2.

La figura 2 muestra las edades por rango de los cuidadores de la persona con diabetes tipo 2, observándose que el 38.1% corresponde a las edades de 30 a 39 años.

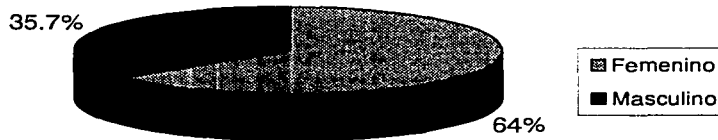
Tabla 3.

**Sexo del cuidador de la persona con DMT -2.
San Luis Tlaxiatemalco Xoch. 2002.**

Sexo	Fe	%
Femenino	27	64.3
Masculino	15	35.7
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

**Figura 3
Sexo del cuidador primario de la persona con DMT- 2
San Luis Tlaxicitemalco Xoch. 2002.**



Fuente: tabla 3.

La figura 3 muestra que el 64.3% de los cuidadores es población femenina y el 35.7% es masculina.

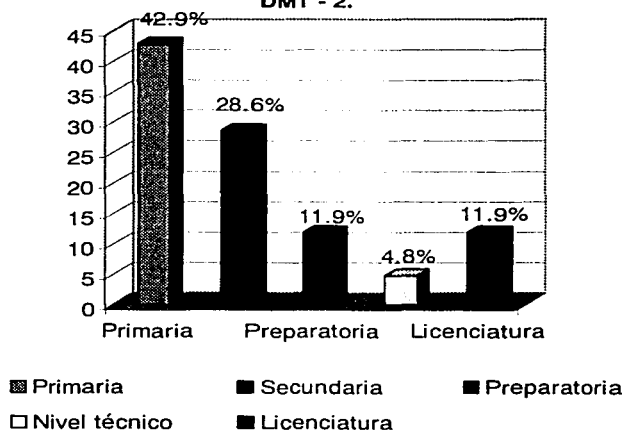
Tabla 4.

**Escolaridad del cuidador de la persona con DMT-2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.**

Escolaridad	Fe	%
Primaria	18	42.9
Secundaria	12	28.6
Preparatoria	5	11.9
Nivel técnico	2	4.8
Licenciatura	5	11.9
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 4
Escolaridad del cuidador primario de la persona con DMT - 2.



Fuente: tabla 4.

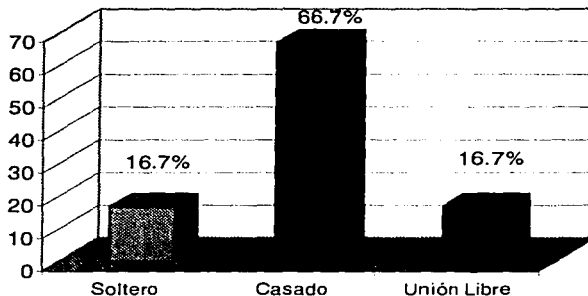
La figura 4 muestra que el grado de escolaridad predominante en los cuidadores de las personas con diabetes mellitus tipo 2 es el nivel primaria con 42.9%.

Tabla 5.
Estado civil del cuidador de la persona con DMT-2.
San Luis Tlaxiatalmalco Xoch. 2002.

Estado Civil	Fe	%
Soltero	7	16.7
Casado	28	66.7
Unión Libre	7	16.7
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 5
Estado civil del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxiatalmalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 5

La figura 5 muestra que los cuidadores de personas con diabetes mellitus tipo 2, el 66.7% son casados y el 16.7% son solteros, con el mismo porcentaje se encuentran los de unión libre.

Tabla 6.
Desarrollo social de la familia del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxiatlaltemalco Xoch. 2002.

Tipo de familia en desarrollo social	Fe	%
Moderna	7	16.7
Tradicional	35	83.3
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Tabla 7.
Demografía de la familia del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxiatlaltemalco Xoch. 2002.

Tipo de familia en demografía	Fe	%
Urbana	27	64.3
Suburbana	15	35.7
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF -1.

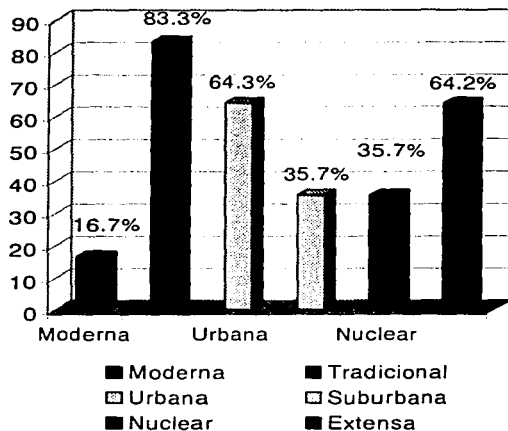
Tabla 8.
Composición familiar del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxiatlaltemalco Xoch. 2002.

Tipo de familia composición	Fe	%
Nuclear	15	35.7
Extensa	27	64.2
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Nota: las tablas 6, 7 y 8 se representarán en la figura 6.

Figura 6
Tipo de familia del cuidador de la persona con DMT-2, en las dimensiones de desarrollo, demografía y composición San Luis Tlaxiátemalco Xoch. 2002



Fuente: tabla 6, 7 y 8.

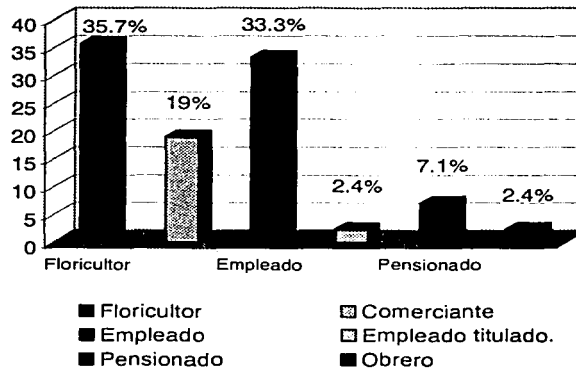
Es necesario que en la figura 6 se presenten los datos de las tablas anteriores ya que la comparación de las tres dimensiones es importante para apreciar el tipo de familia en estudio. En la dimensión de desarrollo se encontró que el 83.3 % corresponde a familias tradicionalistas, en la dimensión de demografía el 64.3% corresponde a urbana y en la composición de la familia el 64.2 % a extensa.

Tabla 9
Ocupación del padre, en la familia nuclear de la persona con
DMT - 2.
San Luis Tlaxiatlaltemalco Xoch. 2002.

Ocupación del Padre	Fe	%
Floricultor	15	35.7
Comerciante	8	19
Empleado	14	33.3
Empleado titulado.	1	2.4
Pensionado	3	7.1
Obrero	1	2.4
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 7
Ocupación del padre, en la familia nuclear de la
persona con DMT-2
San Luis Tlaxiatlaltemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 9.

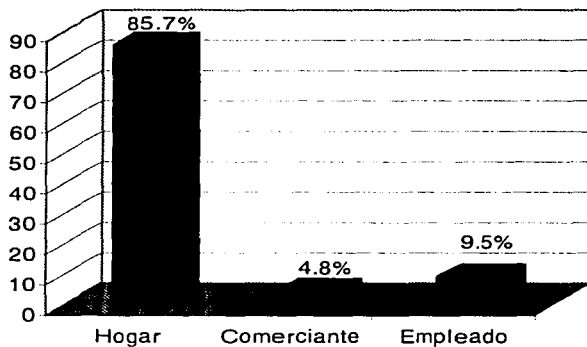
La figura 7 muestra que la floricultura es la ocupación principal del padre en la familia nuclear de la persona con DMT-2 con un 35.7% y el 33.3% son empleados.

Tabla 10.
Ocupación de la madre, en la familia nuclear de la persona con
DMT - 2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Ocupación de la madre	Fe	%
Hogar	36	85.7
Comerciante	2	4.8
Empleado	4	9.5
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 8
Ocupación de la madre, en la familia nuclear de la
persona con DMT - 2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 10.

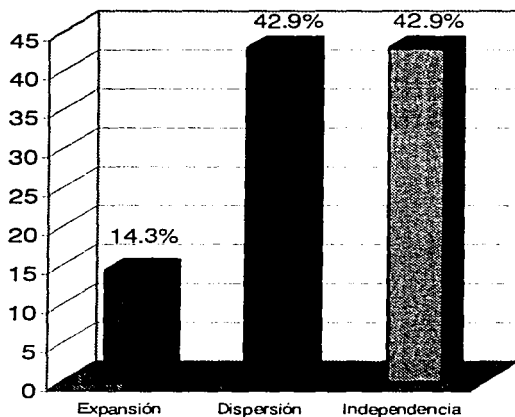
La figura 8 muestra que la ocupación principal de la madre de familia es el hogar con 85.7%, en la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 11.
Ciclo Vital Familiar del cuidador de la persona con DMT -2.
San Luis Tlaxiatemalco Xoch. 2002.

Ciclo Vital de la Familia	Fe	%
Expansión	6	14.3
Dispersión	18	42.9
Independencia	18	42.9
Total	42	100

Fuente: cuestionario CBIF-1.

Figura 9
Ciclo vital familiar del cuidador de la persona con
DMT 2
San Luis Tlaxiatemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 11.

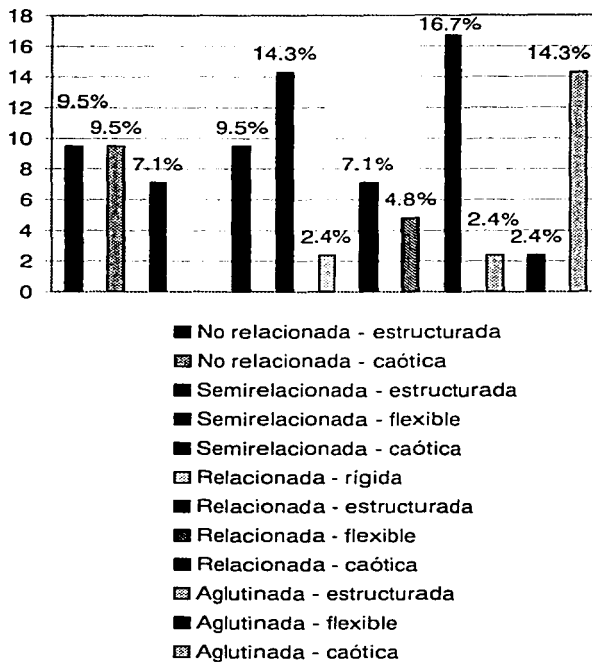
La figura 9 muestra que el 42.9 % de las familias del cuidador de la persona con diabetes mellitus tipo 2, su ciclo vital familiar es de independencia y dispersión, mientras que el 14.3 % viven en el ciclo de expansión.

Tabla 12
Clasificación de las familias del cuidador de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Tipo de familia.	Fe	%
No relacionada - estructurada	4	9.5
No relacionada - caótica	4	9.5
Semirelacionada - estructurada	3	7.1
Semirelacionada - flexible	4	9.5
Semirelacionada - caótica	6	14.3
Relacionada - rígida	1	2.4
Relacionada - estructurada	3	7.1
Relacionada - flexible	2	4.8
Relacionada - caótica	7	16.7
Aglutinada - estructurada	1	2.4
Aglutinada - flexible	1	2.4
Aglutinada - caótica	6	14.3
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 10.
Clasificación de las familias del cuidador de la
persona con DMT - 2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 12.

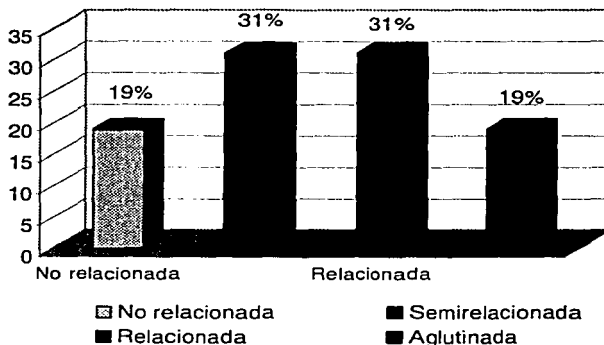
La figura 10, muestra que el 16.7% son familias relacionadas caóticas y el 14.3% son familias semirrelacionadas caóticas y de igual porcentaje se encuentra a las familias aglutinadas caóticas.

Tabla 13.
Cohesión de la familia del cuidador de la persona con DMT – 2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Cohesión	Fe	%
No relacionada	8	19
Semirelacionada	13	31
Relacionada	13	31
Aglutinada	8	19
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 11
Cohesión de la familia del cuidador de la persona
con DMT -2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002



Fuente: tabla 13.

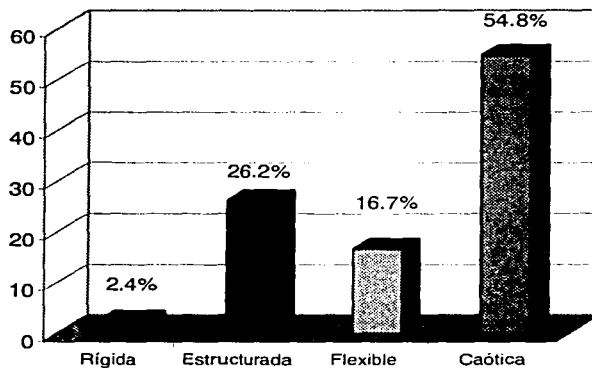
La figura 11 muestra la funcionalidad familiar del cuidador de la persona con DMT - 2 en su dimensión de cohesión familiar con 31.0 % en familias semirrelacionadas y de igual resultado en familias relacionadas.

Tabla 14.
Adaptabilidad de la familia del cuidador de la persona con DMT – 2.
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Adaptabilidad	Fe	%
Rígida	1	2.4
Estructurada	11	26.2
Flexible	7	16.7
Caótica	23	54.8
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 12
Adaptabilidad familiar del cuidador de la persona
con DMT -2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 14.

La figura 12 muestra, la adaptabilidad familiar del cuidador de una persona con DMT - 2, observándose que el 54.8 % de familias son caóticas; el 26.2% son estructuradas y el 16.7% son flexibles.

Tabla 15.
Rangos de cohesión de la familia del cuidador de la persona con
DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.

Rangos de Cohesión.	Fe	%
Balanceadas	26	61.9
Extremas	16	38.1
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 13
Rangos de cohesión de la familia del cuidador de la
persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente : tabla 15.

La figura 13 muestra que el 61.9 % de las familias de los cuidadores de la persona con DMT-2 tienen rango de cohesión balanceada y el 38.1% rango de cohesión extrema.

Tabla 16
Rangos de adaptabilidad de la familia del cuidador de la
persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. D. F., 2002.

Rangos - Adaptabilidad	Fe	%
Balanceadas	18	42.9
Extremas	24	57.1
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 14
Rangos de adaptabilidad de la familia del cuidador
de la persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtemalco Xoch. 2002.



Fuente: tabla 16.

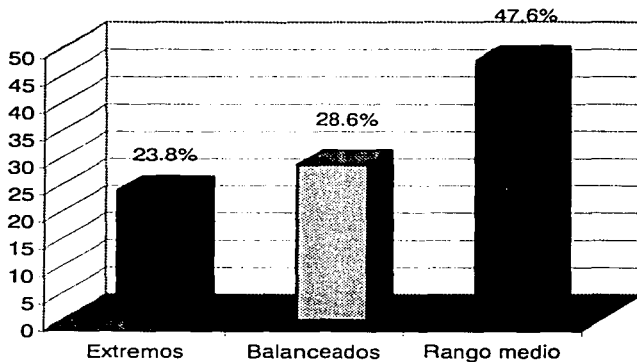
La figura 14 muestra los rangos de adaptabilidad familiar de los cuidadores de la persona con DMT-2 con 57.1 % como extremas.

Tabla 17.
Rangos de funcionalidad familiar del cuidador de la persona con
DMT – 2.
San Luis Tlaxialtetmalco Xoch. 2002.

Rangos	Fe	%
Extremos	10	23.8
Balanceados	12	28.6
Rango medio	20	47.6
Total	42	100

Fuente: cuestionario FACES III.

Figura 15
Rangos de funcionalidad familiar del cuidador de
la persona con DMT-2
San Luis Tlaxialtetmalco xoch. 2002.



Fuente: tabla 17.

La figura 15 muestra los rangos en los que se encuentran las familias del cuidador de la persona con DMT-2, con 47.6% en rango medio y el 23.8% en rango extremo.

CAPITULO 5

5.1 Análisis de resultados.

Al evaluar la salud familiar se hace necesario identificar variables que reflejen la situación de la familia en un lugar y tiempo de su ciclo vital. Este estudio identificó la estructura familiar y la funcionalidad de la familia, a través de la percepción del cuidador de una persona con diabetes mellitus tipo 2, aspecto relevante pues hoy en día un gran número de familias enfrentan la posibilidad de que algunos de sus integrantes padezcan una enfermedad crónica.

En las familias estudiadas se obtuvo que el parentesco del cuidador, en el 59.5% de los casos son hijos (as) de la persona con diabetes mellitus, con un promedio de edad de 30 a 39 años (38.1%) y representados por el sexo femenino en un 64.3% de los casos. El nivel de estudios de los cuidadores es de primaria completa con 42.9% y en cuanto al estado civil se encontró que 66.7% de los cuidadores son casados. Lo anterior muestra que como en la generalidad de la población, el cuidado de las personas enfermas o de los padres, recae en los hijos, en particular en las mujeres, quienes incluso ya casadas son responsables de la atención de uno de los padres.

En las familias estudiadas la ocupación de los padres representa un aspecto importante pues el cuidador de la persona con diabetes mellitus tipo 2, necesita considerar sus propias actividades y las de la familia para proporcionar la

atención a este padecimiento. Los padres de las familias nucleares en el 35.7% son floricultores y empleados en un 33.3%; las mamás se dedican al hogar en el 85.7% de los casos.

El desarrollo, la demografía y la composición familiar son otros aspectos que permiten conocer la estructura y su relación de salud familiar de la población. El tipo de familia en desarrollo social tradicional representa el 83.3% que significa el padre de familia es el proveedor principal o único de la familia.

En el aspecto demográfico el 64.3% de las familias son de tipo urbano, ya que la comunidad en que viven las familias en estudio cuenta con los servicios básicos públicos y la población es igual o mayor a 5000 habitantes. Con 64.2% se encontró a las familias de composición familiar extensa que representa que uno o más de los hijos ha formado su propia familia y viven dentro de la misma propiedad o familiares con lazos consanguíneos, aunque en distinta casa.

Otro aspecto que fue estudiado fue el ciclo vital de las familias, donde se obtuvo que el 42.9% de las familias del cuidador primario viven un ciclo vital de dispersión, que se caracteriza por que uno o algunos de los hijos estudian pero ninguno de ellos trabaja, el ciclo vital de independencia que representa el que uno o todos los hijos hayan formado una familia, también obtuvo 42.9% de los casos.

Considerando los datos anteriores es como se caracteriza la familia nuclear del cuidador de la persona con DMT-2 y partiendo de esa percepción es como se evalúa la funcionalidad familiar. De esta manera se obtuvo que; la dimensión de cohesión familiar en el rango balanceado (61.9%), caracteriza a la familia del cuidador por tener más posibilidades en el acercamiento emocional que los miembros tienen unos con otros, así como el saber de los intereses y

recreaciones, por tanto, del nivel relacionado (31%) y semirrelacionado (31%) son los niveles de Cohesión óptimos para el funcionamiento familiar, ya que los niveles no relacionada (19%) y aglutinada (19%), generalmente son vistos como problemáticos para los individuos y para el desarrollo familiar a largo plazo.

La dimensión de cohesión – aglutinada familiar (19%), en ella el análisis que se describe para el cuidador es que; en lo general se observa demasiado consenso entre la familia y muy poca independencia, de esta manera lo emocional se extrema, además de ello la lealtad es exigida. Los individuos se perciben muy independiente de los otros miembros, lo que produce efectos de unos con otros.

Por la circunstancia de una mínima separación personal sólo es permitido un pequeño espacio privado. Hay muy pocos amigos e intereses dentro de este núcleo. Los niveles centrados de adaptabilidad (estructurado 26.2% y flexible 16.7%) conducen más al funcionamiento familiar, mientras que los extremos (rígido 2.4% y caótico 54.8%) son más problemáticos.

Considerando lo anterior, los sistemas balanceados Cohesión (61.9%), adaptabilidad (42.9%) tienden a tener muy buena comunicación mientras que los sistemas extremos Cohesión (38.1%) y Adaptabilidad (57.1%) tienden a tener una comunicación muy pobre.

5.2 Conclusiones.

Este trabajo logró el objetivo central que fue identificar la funcionalidad familiar percibida por el cuidador de la persona con DMT-2 en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco Xochimilco, que al ser evaluada la estructura familiar de la comunidad en estudio por el instrumento CBIF-1 se encontró que por desarrollo familiar, la comunidad es tradicionalista (83.3%), por el desarrollo demográfico es urbana (64.3%) y por su estructura familiar pertenece a familias extensas (64.2%), en donde el sexo del cuidador denota ser femenino (64.3%), resultado que confirma la teoría de Enfermería con relación a la actividad del cuidado humano (Conesa, 1999; Colliere, 1993).

La edad del cuidador se encontró en el rango de 30-39 años, considerado como factor determinante para cuidar a otra persona, existe como antecedente que; la existencia de hijos adultos en la familia propicia la adaptabilidad familiar, dado que el hijo adulto en nuestro medio se incorpora y participa con responsabilidad y en muchas ocasiones en la toma de decisiones importantes en la familia (Dickinson, 1998).

La manera en que se operacionalizó la variable Funcionalidad Familiar, fue a través de la Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación familiar que percibía el cuidador en su familia. Del instrumento FACES III se obtuvieron, en la dimensión de Cohesión rango extremo (38.1%) y Adaptabilidad rango extremo (57.1%) (con posible disfunción familiar) en la familia del cuidador de la persona con DMT-2. Ya que por evidencias, se sabe de la influencia asociada a la disfunción familiar, tal

como lo señala De la Revilla (1994) respecto a la prevención de enfermedades concretas. Para este estudio no se cumple lo antes citado, pudiendo influir el tamaño de la muestra o el tipo de enfermedad crónico degenerativa, con lo cual no es posible generalizar estos resultados.

Por lo tanto, éste estudio considera como familia funcional, a las Familias nucleares del cuidador de la persona con DMT-2 en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco. Teniendo como antecedente las mismas variables de estudio. Por lo que en otro estudio con una muestra heterogénea "Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad" (Dickinson, 1995) resulto en su dimensión de Cohesión rango balanceado 184(68.5%) y Adaptabilidad rango balanceado 119(44.1%). Con un acercamiento muy sui géneris, para este estudio en que la muestra fue homogénea (familias nucleares con un integrante DMT-2), obteniendo en la dimensión de Cohesión rango balanceado 26(61.9%) y Adaptabilidad rango balanceado 18(42.9%). Estos dos últimos resultados probablemente se ven influenciados por el estrés no normativo con que vive el cuidador ante las crisis familiares, aunado a la constante o espaciada alteración de estado de salud de la persona con DMT-2.

Este estudio aporta como propuesta a la disciplina de Enfermería, un acercamiento de lo que propone Chávez, 2000; de la Facultad de Enfermería en Monterrey, México. Con relación de hacer propio de la disciplina un marco conceptual que se mueva en torno al paradigma enfermero, y ello confirma una realidad ante la práctica de enfermería en donde la atención comunitaria en vías

de promoción y la prevención para la salud, la familia es y será la parte importante por la que estudiamos y trabajamos.

Así entonces al estudiar la **Funcionalidad Familiar**, el profesional de la salud (enfermera) cuenta con maneras de delimitar variables o indicadores del actuar cotidiano, que como familia proyectamos en la convivencia diaria, lo que hace que tendamos a padecer o padezcamos de ciertas alteraciones de salud. Por lo tanto; la enfermera debe y necesita percatarse de ello, para que en el trabajo directo con la familia se cumpla con la filosofía del cuidado enfermero, que se verá consolidado cuando las familias mejoren sus estilos de vida e independientemente del ciclo vital familiar en el que se encuentre cada una de las familias que coexisten con una persona diabética tipo 2, u otra alteración de salud entre sus individuos.

Y para ello, el trabajo comunitario requiere de una acertada visión hacia las necesidades individuales de la familia, lo que respaldará toda intervención en programas de salud en los que participa enfermería. Por lo anterior este estudio también concluye en ser una herramienta útil para el proyecto de investigación ESVIDIM-2., - que cuenta con un enfoque de estudio dirigido a la auto eficacia (Bandura, 1998- Nola Pender, 2001) - que en su segunda fase llevará a cabo una intervención en la comunidad con personas que padecen diabetes tipo 2 en San Luis Tlaxiataltemalco Xochimilco.

Dado los resultados obtenidos, el instrumento FACES III es de gran utilidad para establecer bases diagnósticas y de intervención en Enfermería al sistema familiar en los diferentes niveles de prevención y para su referencia a las instituciones de apoyo social de atención multidisciplinaria.

5.3 Sugerencias.

Considero que el profesional de Enfermería deba apoyarse en concepciones más acertadas para poder valorar la Funcionalidad Familiar en las diferentes comunidades con las cuales tiene un acercamiento, proponiendo revisar el modelo de Olson y col., al final de la intervención del proyecto ESVIDIM-2, para observar si se mantuvieron los rangos extremos en las mismas familias ya que de ser así, probablemente sean familias disfuncionales.

Referencias.

1. Abstract book. 17 th International Diabetes Federation Congress. México City – November 5 – 10, 2000. Vol. 50 (Suppl) S1-S474. Diabetes Research and Clinical Practice. Official Journal of the International Diabetes Federation Western Pacific Region.
2. ALPIZAR Salazar Melchor. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Ed. Manual Moderno, México, D. F. 2001; 441.
3. ÁLVAREZ - Manilla JM. Atención primaria a la salud. Salud Publica Méx. 1988; 30: 676 - 82.
4. ÁLVAREZ M. Acerca de la familia Cubana actual. La Habana: ed. Academia, 1993.
5. ÁNGEL Alvarado Ma. Teresa. Aplicación de la evaluación familiar FACES III, en un grupo de familias de la clínica medico familiar Ermita. Trabajo de investigación que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. México, D. F. 1997. PP. 1-94.
6. BELLON SJA, Delgado S A, Luna del Castillo JD. Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de funcionalidad familiar APGAR. Familiar. Aten Primaria 1996;18: 289 - 296.
7. CHÁVEZ Aguilera Ma. Luisa, Friedemann ML, Alcorta-Garza A. Evaluación de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar. Desarrollo Cientif Enferm. 2000; 8(1): 12-18
8. CHÁVEZ AV, Velázco OR. Disfunciones familiares del sistema conyugal, criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS 1993; 32 -39.

9. COLLIERE Franciose Marie. Promover la vida. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. Madrid – España. 1993; 7.
10. DE LA REVILLA, De los ríos AM. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria. 1994;13:73-76
11. Declaración de las Américas Sobre la Diabetes (DOTA). Reporte Tri Anual, 1997-2000. Unidos contra la diabetes.
12. Diario Oficial de la Federación, martes 27 de mayo de 2001. Aclaración a la Mmodificación de Norma Oficial Mexicana NOM - 015. Ssa2 - 1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada el 18 de Enero 2001.
13. DICKINSON Bannack M A. et al. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. 1998. Rev. Atención Primaria. 21(5.31): 275 – 282
14. DURÁN Gonzalez Liliana Irene. El diabético optimista. Manual para diabético, familiares y profesionales de la salud. Editorial: Trillas. 1997. México.
15. Comunicación para la salud No. 9 OPS, oficina regional de la OMS, Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Washington, D. C. 200037, EUA. 1996. pp. 59.
16. ESPEJEL - Aco E, Cortés JF, Rúiz - Valázco UM. Manual para la escala de funcionamiento familiar México: Instituto de la Familia, A: C., 1996.
17. ESTEBANELI - Arnal JA et al. Atención derivadas de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria, 1992; 10: 539 - 542.

18. ESTRADA IL. El ciclo vital de la familia. México: Posadas, México, 1982.
19. WALSH Froma et al. Normal Family Processes. Circumplex Model of Marital and Family Systems, Assessing Family Functioning (Chapter 3) Second edition. United States of America 1993. 104 - 137.
20. FRY J. La contribución de la Investigación al mejoramiento de la práctica familiar. En Medallie JH. Medicina Familiar. Principios y práctica. México, Editorial Limusa, 1987.
21. GALLEGOS C. Esther, Capacidades de auto cuidado del adulto con diabetes tipo 2. Medellín XVII (2 Septiembre 1999 23-33).
22. GEHLING Eve Med, RD, C. D. E.. The family and friends, guide to Diabetes. Everything you need to know. Ed. John Wiley and Sons, Inc. E.U.A. 2000; 275.
23. GÓMEZ Clavelina FJ, et.al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Revista; Arch Med Fam. México, 1999; 1(2): 45-57
24. HERNÁNDEZ Conesa Juana, Manuel E A. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Modelo. Ed. Graw – Hill Interamericana. Madrid – España. 1999; 168.
25. HERNÁNDEZ S R. Fernández CCBaptista LP. Metodología de la investigación. Mc Graw - Hill, México; 1998.
26. HERNÁNDEZ Sampieri R. Metodología de Investigación. Ed. Mc Grow – Hill Interamericana. México; 1998.
27. HERRERA Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1997; 13 (6): 591 – 5 viable en <http://bus.sld.cu/revistas/mqi/vol13-6-97/mq:13697.htm>.

28. HUERTA González José Luis. Estudio de Salud Familiar-1. Programa de actualización Continua de Medicina Familiar libro 1. Ed. Intersistemas S. A. 1999, México.
29. IGLESIAS Santiago H. Diagnóstico de Salud y estructura Familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med Fam 2000;2(1): 11 - 16.
30. International Diabetes Federation. Diabetes en América del Norte. Diabetes Atlas 2000, Ed. Committee 115-119.
31. IRIGOYEN Coria Arnulfo, et.al. Diagnóstico familiar, 6ª edición. . Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. D. F. 2000; 1-99.
32. IRIGOYEN Coria Arnulfo, et.al.. Fundamentos de Medicina Familiar, 7ª edición internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. D. F. 2000; 1-189.
33. LEWIS Oscar, Los Hijos de Sánchez, por Oscar lewis, 2ª edición. México: Fondo cultural económica, 1965.
34. LINTON R. La historia Natural de la Familia. En: From E, Horkheimer M, Parsons T. La familia 5ª. Edición, Barcelona: península, 1978: 25-29.
35. LÓPEZ CM. Salud Comunitaria, Barcelona. Editorial Martinez Roca. 1986.
36. LÓPEZ Hernández Ma. A. Identificación de la Estructura y Funcionalidad Familiar. Trabajo que para Obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar. Ecatepec de Morelos. Edo. Mex. 1998. UNAM - Depto. Med. Fam.
37. MEDALIE J. H. ¿Es la familia una realidad en la medicina familiar?. MEDIFAM Vol. 10 – Núm. 7 – Noviembre 2000. Revista de medicina

familiar y comunitaria. <http://oaran.com/ediciones-aran/revistas/medicina-familiar/2001/01/dinamica.htm>

38. MÉNDEZ Albores Ma, del S. Utilidad del modelo Circunflejo para clasificar las Familias de la zona IV. U. M. F., ISSTE. Puebla, Pue. 1997. UNAM - Depto. Med. Fam.
39. MILLER JF. Categorías of self - care needs of ambulatory patients with diabetes. J Adv Nurs 1982.
40. OLSON H. David, Joyce Porther, Yoav Lavee. FACES III. Family Social Science. University of Minnesota. 290 Mc Neal Hall. St. Paul. Minnesota 55108. DH. 1985.
41. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de diabetes en el mundo 1995-2025. Ginebra: OMS; 2000.
42. Organización Panamericana de la Salud, Oficina sanitaria Panamericana, oficina regional de la OMS, Washington, D. C. 20037, E.U.A, 1996. Educación sobre diabétes. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Comunicación para la Salud No. 9.
43. PÉREZ López C. Técnicas Estadísticas con SPSS. Editorial, Prentice Hall. España, 2001;1 - 592.
44. POLIT Dinise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta edición. Ed. Mc Graw - Hill Interamericana. México, D. F. 1999 (12): 271-273.
45. PONCE Rosas E. R, et al. Análisis de la Confiabilidad de FACES III (versión en español). Aten Primaria, México, 1999;23: 479 - 484.

46. PONCE Rosas ER. et al.. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan, México. 1999. Rev. Arch. Med. de Med. Fam. 1(3): 67 – 72.
47. Programa Nacional de Salud 2001 - 2006. Democratización de la Salud en México. Hacia un sistema Universal de Salud. Plan Nacional de Desarrollo, 2001. www.ssa.gpb.mx.
48. Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana, NOM – 015 – SSA2- 1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Revista Med. IMSS, 2000; 38 (6); 477-495.
49. REVILLA AL. La disfunción familiar. Atención primaria, 1992; 10: 582 - 3.
50. Salud Pública en México. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México 1999. Vol. 43. Núm. 1, Enero - Febrero 2001.
51. RÍOS Alvarado David. Dinámica familiar en el paciente diabético descompensado. Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar. México D. F., 1995. pp.—
52. RODRÍGUEZ –Moran M, Guerrero-Romero JF. Importancia Del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Publica México 1997; 39: 44-47.
53. RODRÍGUEZ y cols. Influencia de la Familia en el Control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Publica de México 1997: 35; 5.
<http://www.stonehand.com/hh/chap13>
54. VELÁSQUEZ M. O. Lara E. A., Tusie L. M. T. González CH., A. Prevención Primarias: Una necesidad del siglo XXI. Secretaría de prevención y protección a la salud. Centro de Vigilancia Epidemiológica. SSA. México, D. F. 2000.

55. VIVIANA C. De Francisco. Et al. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. México, 2001.
56. WASTER, Watson y Wetzel del Instituto de la familia de la Universidad de Toronto Canada. Can Fam. Physician, 1994; 40: 282 - 287.
57. WATZALAWICK P, Helmich B, Jacson DD. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: tiempo contemporaneo, 1971.
58. WESLEY R L. Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. 2ª edición. México. 1997; 175.
59. WINNEY Mc IR. Medicina familiar. Barcelona: Mosby - Doyma Libros, 1995. www.who.int/m/healthtopics-a-2/es/index.html
60. ZAMPONI J. et al. Validación de la Familia y Adaptabilidad and Cohesión Evaluation Scales (FACES III), en una población Argentina. Universidad Adventista del Plata. Libertador San Martín, entre Ríos Argentina, 2001., viable en <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/social/socr116.htm>. 19-11-01
61. ZURRO MA. Manual de atención primaria. Organización y práctica de actualización de consulta. Editorial Doyma, 2ª edición. Barcelona; España. 1999;1:70-81.

Apéndice 1

FICHA COMUNITARIA.

Identificación de la(s) personas(s) con diabetes mellitus tipo 2 por familia.

Apellidos de la familia. _____

Domicilio. Calle: _____ MZ: _____ entre calles _____ y _____

Descripción de la casa. _____

Comunidad: San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco (México, D. F.)

Dx. médico: Diabetes mellitus tipo 2. Si () No ()

Glucosa capilar casual. _____ mg/dl.

Parentesco de la persona c/ diabetes: _____

Edad: _____ años. Sexo: _____

¿Desde cuando le dijeron que tiene alta el azúcar?

_____ días. _____ meses. _____ años.

FUENTE: Cédula de Entrevista Familiar (ESVIDIM-2). FOLI No. _____

Apéndice 2

Cédula Básica de Identificación Familiar -1 (CEBIF-1).

Instrucciones para el encuestador. Basado en la ficha comunitaria, cuestionar directamente a la persona con la enfermedad, sobre ¿quién es la persona que por lo regular la lleva al hospital a sus consultas? o ¿quién le recuerda de tomar el medicamento para el control de la diabetes?, y será ella con quién inicie la entrevista con CEBIF- 1, con apego al glosario de términos antes proporcionado al entrevistador. Al final de la entrevista proporcione FACES III.

NOMBRE DEL ENCUESTADO: _____

EDAD: _____ SEXO: F () M () ESCOLARIDAD _____

NOMBRE DE LA FAMILIA _____

ESTADO CIVIL: CASADO () U. LIBRE () SOLTERO ()

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL: _____ años.

DOMICILIO: _____

EDAD DEL PADRE: _____ EDAD DE LA MADRE: _____

¿QUÉ PARENTESCO EXISTE ENTRE USTED Y LA PERSONA CON DIABETES?

ESPOSA (O): _____, HIJA (O): _____, HERMANA (O): _____, NIETA (O): _____

SOBRINA (O): _____, OTRO: _____.

TIPO DE FAMILIA: MARQUE CON UNA (X)

DESARROLLO: MODERADA () DEMOGRAFÍA: URBANA ()

TRADICIONAL () SUBURBANA ()

COMPOSICIÓN: NUCLEAR () EXTENSA () COMPUESTA ()

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: EXPANSIÓN () DISPERSIÓN ()

INDEPENDENCIA () RETIRO ()

Nombre del encuestador: _____ Fecha: _____

Glosario de términos para el llenado de CBIF-1

Familia: Se anotará los apellidos que identifiquen a la familia.

Años de unión conyugal: Anotar en a los cumplidos el tiempo que llevan e vivir en pareja.

Escolaridad: Se anotará el máximo grado de estudios que haya alcanzado el entrevistado.

Domicilio: Se anotarán Calle, número, (interior si lo hubiese), colonia y código postal.

Familia moderna: Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.

Familia tradicional: Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

Familia urbana: Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra o extra domiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Familia suburbana: Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.

Familia nuclear: Es la familia constituida por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos hay familiares con lazos consanguíneos, amigos etc.

Ocupación de los padres de familia: Se anotan la ocupación de ambos padres. Ejem. Padre; albañil, madre; hogar.

Etapa de expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina alguna de las siguientes etapas:

Etapa de dispersión: Comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabajan.

Etapa de independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado.)

Etapa de retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

(Fuente: Arnulfo Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar. 2000.)

Apéndice 3

FACES III (versión en español).

INSTRUCCIONES: Por favor conteste el cuestionario considerando la escala de respuestas que se numeran del 1 al 5 y coloque el número según su respuesta en cada línea correspondiente al enunciado. Cuidar que no quede ninguna línea sin respuesta. Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que usted vive generalmente y la relación que comúnmente existe entre su familia, gracias.

FACES III. Olson DH. P. Portner J. Lavee Y. Versión en español por Gómez C. Irigoyen C.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VECES				

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8. Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas.
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los casitgos.
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16. Intercambiamos los que haceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.
- _____ 19. La unión familiar es muy importante.
- _____ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

Apéndice 4

TABLA 1

Escala de evaluación para FACES III, en Cohesión.

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10-34*
Semirelacionada	35-40**
Relacionada	41-45**
Aglutinada	46-50*

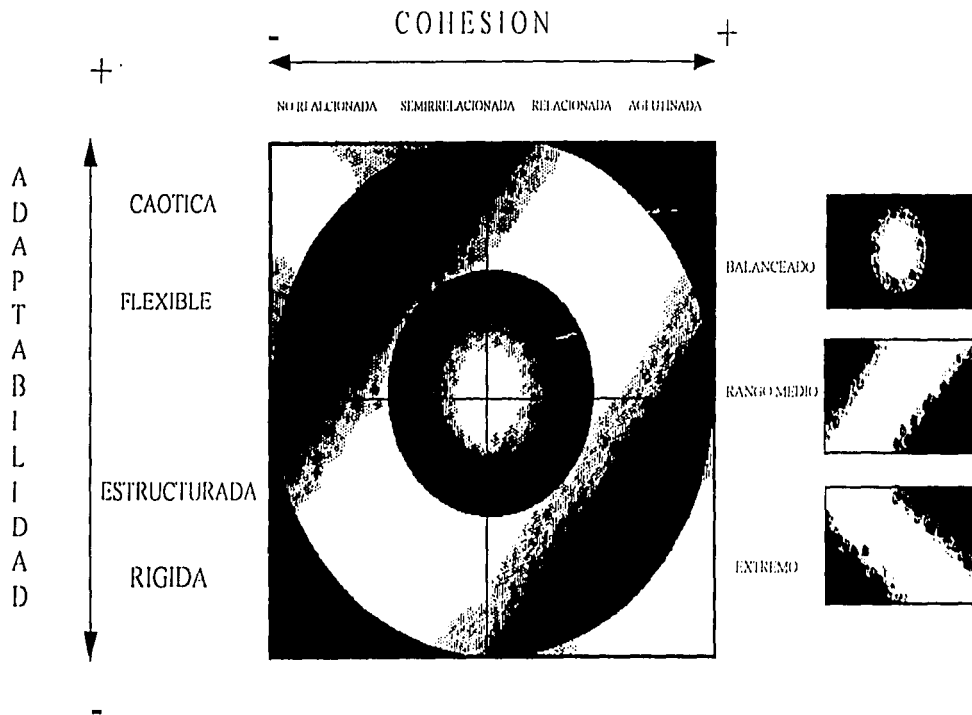
TABLA 2

Escala de evaluación para FACES III, en Adaptabilidad.

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10-19*
Estructurada	20-24**
Flexible	25-28**
Caótica	29-50*

*Familias extremas. **Familias balanceadas (equilibradas). El instrumento FACES III (versión al español) y el método de evaluación fue autorizado por: Francisco J. Gómez-Clavelina y Arnulfo Irigoyen-Coria autores de la estandarización del instrumento, poseedores del Copy right en México.

MODIFICADO DE: OLSON DH. CIRCUMPLEX MODEL OF MATERIAL AND FAMILY SYSTEMS (1993)



Apêndice 5