

Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica

RESUMEN

Objetivo. Describir el grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica de una institución de salud de segundo nivel. **Metodología.** El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, correlacional, se efectuó en una muestra de 97 pacientes y una misma cantidad de familiares; los primeros se seleccionaron mediante un análisis de potencia, cubriendo los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos, orientados, de los servicios de hospitalización y consulta externa de una institución de segundo nivel de atención. Se utilizó una cédula sociodemográfica, la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann (E-EFF), y la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger, estos últimos con una consistencia interna de ,83 y ,75 respectivamente, determinada por el alpha de Cronbach. Los datos se analizaron a través de estadística descriptiva e inferencial. **Resultados.** El grupo de edad que predominó en los familiares fue de 33 a 47 años, con una media de 45,73, y en los pacientes predominó el grupo de 60 a 70 años, con una media de 65,05; en ambos grupos se destacó el género femenino. El 56% de los pacientes presenta diabetes mellitus tipo 2. En cuanto a los índices, la ansiedad-rasgo obtuvo una media de 51 (DE 10,7), en la E-EFF fue de 84 (DE 11,5). Por tanto, se detectó nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% integra una familia funcional. La correlación de Spearman no arrojó una asociación significativa entre las dos variables del estudio ($\rho = -,094$, $p = ,362$). **Conclusión.** Las cuatro subescalas de la E-EFF obtuvieron una media significativa, con valores que fluctúan entre 77,0 a 92,0. Este último valor equivale a la subescala de coherencia que, de acuerdo con Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos.

PALABRAS CLAVE

Funcionalidad familiar, ansiedad, enfermedad crónica. (Fuente: DeCs, Bireme).

1 Doctora en Educación. Universidad Autónoma de Tamaulipas. México. mzavala07@hotmail.com

2 Enfermera. Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Boulevard Fidel Velázquez No. 645 Cd. Victoria Tamaulipas, México. carmenrios_2010@hotmail.com

3 Enfermera. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Guillergm25@hotmail.com

4 Enfermera pediatra. Hospital General de Nuevo Laredo Tamaulipas, México. claurdzhdz@hotmail.com

Family Functionality and Anxiety in Adult Patients with Chronic Disease

ABSTRACT

Objective. Describe the degree of relationship between family functioning and the level of anxiety in adult patients with chronic disease in a health institution at the second level. **Methodology.** The study design was descriptive, cross correlation, was performed on a sample of 97 patients and an equal number of families, the first ones were selected with a potential analysis, covering the following inclusion criteria: adult-oriented patients about the services and outpatient consultation of an institution at second level of care. We used a sociodemographic card, the scale of effective family functioning of Friedemann (E-EFF) and the scale of Spielberger trait-anxiety, the latter with an internal consistency of .83 and .75, respectively, as determined by Alpha Cronbach. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results.** The age group that prevailed in the family was from 33 to 47 years, a mean of 45.73, and in the patients, was the group of 60 to 70 years, an mean of 65.05; in both groups stressed the female gender. 56% of patients had diabetes mellitus type 2. As for the indices, trait-anxiety had a mean of 51 (10.7) in the EFF-E was 84 (11.5). Therefore, there was moderate level of anxiety in 92% of the patients and 91% integrating a functional family. The Spearman correlation showed no significant association between the two variables of the study ($\rho = -.094, p = .362$). **Conclusion.** The four subscales of the E-half EFF obtained significant values ranging from 77.0 to 92.0. The latter value is equivalent to the subscale of consistency, according to Friedemann, guide to family unity and membership also allows positive emotional bonds.

KEY WORDS

Family functioning, anxiety, chronic illness. (Source: DeCs BIREME).

Funcionalidade familiar e ansiedade em pacientes adultos com doença crônica

RESUMO

Objetivo. Descrever o grau de relação entre a funcionalidade familiar e o nível de ansiedade em pacientes adultos com doença crônica de uma instituição de saúde segundo nível. **Metodologia.** O estudo foi descritivo, transversal, de correlação. Foi realizado em uma amostra de 97 pacientes e um número similar de parentes; os primeiros foram selecionados através de uma análise de energia, com os seguintes critérios de inclusão: pacientes adultos, orientados, dos serviços hospitalares e de consulta externa de uma instituição de segundo nível. Nós usamos um cartão sócio-demográfico, a Escala de Efetividade no Funcionamento Familiar, de Friedemann (E-EFF), e a escala de ansiedade-traço de Spielberger; estes últimos com uma consistência interna de ,83 e ,75, respectivamente, determinada pelo alfa de Cronbach. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. **Resultados.** A faixa etária predominante nos familiares foi de 33 a 47 anos, com uma média de 45,73; nos os pacientes predominou o grupo de 60 a 70 anos, com uma média de 65,05. Em ambos os grupos sobressaiu o sexo feminino. O 56% dos pacientes têm diabetes mellitus tipo 2. Para índices, a ansiedade-traço marcou uma média de 51 (DE 10,7); na E-EFF foi 84 (DP 11,5). O 92% dos pacientes apresentou nível moderado de ansiedade; o 91% conforma uma família funcional. A correlação de Spearman não mostrou associação significativa entre as duas variáveis do estudo ($\rho = -,094, p = ,362$). **Conclusão.** As quatro subescalas da E-EFF apresentam uma media significativa, com valores oscilando de 77,0 a 2,0. Este valor equivale à subescala de coerência que, de acordo com Friedemann, orienta a unidade familiar e a pertencencia familiar, e permite vínculos emocionais positivos.

PALAVRAS-CHAVE

Funcionalidade familiar, ansiedade, doença crônica (Fonte: DeCs, BIREME).

Introducción

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad (1). Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar.

De acuerdo con Friedemann (2), la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad.

El Consejo Nacional de Población (Conapo, cit. por Moreno, 2008) (3), reporta que en México, de los 103,3 millones de habitantes, 8,2 millones de personas tienen 60 años y más; las proyecciones indican que para el 2030 serán 22,2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán 36,2 millones. Este proceso de envejecimiento poblacional tiene múltiples repercusiones en el país, en los ámbitos económico y social, en el sector salud y, de manera particular, en el contexto familiar, pues culturalmente el cuidado de este grupo de población recae principalmente en la familia, en los miembros del género femenino, en general en las esposas e hijas.

Además de los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, en consecuencia, se pueden incrementar los niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar. Aguilar F. (citado en García Tafolla, 2005) (4), señala que las enfermedades crónicas repercuten en la autopercepción del individuo, por tanto, se puede decir que actúan como un estímulo estresor que puede afectar física y emocionalmente a las personas. Cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, se define como una respuesta subjetiva al estrés, como una sensación de aprensión, incertidumbre o temor, a consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido (5). La ansiedad también afecta las capacidades de enfrentarse al estrés, de aprender y de centrarse en un campo perceptivo (5). El concepto de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, en la manera como las personas responden a situaciones como amenazantes (6).

De acuerdo con Gordon (7), la ansiedad es un vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es a menudo inespecífico o desconocido para el individuo; este autor la categoriza en tres niveles: leve, moderado y severo, según el aumento del grado de alerta asociado con la expectativa de una amenaza que puede ser hacia el estado de salud, la posición socioeconómica, el desempeño del rol, el autoconcepto, los patrones de interacción o el entorno.

Además de los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, en consecuencia, se pueden incrementar los niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, se define como una respuesta subjetiva al estrés, como una sensación de aprensión, incertidumbre o temor, a consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido.

La variable funcionalidad familiar ha sido estudiada con modelos y teorías de otras disciplinas (medicina, psicología); con el sustento del Marco Teórico de Organización Sistémica de Friedemann, ha sido estudiada principalmente en adolescentes (8). En México no se hallaron estudios que relacionen la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, por tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de correlación entre funcionalidad familiar y ansiedad-rasgo en pacientes adultos con enfermedad crónica de una institución de segundo nivel de atención?

El objetivo del estudio fue determinar los niveles de funcionalidad familiar y de ansiedad, y describir si existe correlación entre ambas variables en pacientes adultos con enfermedad crónica de una institución de segundo nivel de atención de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

La hipótesis del estudio fue: a mayor nivel de funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad crónica menor nivel de ansiedad.

Marco teórico

Esta investigación está sustentada en el Marco Teórico de Organización Sistémica, una aproximación al sistema familiar y personal de Friedemann (2), quien define a la familia como un sistema de miembros los cuales han decidido residir juntos o interrelacionarse afectivamente con el objetivo primario de apoyarse unos con otros.

La teoría comprende cuatro dimensiones desarrolladas a nivel interpersonal, intrapersonal y familiar, que se definen de la siguiente manera:

Coherencia. Se refiere a relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor e interés de unos por otros; incluye valores y creencias, elementos que les permiten vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.

Individuación. Es una estructura de identidad personal que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, este proceso interactivo implica el desempeño de roles y responsabilidades, se fortalecen los talentos, las iniciativas y los conocimientos que proveen de apertura al entendimiento, el aprender de sí mismo y de otros.

Mantenimiento del sistema. Abarca la mayoría de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; implica roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, manejo financiero, patrones de cuidado y planeación del futuro, entre otros elementos.

Cambio del sistema. Comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente; requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras, fortalece el control y crecimiento familiar y personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía.

Esta teoría, a su vez, contempla cuatro grandes metas, las cuales se pretenden lograr a través de la congruencia y el equilibrio de las dimensiones antes mencionadas. A continuación se describen brevemente.

Estabilidad familiar: atiende a la estructura, organización y comunicación tradicional familiar lo que implica valores y patrones que se transmiten de generación en generación.

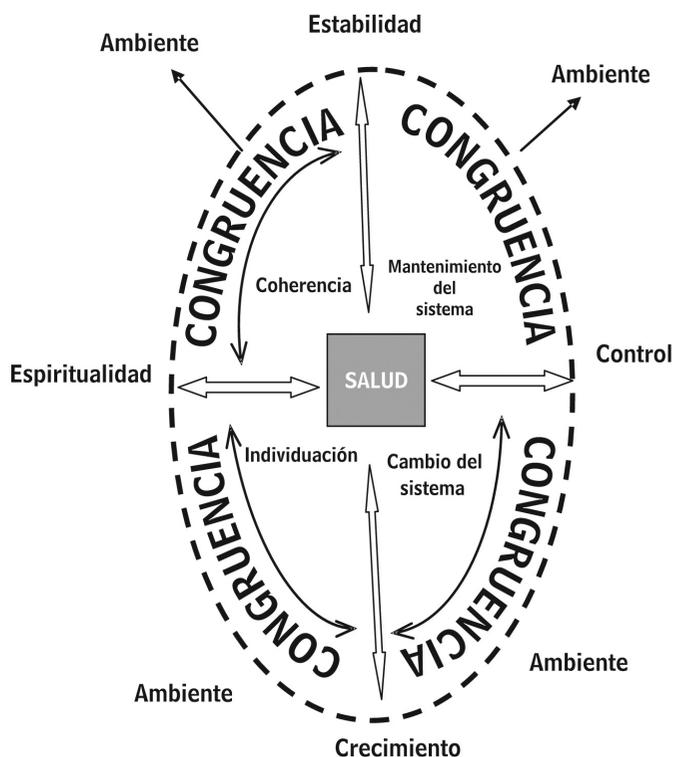
Espiritualidad: implica armonía de los patrones de la persona unificada, lo cual ofrece una seguridad interior que le permite un desarrollo interactivo con otros sistemas abiertos mediante lo que aprende de sí mismo y de otros, con nuevos propósitos en la vida.

Crecimiento: la meta del crecimiento demanda una reorganización sustancial de los valores y las prioridades básicas, una amenaza a las creencias básicas de una persona requiere una redefinición de identidad y propósito, el individuo intenta alcanzar un nuevo nivel de estabilidad basado en un conjunto revisado de valores y prioridades en la vida.

Control: constituye la reducción colectiva de las amenazas que surgen del ambiente; la energía que se produce de dichas amenazas es cuidadosamente canalizada para restablecer la congruencia familiar de tal forma que se fortalece el sistema y se logra la autoconfianza de sus miembros; un sentido de autonomía colectiva se adquiere al neutralizar la ansiedad derivada de incertidumbre, vulnerabilidad y desconfianza.

Todo lo anterior es un proceso complejo, en constante cambio, que se difunde mediante un equilibrio dinámico que permite preservar un sentido de identidad familiar / personal, y a la vez mantener la flexibilidad necesaria para lograr un balance funcional que tienda a la sobrevivencia del sistema. En el siguiente esquema se integran los conceptos clave de esta teoría (2).

Figura 1. Procesos de vida del sistema humano (2).



Estudios relacionados

Este apartado se inicia con los resultados de estudios que miden la funcionalidad familiar con relación a la autoestima y capacidad física de los sujetos de estudio, y continúa con investigaciones que la vinculan con estados de ansiedad y depresión. Posteriormente, se describen resultados de estudios que reportan la variable de ansiedad en relación con calidad de vida, fortaleza relacionada con la salud, bienestar espiritual y enfermedades crónicas.

Zavala y cols. (9), realizaron un estudio descriptivo, relacional, para conocer, entre otros aspectos, la autoestima del

García y cols. desarrollaron un estudio exploratorio, correlacional con 100 familias de una comunidad rural, con el objetivo de explorar la influencia de la funcionalidad sobre la capacidad física de los adultos mayores integrantes de la familia.

adulto mayor y su percepción del funcionamiento familiar. Evaluando esta variable a través de la escala de Apgar, encontraron que el 51% de los adultos presenta autoestima alta y el 84,5% tiene una percepción de funcionamiento familiar alto.

Ortega y cols. (10), realizaron un estudio descriptivo con 57 familias cuyo objetivo fue valorar la percepción que tiene cada grupo generacional (hijos, nietos) sobre el funcionamiento de sus respectivas familias, así como los signos de alarma (migraña, depresión, ansiedad, fatiga crónica) presentes en ella. Los resultados indicaron que de los 155 encuestados distribuidos en el total de familias, el 65,2% consideró que sus familias son disfuncionales. Los adultos mayores opinaron lo contrario, para ellos, sus familias son funcionales (71,4%). El signo de alarma que se presenta con mayor frecuencia es la ansiedad.

López (11) llevó a cabo un estudio descriptivo en 75 familias con el propósito de identificar la percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, aplicó la escala de EFF de Friedemann. El 75,7% percibe a su familia con disfuncionalidad familiar; se encontró una relación significativa del proceso de coherencia con respecto al sexo ($p=,01$), y una asociación negativa de la edad con el proceso de mantenimiento del sistema ($\chi^2=,213$). Se concluyó que la funcionalidad familiar se sustenta en estas dos dimensiones de funcionamiento, y que la diabetes mellitus altera el funcionamiento de la familia (39%).

García y cols. (8), desarrollaron un estudio exploratorio, correlacional con 100 familias de una comunidad rural, con el objetivo de explorar la influencia de la funcionalidad sobre la capacidad física de los

adultos mayores integrantes de la familia. Utilizaron la escala de EFF de Friedemann para medir la primera variable, y el índice de Barthel para la segunda. Identificaron familias funcionales en un 69%, y de ellas el 88% de adultos mayores presentaron independencia física total. El mantenimiento del sistema familiar se correlacionó positivamente con la capacidad física de movimiento ($r=,276$, $p=,005$) y eliminación ($r=,284$, $p=,004$). Los autores reportaron que los procesos de vida del sistema familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, e individuación, soportan la funcionalidad familiar.

Entre los estudios que se han desarrollado sobre la variable ansiedad se localizó el de Vettore y cols. (12), quienes analizaron la relación de estrés y ansiedad en pacientes con periodontitis crónica; distribuyeron 79 pacientes, según la severidad de la enfermedad, en tres grupos: un grupo control y dos grupos de prueba. En cuanto a la ansiedad, medida por el inventario de Spielberger (STAI), en el grupo de prueba 1 y en el grupo control detectaron promedios similares de ansiedad-rasgo, con promedios bajos en el grupo 2 de prueba. Detectaron correlación positiva entre la ansiedad-rasgo y las frecuencias de los parámetros clínicos para dicha enfermedad, concluyendo que este tipo de ansiedad puede ser un predictor importante para la enfermedad periodontal.

De los Ríos y cols. (13), efectuaron un estudio *ex post facto* con el propósito de indagar la frecuencia de alteración emocional en una muestra poblacional integrada por 100 pacientes con insuficiencia renal crónica por neuropatía diabética. Utilizaron el instrumento GHK-28 (General Health Questionnaire) de Goldberg. Documentaron que el 86% presentó algún grado de alteración emocional (ansiedad),

tuvieron más riesgo de padecerla los pacientes con diez y más años de evolución de su enfermedad.

Young y cols. (14), llevaron a cabo un estudio descriptivo, longitudinal, en 32 pacientes; uno de sus objetivos fue explorar la ansiedad en pacientes adultos que experimentaban el trasplante de médula ósea, los datos fueron recogidos en tres momentos, distribuidos en un lapso de tiempo de uno a 100 días. Utilizaron el inventario de ansiedad de State/Trait (STAI) y la escala gráfica de la ansiedad (GAS). Se encontró una correlación positiva significativa entre el STAI y las cuentas del GAS. La cuenta de la ansiedad-estado fue moderada en dos de las tres etapas en que se recabaron los datos.

Lawrence y cols. (15), desarrollaron un estudio transversal de observación en un Centro de Medicina Familiar, con el propósito de analizar las asociaciones estadísticas entre síntomas, diagnósticos y severidad de la enfermedad como indicadores de ansiedad y depresión. Utilizaron el cuestionario denominado Duque Anxiety-Depression Scale (DUKE-AD). En todas las regresiones logísticas, el sexo femenino, la percepción de salud baja, más dolor y mayor inhabilidad por días en cama, persistieron como predictores positivos y significativos de síntomas más severos de ansiedad y depresión. Entre los diagnósticos de mayor prevalencia detectados se encontraban la diabetes mellitus y la osteoartritis.

De los Ríos y cols. (16), realizaron un estudio *ex post facto*, transversal, contemplando 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2; como instrumento de medición aplicaron la escala de calidad de vida relacionada con la salud (Escaviris).

En el 43% de los pacientes encontraron algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que predominó fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, la depresión y algunos elementos de interacción social, el 60% de los pacientes no manifestó deterioro en esta área, y en un 15% fue severo ($p < 0,003$). La mayoría de los pacientes mostró gran ansiedad y estrés ante el avance de la enfermedad, manifestado por molestias físicas y pérdida de peso.

Zavala y cols. (17), mediante un estudio descriptivo, correlacional, analizaron la relación entre el bienestar espiritual y el grado de ansiedad en 190 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el género femenino representó el 55%, predominando un nivel moderado de ansiedad en ambos géneros. Estadísticamente, a través de Correlación de Spearman, se encontró asociación significativa negativa entre las dos variables objeto de estudio ($r = -0,276, p = ,000$).

Zavala y col. (18), desarrollaron un estudio con el propósito de determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza relacionada con la salud y de ansiedad-rasgo en una muestra de 200 pacientes con enfermedad crónica. Se utilizó la escala de autoevaluación de ansiedad-rasgo de Spielberger. Cerca del 90% de la muestra estudiada padece de diabetes mellitus. El coeficiente de correlación de Spearman fue significativo ($r = ,570, p = ,000$). En la mayoría de los pacientes se encontró nivel moderado, tanto de fortaleza (83%) como de ansiedad (73%). El análisis de regresión múltiple determinó que la relación significativa entre las dos variables no es afectada por la edad, el género o los años de evolución de la enfermedad crónica.

Zavala y col. desarrollaron un estudio con el propósito de determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza relacionada con la salud y de ansiedad-rasgo en una muestra de 200 pacientes con enfermedad crónica.

Metodología

El presente estudio tuvo un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y correlacional. El tamaño de la muestra se calculó a través del Paquete Estadístico nQuery Advisor 4.0, se consideró un nivel de significancia de 0,5, una potencia de ,80 y una $R^2 = ,28$, quedando conformada por 97 pacientes adultos, orientados (en tiempo, persona y espacio), diagnosticados con enfermedad crónica, del área de consulta externa y del servicio de hospitalización de la especialidad de medicina interna de una institución de segundo nivel de salud de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Para realizar la entrevista de los pacientes se estableció como requisito que estuvieran acompañados por un familiar, por consiguiente, se integró un grupo de 97 personas, quienes contestaron las preguntas siguientes: rol dentro de la familia, edad, género, ocupación, tipo de familia, número de integrantes y estado civil del jefe de la familia. Se entrevistó un familiar por cada paciente con la finalidad de identificar si eran acompañados por un pariente directo, hecho que contribuye en las interrelaciones familiares y en el aspecto emocional ante situaciones de salud.

Uno de los instrumentos de medición utilizado fue la Escala Modificada de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EFF) de Friedemann, la cual fue rediseñada y readaptada por García y cols. (8), con los lineamientos que al respecto dicta la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores (NOM-167-SSA1-1997) (8); de 17 reactivos originales, se añadieron 7 preguntas, por lo que su estructura quedó integrada por 24 reactivos en total, con la misma escala original de respuestas tipo likert con tres opciones: 1= nunca, 2= a veces, y 3= siempre; los

autores reportan una consistencia interna de ,73 determinada a través del coeficiente de alpha de Cronbach.

La escala de EFF contempla cuatro subescalas: la de Mantenimiento del sistema con 10 reactivos, la subescala Cambio del sistema con 6, la de Individuación con 5 reactivos, y la subescala de Coherencia con 3 reactivos. Dicha escala tiene un nivel de medición ordinal, con un valor mínimo de 24 puntos y un valor máximo de 72. En función de estos valores se consideraron familias funcionales o sin problemas, las que obtuvieran un puntaje de 56 a 72 puntos, familias con funcionalidad moderada de 40 a 55 puntos, y familias disfuncionales o con problemas de 24 a 39 puntos.

Para la medición de la variable ansiedad se utilizó la escala de autoevaluación (IDARE) de Spielberger y Díaz Guerrero (1975) (5), en su versión al español, la cual consta de 20 reactivos con una escala de respuesta de cuatro puntos: 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente, y 4= casi siempre. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80. A través de la categorización de su valor máximo se determinaron tres niveles de ansiedad: bajo, de 20 a 40 puntos; moderado, de 41 a 60, y alto, de 61 a 80 puntos.

También se utilizó una cédula de datos sociodemográficos de los participantes, dividida en dos apartados: siete reactivos que fueron contestados por el familiar de los pacientes y 12 preguntas contestadas por el paciente en donde se registró: edad, género, rol dentro de la familia, familiares con los que vive, ingreso económico mensual, nivel socioeconómico, tipo de vivienda y religión. También se preguntó la escolaridad del paciente, el servicio hospitalario, el diagnóstico médico y los años de evolución.

Durante el procedimiento de recolección de los datos a cada participante se le explicó la finalidad del estudio y se recabó la firma del formato de consentimiento informado.

Durante el procedimiento de recolección de los datos a cada participante se le explicó la finalidad del estudio y se recabó la firma del formato de consentimiento informado. Se inició con la cédula sociodemográfica, se les leyeron las preguntas y se registró la respuesta emitida en primer término por el familiar y posteriormente por el paciente; se continuó con la cédula de ansiedad-rasgo y, finalmente, se aplicó la cédula de efectividad en la funcionalidad familiar. Este proceso se realizó en un lapso de 30 a 40 minutos por paciente encuestado, en los turnos matutino y vespertino, durante los meses de enero a marzo de 2008. La presente investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, respecto a cuestiones éticas, como el anonimato de los sujetos, la confidencialidad de los datos, y el derecho a la información con respecto al estudio y a retirarse en el momento que lo desearan.

La información recabada se procesó a través del paquete estadístico SPSS (versión 13), se analizó mediante estadísticas descriptivas (valor mínimo, máximo, media, desviación estándar y mediana); para la parte inferencial se realizó análisis de correlación de Spearman en consonancia con los resultados emitidos por la prueba de Kolmogorov Smirnov en relación con la normalidad en la distribución de los datos. También se determinó la consistencia interna de los instrumentos de medición a través del coeficiente alpha de Cronbach, cuyos valores fueron: para la escala IDARE ,75 y para la escala EFF el valor de ,83.

Resultados

Respecto a los datos sociodemográficos de los 97 familiares entrevistados,

en el rol que desempeñan dentro de la familia predominó el de hijo (a) (48,5%); en cuanto a su género se destacó el femenino (77,3%); en un alto porcentaje son casados (67%); con relación a la edad se detectó un rango de 18 a 65 años, resaltando el grupo de 30 a 41 años (36%); en su mayoría señalaron integrar una familia nuclear (72,2%), la diferencia en porcentaje pertenece a una familia extensa (27,8%). En más del 50%, la familia está integrada por uno a tres miembros. En función de la ocupación del familiar, el 55% expresó que no trabaja, el resto contestó afirmativamente.

En relación con los datos sociodemográficos de los pacientes, el 91% indicó que cuenta con vivienda propia. En la tabla 1 se distribuye la muestra poblacional por género y edad, este dato fluctuó entre 40 a 80 años, con media de 65,05, *DE* de 10,35; referente a los grupos de edad, sobresalieron los comprendidos entre los 60 y 80 años (70%); predominó el género femenino.

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edad y género

Grupo de edad	Femenino	Masculino	Total	
			f	%
40 - 49	11	1	12	12,4
50 - 59	9	2	11	11,3
60 - 69	20	16	36	37,1
70 - 80	24	14	32	33,0
Total	64	33	97	100

Fuente: datos del estudio.

En la tabla 2 se muestra el resto de los datos demográficos de los pacientes; se observa que más del 85% desempeña el rol de padres, arriba del 50% vive con su esposo (a). Cerca del 70% manifestó un ingreso mensual menor a \$1000,00, en consecuencia, el 78% consideró tener un nivel socioeconómico bajo. La mayoría pertenece a la religión católica, y más del 50% cuenta con estudios básicos de primaria. El 51,5% de los pacientes se entrevistó en el servicio de hospitalización (medicina interna), el resto (48,5%) en el servicio de consulta externa.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes participantes

Variable	f	%
Rol Familiar		
Padres	85	87,6
Abuelos	6	6,2
Otro	6	6,2
Familiar con que vive		
Esposo (a)	55	56,7
Hijos - Nietos	29	29,9
Otros	13	13,4
Ingreso mensual		
- de \$1000	67	69,0
\$1000 - 3000	25	25,5
+ de \$3000	5	5,5
Religión		
Católica	75	77,3
Otra	22	22,7
Escolaridad		
Analfabeto	25	25,8
Primaria	50	51,5
Secundaria	10	10,3
Profesional	6	6,2
Otro	6	6,2

Fuente: datos del estudio.

Respecto al diagnóstico médico de los pacientes se tomó como base el de ingreso, o bien el que fue motivo de consulta médica; se identificaron como diagnósticos de mayor incidencia la diabetes mellitus tipo 2 con y sin complicaciones (53%), y los padecimientos cardiovasculares (hipertensión arterial, angina de pecho) (37%). En cuanto a los años de evolución de la enfermedad crónica, el 36% de los pacientes tiene de uno a 5 años, el 12% de 6 a 10 años y el 48% más de 10 años de evolución.

En la tabla 3 se muestran los índices por variables de interés y los resultados de la prueba de Kolmogorov Smirnov, los cuales reportaron que ambas escalas de medición no se ajustaron a una distribución normal. En relación con la variable ansiedad-rasgo se obtuvo una media de 51, DE de 10,7. Con base en la escala general de funcionalidad familiar se detectó una media de 84, DE de 11,5, así mismo, se encontraron valores de media favorables por cada una de las cuatro dimensiones en que se subdivide la escala EFF; identificando en las dimensiones de individuación y coherencia los mayores valores (88 y 92 respectivamente).

En la tabla 4 se presentan los niveles de las variables objeto de estudio, derivados de la categorización de las puntuaciones respectivas por cédula. Referente a la variable ansiedad-rasgo se encontró nivel moderado en el 92% de los pacientes; en cuanto a la funcionalidad familiar, el 91% pertenece a una familia funcional (rango de puntuación de 56 a 72).

Con el propósito de determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad y funcionamiento familiar, se efectuó la prueba de correlación de Spearman, se encontró

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de ansiedad, funcionalidad familiar por dimensión y Prueba Kolmogorov Smirnov

Variable	Min.	Max	X	DE	Md	D	P
Ansiedad	30,0	98,3	50,8	10,7	48,3	1,562	0,15
Funcionamiento familiar	50,0	100	83,7	11,5	85,4	1,44	,032
F.F. Mantenimiento del sistema	50,0	100	83,1	12,3	85,0	1,402	,039
F.F. Cambio del sistema	25,0	100	76,8	16,5	75,0	1,44	,031
F.F. Individuación	40,0	100	88,1	15,7	90,0	2,65	,000
F.F. Coherencia	33,0	100	92,0	14,25	100	4,05	,000

Fuente: datos del estudio.

Tabla 4. Distribución de pacientes por niveles de ansiedad y funcionalidad familiar

Ansiedad	f	%	Funcionalidad familiar	f	%
Bajo	1	1,0	Funcional	88	90,7
Moderado	89	91,8	Funcional medio	9	9,3
Alto	7	7,2	Disfuncional	-	-
Total	97	100		97	100

Fuente: datos del estudio.

correlación positiva significativa entre las cuatro dimensiones y la escala general de funcionamiento familiar, cuyos valores son: mantenimiento del sistema ,861, cambio del sistema ,786, individuación ,676 y coherencia del sistema ,461, con valor $p = ,000$ a un nivel de significancia de 0,01. Sin embargo, no se encontró correlación significativa entre las dos variables centrales del estudio ($r = -,094$, $p = ,362$).

Discusión

En el presente estudio predominó el género femenino tanto en el grupo de familiares (77%) como en los pacientes participantes (66%), situación que se relaciona con la literatura que señala a la mujer como cuidador principal de los familiares enfermos, así como también

en el sentido de que son las mujeres las que presentan mayor deterioro de salud a consecuencia de las enfermedades degenerativas asociadas a la edad avanzada.

No obstante que la muestra poblacional contempla pacientes entre 40 a 80 años, sobresalieron los adultos mayores (60 a 80 años) (70,1%), esto es reflejo de la transición demográfica en México, representada por el crecimiento de la cúspide de la pirámide poblacional integrada por las personas mayores. También se puede relacionar con las características propias de la muestra, pacientes con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que la enfermedad crónica es más frecuente en los adultos.

La gran mayoría de los pacientes son miembros de una familia nuclear (72%), en donde desempeñan el rol de padres (88%), viven con su esposo (a) (57%) y profesan la religión católica (77%). Estas variables podrían estar apoyando las dimensiones del sistema familiar denominadas mantenimiento del sistema, individuación y coherencia, como lo señala Friedemann. Con relación a las dos primeras dimensiones se puede inferir que coinciden con lo reportado por García y cols. (8), y con lo registrado por López (11) respecto a la dimensión de coherencia y mantenimiento del sistema.

Con base en el nivel de funcionalidad familiar, el 91% de los pacientes manifestó que integran una familia funcional; resultados similares reportaron Zavala y cols. (9) en torno a la opinión positiva de los adultos mayores encuestados, y García y cols. (8) en familias rurales. Parcialmente coinciden con lo reportado por Ortega y cols. (10), en cuanto a la percepción positiva de los adultos mayores estudiados, difiriendo con lo expresado por

Cerca del 100% de los pacientes participantes en el estudio integran familias funcionales; sin embargo, su condición de salud ante problemas metabólicos y cardiovasculares pone de manifiesto que se requiere indagar su conocimiento de autocuidado.

sus familiares, ya que el 65% se calificó como familias disfuncionales. También se encontró divergencia con el reporte de López (10), quien halló mayor porcentaje de familias disfuncionales (75%).

En relación con el grado de ansiedad detectado en los pacientes, el 92% presentó nivel moderado, encontrando similitud con los resultados reportados por Young (14), Zavala y cols. (17, 18), Vettore y cols. (12). A diferencia de lo documentado por Ríos y cols. (13), el 86% de los pacientes estudiados presentaban alteraciones emocionales; también difiere con lo señalado por Lawrence y cols. (15), ya que asocian la diabetes mellitus con síntomas severos de ansiedad y, no obstante ser este padecimiento el que predominó en más del 50% de la población participante, se manifestó con moderado grado de ansiedad.

El coeficiente de correlación de Spearman arrojó una asociación positiva entre las cuatro dimensiones y la escala general de Funcionalidad Familiar, sin embargo, no se encontró correlación significativa entre las variables de estudio —funcionalidad familiar y ansiedad—. Esta diferencia de asociación entre las variables centrales puede ser debida a que se encontró funcionalidad familiar adecuada, es decir, obtuvieron el rango de puntuación (56-72 puntos) que identifica, según Friedemann, a familias funcionales; en cuanto a la ansiedad presentaron nivel moderado, estado emocional que puede estar asociado con las repercusiones propias de la enfermedad crónica que presentan los pacientes.

En relación con lo anterior, se encontraron marcadas diferencias con el estudio de Ortega (10), ya que la mayoría de los grupos familiares se perciben disfun-

cionales, e identifican la ansiedad como signo de alarma y predictor de este tipo de familias.

No obstante los niveles favorables detectados por variable, más del 50% de los pacientes padecen de diabetes mellitus tipo 2, en su mayoría con complicaciones, esto pudiera presentar un riesgo en la conservación de la estabilidad y el control de la dinámica familiar, aspectos establecidos por Friedemann como metas en la sobrevivencia del proceso sistémico de la familia.

En cuanto al diagnóstico médico predominante, coincide con lo reportado por De los Ríos y cols. (13), Zavala y col. (18), y López (11), difiriendo con lo documentado por este último autor, el cual establece que la diabetes mellitus altera el funcionamiento familiar.

Conclusiones

Cerca del 100% de los pacientes participantes en el estudio integran familias funcionales; sin embargo, su condición de salud ante problemas metabólicos y cardiovasculares pone de manifiesto que se requiere indagar su conocimiento de autocuidado, factor que contribuye a su calidad de vida y, por consiguiente, al equilibrio funcional de la familia en sus diferentes roles.

Las cuatro dimensiones que integran la escala de funcionalidad familiar alcanzaron una media significativa, valor que osciló entre 77,0 a 92,0, correspondiendo este último valor a la subescala de coherencia la cual, con base en Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, además permite vínculos emocionales positivos. Por ello, se concluye que los resultados del

estudio otorgan sustento al marco conceptual teórico de dicho autor. Así mismo, se deduce que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los miembros adultos lo que contribuye al bienestar emocional de los mismos.

De acuerdo con los resultados estadísticos derivados de la correlación no se encontró asociación significativa entre las variables de interés; sin embargo, por el resultado (funcionalidad familiar alta, nivel moderado de ansiedad) en cuanto al manejo como variables categóricas (nive-

les), se puede plantear la premisa de que a mayor funcionalidad familiar menor grado de ansiedad en los pacientes adultos estudiados, situación que apoya la hipótesis establecida.

Sugerencias

Los resultados derivados del estudio tienen implicaciones para los profesionales de enfermería, tanto en el aspecto educativo como clínico, por lo que se sugiere enfatizar en las nuevas generacio-

nes los conocimientos básicos en valores y cuestiones socioculturales de las familias, para que respondan con eficiencia y efectividad a las nuevas necesidades de salud que la sociedad demanda. Respecto al personal de salud, en especial el de enfermería del primero y segundo nivel de atención, se sugiere capacitarse, a través de diversas estrategias, en la atención holística de los pacientes adultos y cuidadores principales, considerando a los familiares como red de apoyo en el cuidado, que contribuyen en el mantenimiento y la estabilidad de la unidad familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina OM, Castillo MM, Rugerio MA, Mtz MC. La familia: situación de vida y salud. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2008; 16 (3): 119-122.
2. Friedemann ML. *The Framework of Systemic Organization: A Conceptual Approach to families and nursing*. Thousand Oask: Sage Publications; 1995.
3. Moreno MG. Inclusión social del adulto mayor: un reto para la política pública. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería (Sección Docencia)* 2008; 16 (3): 127-131.
4. García G, Díaz R. Diabetes Mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2005; 13 (7): 207-210.
5. Isaacs A. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU; 2000.
6. Spielberger Ch, Díaz-Guerrero R. *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. México D.F: El Manual Moderno; 1975.
7. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10 ed. España: Mosby; 2003.
8. García G, Landeros E, Arrijoja G, Pérez AM. Funcionalidad familiar y capacidades de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2007; 15 (1): 21-26.
9. Zavala G, Vidal G, Castro S, Quiroga P, Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. *Revista Ciencia y Enfermería* 2003; XII (2): 53-62.
10. Ortega A, Fernández V, Osorio P. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2003; 19 (4): 1-6.
11. López M. Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de Maestría no publicada]. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2005. pp. 37-41.
12. Vettore MV, Lea AT, Montero AM, Quintanilla RS., Lamarca GA. Relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *Blackwell Munsgaard*, 2003; 30:394-402.
13. De los Ríos JL, Barrios P, Ávila T. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica IMSS* 2004; 42 (5): 379-385 [en línea]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5185E4AB-507A-4159-8DBA-C2DF5A576DFB/0/2004rm4205alt_emocionales.pdf [Fecha de consulta 14 de octubre de 2005].
14. Young L, Todd K., Simuncak S. Validation of the diagnosis of anxiety in adults with marrow grafo. [en línea]. Disponible en: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4065/is_200207/ai_n9110748 [Fecha de consulta 10 de octubre de 2005].

15. Lawrence R, Parkerson G, Doraiswamy M. Opinion, pain and incapacity of health as correlations of anxiety symptoms and the depression in patients of the primary care. [en línea]. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/434349_2 [Fecha de consulta 10 de septiembre de 2005].
16. De los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica, IMSS 2003; 42 (2): 109-116 [en línea]. Disponible en: <http://buscador.imss.gob.mx:8080/search engine/jsp/search adv Search.jsp?Query Text= espiritualidad &Result Start=1&Result Count=20&ServerSpec=11.254.14.41%3A9920&Last Query=%28ansiedad%29&SportSpec>. [Fecha de consulta 14 de octubre de 2005].
17. Zavala MR, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Aquichan 2006; 6 (1): 8-21.
18. Zavala MR, Whetsell M. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Revista Aquichan 2007; 7 (2): 174-188.