

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO / FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS /
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON
LA SALUD, DE DUEÑAS DE CASA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSCRITAS EN CESFAM
DR. JOSÉ DURÁN TRUJILLO DE LA COMUNA DE SAN CARLOS.**

AUTORES: ESCALONA MEDINA, JOSEFA LINETTE
 GONZÁLEZ SOTO, PABLO FRANCISCO
 MUÑOZ MARTÍNEZ, NATALIA IRISVALENTINA
 ROHR OSORIO, HÄNSEL KARIM

DOCENTE GUÍA TESIS : MG. BELLO ESCAMILLA, NATALIA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

2016

Agradecimientos

Los autores, agradecen a cada uno de las personas que confiaron y apoyaron en este proceso, en especial a:

El CESFAM Dr. José Durán Trujillo, de la comuna de San Carlos por la posibilidad y las facilidades brindadas para implementar nuestra investigación en su población. En especial, a Don Cristian Correa por la voluntad de recibir nuestra tesis desde un principio.

A nuestra profesora guía, Mg. Natalia Bello Escamilla, por su apoyo, dedicación y compañía durante este año.

Al profesor Dr. José Leiva Caro y la Dra. Carmen Luz Muñoz por el apoyo y conocimientos brindados en la creación del anteproyecto.

Al profesor Miguel Ángel López, por su ayuda en la interpretación estadística y cooperación en cada asesoría.

Y por último, a cada una de las dueñas de casa encuestadas, por permitirnos entrar a sus hogares, y darse el tiempo de hacernos parte de su enfermedad mediante la aplicación de las encuestas. A cada una de ellas, nuestros más sinceros agradecimientos.

Dedicatorias

Dedicada a Dios y a mi familia, en especial a mi madre por ser siempre quien me guía y me da su incondicional apoyo.

Josefa Escalona

Dedicada primero, al amigo que nunca falla por permitirme ingresar a esta carrera y demostrarme siempre que fue la decisión correcta. A mis padres, por su apoyo y perseverancia en todos los momentos difíciles, por su empuje y entrega. A mi hermano, por siempre estar ahí conmigo. A mi Abuela Nelly por acompañarme con su aliento y oraciones en estos cinco años. A mi abuela Menita, para quien desde un principio fui su enfermero y hoy más que nunca. Y a mi grupo de tesis, por acompañarme y formar un buen equipo de trabajo este año en cada visita y trabajo diario.

Pablo González

Dedicada, en primer lugar a Dios, por ser el sustento de mi vida en todo aspecto; a mi familia por darme su amor incondicional y ayudarme a cumplir todas mis metas, y en especial a mi grupo de tesis por priorizar en todo momento la amistad y hacer de todo este proceso una etapa amena de vivir.

Hänsel Rohr

Dedicada con mucho cariño a mi familia y a mi grupo de tesis.

Natalia Muñoz

Resumen

OBJETIVO: Relacionar las características familiares con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de dueñas de casa con Diabetes Mellitus tipo 2, inscritas en el CESFAM Dr. José Durán Trujillo, de San Carlos. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, realizado a 133 dueñas de casa, entre 18 a 64 años, con DM2 hace más de un año. Se aplicaron: fichas de: caracterización sociodemográfica, clínica y familiar, SF36, APGAR familiar y apoyo familiar al diabético tipo 2. **RESULTADOS:** 74.4% entre 50 y 64 años, 42,8% entre 2 a 5 años desde el diagnóstico, las comorbilidades más frecuentes fueron, hipertensión (69.9%), dislipidemia (57.1%) y artrosis (30.1%). Destacó la estructura familiar nuclear biparental (40.6%), el ciclo vital familiar post parental (48.8%), la funcionalidad familiar normal (56.4%) y el apoyo familiar medio (72%). Respecto a CVRS, el promedio mayor fue para la dimensión función social (66.82 ± 32.49) y el menor para salud general (38.64 ± 26.80). Se encontró diferencia de medias significativa entre las dimensiones dolor corporal, rol emocional y las variables número de integrantes y etapa del ciclo vital familiar ($p=0.016$ y $p=0.030$, respectivamente); el constructo función social, vitalidad y salud mental, presentaron medias estadísticamente diferentes según funcionalidad familiar ($p= 0.030$, $p= 0.041$ y $p=0.003$, respectivamente). Cabe destacar que ninguna de las relaciones establecidas presentó una correlación lineal, con Rho inferiores a 0.321. **CONCLUSIONES:** Las características familiares cumplen un rol claro en la percepción de CVRS de un individuo con DM2, afectando en distintos grados las dimensiones del concepto.

PALABRAS CLAVE: CVRS; DM2; Dueñas de casa; Características familiares.

ÍNDICE

I.	Introducción	1
I.1	1	
I.2	Fundamentación del problema	3
I.3	Problema de Investigación	4
I.4	Problematización	5
I.5	Marco teórico.....	6
I.6	Marco empírico	15
I.7	Propósito de la Investigación	27
I.8	Objetivos generales y objetivos específicos.....	27
I.9	Hipótesis.....	28
II.	Métodos	29
II.1	Tipo de diseño	29
II.2	Población en estudio.....	29
II.3	Muestra	29
II.4	Unidad de análisis	30
II.5	Criterios de elegibilidad	30
II.6	Listado de variables (Disponible en Anexo 1).....	30
II.7	Descripción del instrumento recolector	31
II.8	Procedimiento para recolección de datos.	40
II.9	Aspectos éticos.....	41
II.10	Procesamiento de datos	42
III.	Resultados	43
III.1	43	
IV.	Discusión	54
IV.1	54	
IV.2	Limitaciones	62
IV.3	Sugerencias	62
IV.4	Conclusiones	63
V.	Bibliografía	65
VI.	Anexos	80

VI.1	ANEXO 1. Matriz de variables	80
VI.2	ANEXO 2. Ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos	84
VI.3	ANEXO 3. Ficha de antecedentes familiares.	85
VI.4	ANEXO 4. Cuestionario SF-36	86
VI.5	ANEXO 5. APGAR Familiar	91
VI.6	ANEXO 6. Cuestionario de apoyo familiar del paciente diabético tipo 2	92
VI.7	ANEXO 7. Cuestionario de apoyo familiar del paciente diabético tipo 2 ajustado	94
VI.8	ANEXO 8. Consentimiento informado.....	98
VI.9	ANEXO 9. Carta de autorización, CESFAM San Carlos.	100

I. Introducción I.1

La Diabetes Mellitus(DM) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial (1), por lo que se considera un problema de salud pública que implica un gran efecto en la economía global, impacto que se vio reflejado en la inversión realizada el año 2011, donde el 11% del gasto total mundial en salud se destinó por completo a esta patología; asimismo, la enfermedad influye en el ámbito social e individual del paciente, lo que afecta en gran medida su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)(2).

Durante el año 2011, esta enfermedad afectó a 366 millones de personas a nivel mundial y produjo 4.6 millones de muertes; se proyecta que la cifra de personas que padecen DM aumente alcanzando los 592 millones hacia el año 2035, cabe destacar que la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) será la que tenga un mayor incremento (3).

En Chile, se observó un fenómeno similar, con una prevalencia de 9.8% en el año 2011, cifra que aumentó a 12.3% en el año 2014 (4-5), dejando al país ubicado entre los cinco primeros con mayor prevalencia entre los 34 países de distintos continentes que componen la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (6) y en el cuarto lugar en toda Latinoamérica (1). De la prevalencia nacional el mayor número de personas afectadas por DM2 es del sexo femenino (7), alcanzando un 12.0% al año 2016(8).

Siguiendo la misma línea, en la región del Bío-Bío, la prevalencia de DM2 alcanza un 9.2% durante los años 2009-2010, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) (9).

Debido a estos cambios epidemiológicos, la atención del paciente diabético en Chile, debió ser protocolizada mediante la implementación de guías clínicas (10), que contemplan la forma de realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología. Abordando el mismo tema con una mirada holística, desde el año 2005 se implementó la reforma de salud, que adoptaría un modelo de atención primaria integral basado en la familia y la

comunidad, éste ayudaría a entregar una atención integral al paciente, considerando que el contar con un diabético dentro del hogar, podría cambiar la dinámica del grupo familiar. Además, existe evidencia de que características familiares, como la funcionalidad familiar (11) y el apoyo familiar (12), podrían influir en la CVRS del paciente (13-14), por lo que se torna de gran importancia la inclusión de este concepto dentro de los planes de salud. Dada la relevancia que cobra esta patología en la salud pública y en la realidad nacional, se determinará la relación entre las características familiares y la percepción de CVRS de dueñas de casa con DM2, inscritas en el CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos.

I.2 Fundamentación del problema.

La DM es una ECNTs que afecta a millones de personas en el mundo, la cual ha evidenciado un notable aumento desde el año 2000, alcanzando valores considerablemente elevados de prevalencia, incidencia y mortalidad (1-4), patrón que se reproduce en Chile (5-6). Dicha patología, trae múltiples consecuencias a quienes la padecen (15), que en su conjunto conllevan a un deterioro de la CVRS (7,13-15), cuya medición es indispensable para poder orientar los programas de cuidado de la DM2 en la salud pública (13).

Por otro lado, la familia cumple un rol fundamental en la salud de un individuo, por lo que es frecuente su estudio (16-18). Se reconocen factores importantes como la funcionalidad familiar (11,19-21) y el apoyo familiar, como herramientas relevantes en padecimientos de tipo crónico, ya que ayudan a mejorar la CVRS y evitan el aumento en el nivel de estrés (22), favoreciendo el autocuidado de los pacientes (23), necesario para evitar las complicaciones derivadas de la enfermedad. La evidencia que relaciona las dos variables mencionadas es escasa (24), no obstante, hay otros estudios que entregan conclusiones por separado (17-20). Además de las mencionadas, existen otras características familiares influyentes en la CVRS de un paciente diabético, entre las que destacan el tipo de estructura familiar y la etapa del ciclo vital familiar(25), las que van en directa relación con el autocuidado y el control de la DM2.

Durante los últimos años, se ha observado una nueva tendencia en la formación, estructura y función familiar, que manifiesta un aumento del tipo de familia monoparental encabezadas por mujeres (22), donde tomar el rol de dueña de casa, afecta su salud por el hecho de ser responsable de mantener un hogar y una vida laboral en armonía, además de padecer una enfermedad crónica (26). Un estudio encontrado relacionó actividades propias de una dueña de casa con la DM2, e indicó que a pesar de tener esta patología, ellas priorizan las actividades del hogar y el bienestar de los hijos antes del cuidado de su

enfermedad (26), lo que va en desmedro de la CVRS de la paciente con DM2 no controlada (12-14), por lo que se torna interesante el potencial grado de correlación entre ambas variables. Además, en Chile, la atención del paciente diabético esta normada por guías clínicas, elaboradas a partir de revisiones bibliográficas y opiniones de expertos, sin embargo, al analizar la práctica de la reforma en Centros de Atención en Salud, el manejo de ésta patología no incluye intervenciones reales, ni participación cercana de la familia, por lo que en la práctica no se consideran estas variables para el cuidado integral del paciente diabético.

En el contexto mencionado, esta investigación pretende abordar el problema bajo el enfoque cuantitativo, que permita contribuir a colocar énfasis a los factores que pueden ser intervenidos desde la mirada del equipo de salud y en específico, del rol que le compete a la Enfermería, así como además aumentar la evidencia y conocimiento disponible de este tema en el país y fomentar nuevas investigaciones al respecto. Por todo lo referido anteriormente, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la funcionalidad familiar, el apoyo familiar, el tipo de estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de dueñas de casa con DM2, inscritas en CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos.

I.3 Problema de Investigación

¿La funcionalidad familiar, el apoyo familiar, el tipo de estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia se relacionan con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de dueñas de casa con DM2, inscritas en el CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos?

I.4 Problematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (Edad, estado civil, nivel educacional, ocupación) de las dueñas de casa con DM2?
2. ¿Cuáles son las características clínicas (Años de diagnóstico de Diabetes Mellitus, comorbilidad) de las dueñas de casa con DM2?
3. ¿Cuál es el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2?
4. ¿Cuál es el tipo de estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia de las dueñas de casa con DM2?
5. ¿Cuál es el nivel de percepción de las dueñas de casa con DM2 frente al funcionamiento familiar?
6. ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar de las dueñas de casa con DM2?
7. ¿Cuál es la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2 y su percepción del funcionamiento familiar?
8. ¿Cuál es la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2 y el apoyo familiar?
9. ¿Cuál es la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2 y el tipo de estructura familiar?
10. ¿Cuál es la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2 y la etapa del ciclo vital familiar?
11. ¿Cuál es la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con salud de las dueñas de casa con DM2 y el número de integrantes de la familia?

I.5 Marco teórico

La Federación Internacional de Diabetes define la DM como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no es capaz de producir insulina, o en su defecto, cuando el cuerpo no hace un buen uso de esta hormona (27). La insulina es necesaria para que la glucosa ingerida a través de los alimentos ingrese a las células del cuerpo y así genere la energía que el organismo requiere. El no satisfacer esta función por completo; ya sea por un defecto en la producción o en la utilización de la insulina, afecta directamente los niveles de glucosa en sangre, presentándose valores superiores a los normales, lo que se define como hiperglucemia. Alzas recurrentes en el nivel de glucosa, a largo plazo, se asocian a fallas irreversibles en órganos y tejidos (27).

Existen dos tipos de DM: el tipo 1 (DM1), insulino dependiente, que constituye el 10% de los casos y se presenta más frecuentemente durante la infancia y la adolescencia; y el tipo 2 (DM2), no insulino dependiente, que constituye entre el 80-90% de los casos y se desarrolla con mayor frecuencia en el ciclo medio de la vida, sin embargo, ésta tendencia ha cambiado debido a la presentación cada vez más temprana de la enfermedad (2,27).

En Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud, del año 2009-2010, se evidencia un significativo aumento en la cifras de personas diabéticas, siendo la población femenina la más afectada, con un valor de 3.8% durante el año 2003 y 10.4% en el año 2009 (28-29), cifra que según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aumentó a un 12.0% (8), representando un aumento de 8.7% en los últimos 12 años. Un estudio anterior que analizó una muestra de diabéticos, reflejó que el 74.9% fueron mujeres y de éste porcentaje un 55.9% resultaron ser dueñas de casa (30). Según Gainza y Salazar (33), citando la encuesta Chilesopio del año 2009 (31), se declara que un 38% de la población femenina se encasillan dentro de este concepto, es decir, tienen como única actividad la realización de los quehaceres del hogar.

En la familia es la mujer quien al desempeñarse como dueña de casa, se hace responsable de la educación, la crianza de los hijos, de las tareas, la estabilidad del hogar y de la salud de todos los integrantes del grupo familiar; lo que en su conjunto genera una gran sobrecarga (32), que al volverse persistente, podría desencadenar en el desequilibrio entre su autocuidado y la mantención del bienestar de su familia (26). La dueña de casa se define por Gainza y Salazar, citando a Cortada como “aquellas mujeres que no trabajan remuneradamente, y que se dedican al cuidado del hogar, formando parte de la población no económicamente activa” (33).

Respecto a la calidad de vida (CV) de las dueñas de casa diabéticas, no existe literatura científica que fundamente su relación directa, pero si hay evidencia de que existe un deterioro de la CV relacionado con la diabetes (34-35), el que se presenta en mayor porcentaje para el sexo femenino, producto de esto, podemos deducir que incluir un factor de sobrecarga, como desempeñar el rol de dueña de casa, sería un elemento que deterioraría su bienestar, y probablemente su CV.

La CV es definida por García citando a la OMS, como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (36). Este concepto es extenso y complejo, ya que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (37).

Esta expresión ha ido evolucionando progresivamente en el tiempo, Urzúa y cols. citando a Campbell (38), refieren que se remonta posterior a la segunda guerra mundial, donde los investigadores de la época buscaban conocer la percepción de las personas en relación a si tenían buena vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso se extendió mayormente hacia los años sesenta, donde investigadores recolectaban datos objetivos, dependiendo del individuo, tales como: el intelecto emocional, nivel socioeconómico, estructura psicológica y cultural; además, consideraron de igual forma datos subjetivos como el grado

de realización de sus aspiraciones personales, los que tras la aplicación de instrumentos de la época provocaron cambios en los resultados (36,38).

CV como constructo, suele prestarse para confusiones con otros términos, tales como: satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, estado funcional y valores vitales, los que dificultan su interpretación. Sin embargo, Urzúa y cols. citando a Meeberg (39) sintetizan la literatura referente a CV y la enumeran en cuatro atributos críticos: sentimiento de satisfacción con la vida en general, capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida. Concluyendo que la CV es subjetiva, cada dimensión medida tiene un puntaje distinto para cada persona y ese valor puede tener modificaciones a lo largo del ciclo vital.

Actualmente la prevalencia de ECNTs, en la mayoría de los países va en aumento, contando con tratamientos que tienen como objetivo atenuar todo tipo de síntomas y evitar complicaciones, lo que lleva a que las medidas clásicas de la medicina no sean suficientes para medir la CV de una comunidad en estudio, es por ello que se implementa el término de CVRS, teniendo que incorporar la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de la salud (36). Para Urzúa la CVRS, es un concepto que se puede utilizar como una medida de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, que posibilita comprender desde la perspectiva de los propios sujetos la evaluación sobre su estado de salud (39). Éste término es identificado como parte de la CV general, existiendo discrepancia, puesto que la CVRS debe ser utilizada en el área de la medicina, teniendo como objetivo evaluar la calidad de los cambios tras intervenciones médicas, limitándose a la experiencia que posee el paciente sobre su enfermedad, estableciendo así, su impacto en la vida diaria (39). De la misma forma, Schwartzmann destaca la importancia del concepto CVRS y de considerar la percepción del paciente, tomándola como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, volviéndose indispensable el

uso de instrumentos que otorguen una medida confiable que entregue evidencia empírica al proceso de toma de decisiones (40). Cabe destacar que el modelo biomédico actual no incluye el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento y el soporte social del paciente, elementos que podrían influenciar el estado de salud de las personas y la evaluación de su CV.

Es claro que la CVRS se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con diversas situaciones, tanto físicas, como emocionales, sociales o en referencia a su vida familiar (16). Cardona-Arias y cols. (41) señalan que una mejor CV, está vinculada con una buena relación familiar.

La OMS en el año 1976 define a la familia como “el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio”, en el mismo documento se agrega la definición de grupo familiar, el cual está limitado al “cabeza, su esposa y los hijos solteros que con ellos convivan” (42). Desde un punto de vista sistémico y bajo la teoría de sistemas de Bertalanffy (43), Espinal y cols. definen el concepto de familia como “un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se rige por reglas y funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (44).

Como todo sistema, la familia cuenta con una estructura la que describe todas las relaciones que se producen dentro de un sistema dinámico, bajo esta premisa, Salamea citando a Minuchin, define la estructura familiar como “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la forma en que interactúan los miembros de una familia” (45). El tipo de estructura familiar se ha vuelto objeto frecuente de estudio (46) y se define como: “El producto de una clasificación donde se tienen en cuenta las características, situaciones y fenómenos que acontecen a la familia, donde se mezclan aspectos tan variados como el número de integrantes, la modalidad y/o tiempo de unión de la pareja, procedencia geográfica, el sistema de parentesco, las funciones y las relaciones entre los integrantes del grupo familiar” (47).

Los tipos de estructura familiar se clasifican en: familia unipersonal o uniparental constituida por un solo integrante; familia nuclear con distintas categorías, nuclear simple conformada por padre y madre, nuclear monoparental conformada por un solo padre(padre o madre) e hijo(s) y nuclear biparental formada por padre, madre e hijo(s); familia extendida conformada por un grupo de individuos donde las relaciones no son únicamente padre, madre e hijos, con las categorías monoparental extendida conformada por un solo padre más algún(os) otro(s) familiar(es), biparental extendida con ambos padres y algún(os) otro(s) familiar(es) y finalmente la familia reconstituida compuesta por dos adultos que forman una nueva familia donde al menos uno de ellos tiene un hijo de una relación anterior (47).

Otra de las características relevantes en una familia es la etapa del ciclo vital en la que se encuentra al momento de la enfermedad. Según Horwitz (48), cada individuo a lo largo de su vida debe atravesar diversas etapas de cambio desde el nacimiento a su muerte. Estas etapas, se diferencian por tener características y desafíos distintos que sortear, y es la suma de todos los ciclos individuales que se dan en una familia, los que forman el denominado ciclo de vida familiar. Las etapas que plantea son: Formación de la pareja, etapa de noviazgo o pololeo o pareja sola; Crianza de los hijos, nacimiento y crianza de los hijos; Familia con hijos preescolares, hasta que el hijo mayor cumpla 6 años; Familia con hijos escolares, hasta los 13 años del hijo mayor; Familia con hijos adolescentes, hasta que el hijo mayor cumpla 20 años; Familia como plataforma de lanzamiento, hasta que el hijo menor abandona el hogar y Familia en etapa post parental, hasta el fin de la actividad laboral de los padres, edad anciana o muerte de uno de los dos cónyuges. Al igual que el individuo, la familia también atraviesa crisis que sorteará dependiendo de los recursos con los que cuente y sus características. Estas crisis, pueden ser evolutivas si son propias de la etapa del ciclo vital en que se encuentra y requieren de cierto tiempo para poder ser asumidas en el grupo familiar; o pueden ser inesperadas, las cuales son de aparición brusca y al margen de la línea evolutiva habitual, como es el caso del fallecimiento

temprano de un padre, enfermedades crónicas, pérdida del empleo, entre otros (48). La aparición de una enfermedad en algún miembro de la familia requerirá de un proceso de adaptación, influenciado por la familia y la etapa del ciclo vital en que se encuentre, modulando así la respuesta y la posición hacia la patología (49). En ello radica la importancia de considerar el ciclo vital en la evaluación de enfermedades crónicas como la DM, ya que al tener una larga duración abarcan más etapas de este ciclo, pudiendo ir en desmedro de la CV del paciente. A su vez, otra característica que ha sido mencionada es el número de integrantes de la familia, que se define como el conjunto de individuos que conviven alrededor de un mismo hogar (49).

Al estudiar a la familia desde un enfoque sistémico, se considera como un sistema compuesto por seres complejos en el que el todo es más que la suma de sus integrantes. En una familia, a través de los años, se va generando un proceso de desarrollo en cuanto a su complejidad y organización, en donde un evento histórico o situacional afectará a los miembros del sistema familiar en mayor o menor grado (45). Como en todo sistema, la familia se mantiene entre dos fuerzas clásicas, la homeostasis o morfostasis que se refiere a la capacidad de mantener al sistema estable adaptándose a los cambios, y por otro lado, la morfogénesis o capacidad de cambio (50). Las fuerzas que promueven el cambio vienen desde dentro de la familia, de los otros sistemas con los que interactúa y del entorno (45,50). El mantenimiento de esta homeostasis o equilibrio, será determinante para la generación de una correcta funcionalidad familiar (50).

La funcionalidad familiar es definida por Jiménez en el año 2010 como “la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa” (51). Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas según el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (51). Desde otro punto de vista, la funcionalidad familiar es alcanzada cuando se cumplen los objetivos asignados socialmente, como la entrega de seguridad económica, afectiva, social y de modelos a los nuevos integrantes de la

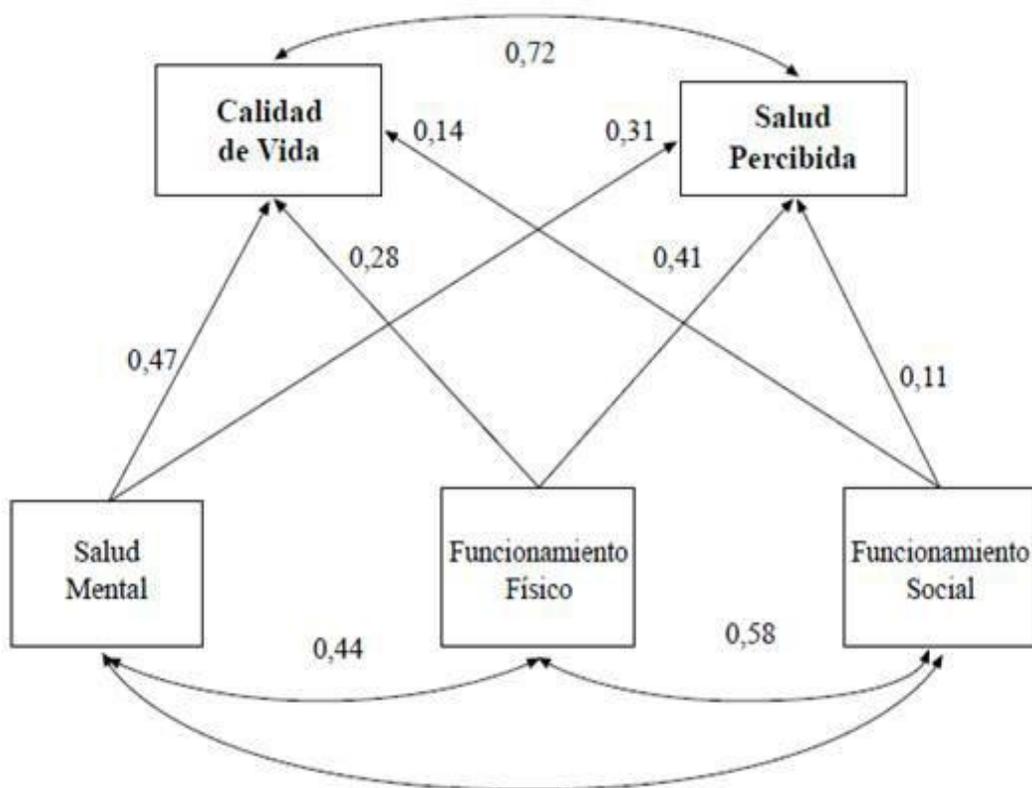
comunidad y además se mantenga la homeostasis, mediante comunicación apropiada y respeto entre las relaciones intrafamiliares (52). García-Solano (53), considera que en una familia funcional los integrantes, al interactuar entre ellos, desarrollan procesos dirigidos al mantenimiento o recuperación de los miembros enfermos. De forma contraria, la disfuncionalidad familiar desde un punto de vista comunicacional, está dada por una perturbación severa en el intercambio familiar a nivel de subsistemas (52). Según Herrera (54), el quiebre de este equilibrio se expresa a través de un síntoma en algún miembro de la familia o cuando alguno posee una enfermedad crónica. Es amplia la investigación acerca de cómo afecta el nivel de funcionalidad familiar a la salud de un individuo (19-21,54-55), se observó que en algunos de estos estudios se buscó relacionar la funcionalidad familiar con el tamaño de la red de apoyo familiar, identificando que entre ambas variables existe una asociación significativa que indica que al aumentar el tamaño de la red aumenta también la funcionalidad, es por esto, que se considera fundamental el apoyo que brinda la familia a un paciente diabético, ya que un bajo apoyo repercute negativamente en el estado de salud del individuo, en cambio, el contar con relaciones interpersonales consolidadas compone un factor protector para convivir con la patología, que incluso ayuda a anteponerse a la necesidad de solventar limitaciones derivadas de la enfermedad, fomentar el autocuidado, realizar toma de decisiones y en definitiva mejorar la CV (25,56-58). Dada la evidente importancia del apoyo familiar en la salud de un paciente, es que se torna indispensable profundizar en una definición más certera de este concepto. Cifuentes (59), plantea una división entre tres tipos: Apoyo emocional, que hace referencia al sentimiento de ser amado, de pertenencia, intimidad, confianza y la disponibilidad de hablar con alguien; Apoyo tangible o instrumental, que significa prestar ayuda directa o servicios; y Apoyo informacional o proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas.

Marín-Reyes y cols. refieren que: “se considera como apoyo familiar al cambio en los hábitos del (los) familiar (es) más cercano (s) tendiente a estimular al paciente para el

cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico”(60), además, otro estudio (59) indica que un apoyo familiar efectivo permite formar lazos más fuertes entre miembros del grupo familiar y por ende adaptarse adecuadamente al fenómeno de enfermedad, logrando un ambiente propicio para disminuir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

La teoría de Smith plantea que las personas no perciben la CV como un concepto en conjunto, sino que evalúan por separado la CV y la percepción del estado de salud. Ésta acepción se hace aún más compleja al momento de centrarnos en la CVRS, debido a que este término no está claramente definido y tiene su origen en la CV general, agregando al concepto la percepción del paciente referente a las intervenciones realizadas. Los dos constructos que desglosan la idea de percepción de CV, se pueden evaluar mediante tres dominios principales que se procesan simultáneamente para llegar a un juicio global de su CV. Estos tres dominios son los más comunes dentro de la revisión bibliográfica del tema, y corresponden a la salud mental, el funcionamiento físico y el funcionamiento social, de los cuales se destacan los dos primeros, debido a que se indica dentro de la revisión que el área social en la medida que afecta a uno de los otros dominios es la forma en que influye en la CV. De esta manera los dos constructos de la CV que se ven inducidos o influenciados por los dominios, se debiesen evaluar por separado, ya que si las personas lo perciben en su mente de esa manera, el patrón de relación dominios-constructo será diferente en cada caso. De este supuesto, se desprende que los resultados del estudio indiquen que el efecto total de la salud mental en la CV supere al efecto producido en la percepción del estado de salud, en cambio, los efectos directos del funcionamiento físico están medidos por su gran influencia en la percepción de salud. Es decir, en el contexto de las enfermedades crónicas, la CV se considera una valoración subjetiva de la vida actual, basada principalmente en el funcionamiento psicológico y en menor grado, en el funcionamiento físico. De acuerdo a esta teoría, la correcta forma de abarcar la CV es incluyendo dentro de la evaluación ambos constructos en un mismo instrumento, lo que es realmente complejo, ya que la

visión de cada herramienta siempre irá dirigida en mayor medida a uno de los grandes conceptos.



Conforme a esta teoría se rescatan dos formas de establecer relación entre las variables independientes del estudio que son funcionalidad familiar, apoyo familiar, tipo de estructura familiar, etapa del ciclo vital familiar y número de integrantes de la familia con la CVRS. La primera asociación se establece al situar las variables familiares dentro del

dominio social, que influenciaría a la CVRS en medida de su efecto sobre el dominio físico y mental. Y la segunda forma de generar una relación es identificando que los instrumentos a utilizar para las variables familiares abarcan mayormente el área psicológica, por ende, de acuerdo a los fundamentos de la teoría se verá influenciado en mayor medida el constructo CV que la percepción del estado de salud (61).

I.6 Marco empírico

Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá.

Muñoz y cols. 2014 (13).

Estudio de tipo transversal realizado en Bogotá, Colombia, aplicado a 153 individuos diabéticos tipo 2, en control en dos hospitales de la red pública de Bogotá, con el objetivo de identificar los factores correlacionados con su nivel de CVRS, medida con el instrumento SF-8, y el apoyo social medido con el cuestionario Chronic Illness Resources Survey (CIRS). La muestra estaba constituida en un 69.93% por mujeres, la media de edad fue de 62.76 años, escolaridad de 1 a 5 años para el 66.67% del total de la población, el 67.97% reportó desempeñar oficios del hogar como actividad principal. El puntaje global físico (Promedio= 41.4, DE=8.5) fue menor que el global mental (46.5 DE=7.3). Respecto a los dominios, la vitalidad obtuvo el mayor promedio con un valor de 48.6 (DE=7.2) y el rol físico el menor promedio con un 41.2 (DE=8.6). Haciendo alusión a los factores correlacionados con la CVRS, se obtuvo que la CV en esta dimensión es menor para las personas amas de casa o discapacitados (6.74 puntos menos); y es mayor en personas que no cuentan con apoyo de amigos o familiar para realizar actividad física (5.71 puntos más). En la dimensión mental, se obtuvo menor CVRS en personas de 36 a 44 años (4.51 puntos menos); amas de casa o discapacitados (2.33 puntos menos); y mayor para quienes no cuentan con apoyo para realizar actividad física (2.58 puntos más), por lo tanto, los factores correlacionados a una menor CVRS fueron ocupación, apoyo social, actividad física y consumo de grasas; dentro de la escala mental fueron, edad, ocupación, apoyo social y consumo de cigarrillos. Se concluye que los pacientes con DM2 tienen mala CVRS.

Variables asociadas a buena calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética.

Oropeza y cols. 2010 (62).

Estudio de tipo transversal, realizado en México, donde se incluyeron 95 personas con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética, con el objetivo de identificar variables demográficas, socioeconómicas, físicas y familiares significativamente asociadas a buena CVRS. La CVRS se midió con el SF-36, incluido en una encuesta escrita que a su vez registraba datos familiares, valores de laboratorio, variables sociodemográficas y somatométricas, el estrato socioeconómico se midió con la escala Graffar-Méndez-Castellanos de, la funcionalidad familiar con escala APGAR y apoyo social con escala Zung de depresión y escala Medical Outcomes Study (MOS). La puntuación del SF-36 fue de 104.53 que determina buena CVRS en 62.1% de los pacientes y mala CVRS en el 37.9%; funcionalidad familiar adecuada (66.3%) y apoyo social adecuado (81.9%). Se concluye que existen nuevas variables que estarían estrechamente relacionadas con la CV, como la funcionalidad familiar y el apoyo social; sin embargo, se demuestra que no hay relación significativa con variables como peso, edad y otras.

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali.

López LF. y cols. 2013 (63).

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, realizado en Colombia, con una muestra de 30 pacientes con DM2, extraída de la base de datos de un hospital de la ciudad de Cali, Colombia; con el objetivo de determinar la CVRS de los pacientes con DM2 con la escala genérica EQ-5D, determinar la percepción del estado de salud con la Escala Visual Análoga (EVA) y caracterizar la muestra con cuestionario sociodemográfico/clínico. Del total de la muestra, 26 individuos (87%) eran mujeres; edad promedio de 64.4 años; con un nivel de escolaridad de primaria incompleta (60%), ocupación dueña de casa (73%), más de un tercio de la población (37%) se encuentra en la categoría mayor a 10 años de evolución de la enfermedad y cuentan en su mayoría con apoyo familiar (60%). De la escala EQ-5D, los dominios más afectados de la CVRS fueron: Angustia/Depresión (30%), seguido por Dolor/Malestar (27%); los dominios que tenían una repercusión positiva para CVRS de la persona, fueron: cuidados personales (75%), actividades cotidianas (57%) y movilidad (53%). Respecto a la CVRS se observa que el 57% tiene una buena CVRS y el 43% con una mala CVRS. Referente al estado de salud percibido se evidenció un 75% con percepción favorable y un 25% con una percepción negativa. Todo esto, evidencia el impacto que tiene la enfermedad crónica sobre la CVRS de los pacientes, que con el pasar de los años se acentúa, deteriorando irremediabilmente cada uno de los componentes de la CV.

Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2.

Urzúa A. y cols. 2011 (64).

Estudio de tipo transversal, diseño no experimental, realizada en Chile, en personas con DM2, tiempo de evolución superior a 1 año, pertenecientes al plan crónico de los consultorios de la ciudad de Antofagasta, con el objetivo de evaluar factores relacionados con el autoreporte de la CVRS en diabéticos, de conocer la percepción de CVRS del adulto con DM2 medido con Diabetes Quality of life (DQOL); de identificar los factores que influyen en la CVRS de diabéticos y determinar los dominios que son más afectados por esta enfermedad. La muestra constituida en un 68% por mujeres, media de edad 63.1 años y tiempo promedio de diagnóstico de la enfermedad 8,7 años. Respecto a la CVRS, el dominio peor evaluado fue la preocupación por efectos futuros de la DM2, seguido por la satisfacción y el impacto de la DM2; y el mejor evaluado fue preocupación por aspectos sociales y vocacionales. En tres de los cuatro dominios de la CVRS, las mujeres percibían una peor CVRS que los hombres. Al cruzar datos sociodemográficos y los dominios de CVRS, las mujeres correlacionan significativamente los dominios de impacto del tratamiento ($r = 0.171$, $p < 0.05$) y CV total ($r = 0.143$, $p < 0.05$), y el número de personas que viven con el paciente, donde a mayor cantidad de personas, menor CV percibida. Al cruzar las variables biomédicas con la CVRS, se encontró que para el sexo femenino hay correlación entre los años de diagnóstico, es decir, a mayor cantidad de años, menor es la CVRS.

How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care.

Aliny de Lima Santos; Sonia Silva Marcon. 2014 (65).

Estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo; realizado en Brasil, en 26 personas con DM2, que asistieran al menos 1 vez a uno de los encuentros educativos de los “Círculos de cultura”, que formen parte de Asociación de diabéticos de Maringá (ADIM). Muestra compuesta por 9 mujeres y 17 hombres, entre 38 y 83 años. En los resultados, destacaron ciertos temas, divididos en las siguientes estructuras temáticas: reconocer la importancia de la familia en el cuidado de la DM2, responsabilizar a la familia por la no adherencia a prácticas saludables y recibir ganancias secundarias de la enfermedad. Que exista un integrante del grupo familiar con DM2 promueve una relación más cercana entre los miembros de ésta, lo que es de vital importancia para las personas que padecen DM2, ya que lo consideran una fuente de apoyo y los estimula a tener una buena adherencia a sus tratamientos, realizando con mayor facilidad los cambios necesarios para el control de la patología; además, el apoyo e incentivo son aún más eficientes cuando el grupo familiar conoce y entiende la enfermedad. Contrario a esto, cuando la familia se encuentra ausente, la motivación de los pacientes se ve disminuida ya que se sienten tristes porque nadie cuida de ellos o no tienen con quién compartir los problemas acarreados por la enfermedad.

Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares.

Alcaíno Díaz y cols. 2014 (66).

Estudio de diseño no experimental, tipo correlacional y corte transversal, realizado en Chile, en 90 personas con DM2, inscritos en el PSCV de un CESFAM en Chillán, con el objetivo de relacionar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la DM2 y los factores familiares de los adultos mayores de un CESFAM. La muestra fue de 55 adultos mayores, y se les aplicó la encuesta sociodemográfica (ESD), creada por los investigadores, el APGAR familiar, la escala de apoyo social percibido de Zimet para DM2, y el cuestionario de Morisky-Green. El promedio de edad fue de 69 años; el 58.18% pertenecía al sexo femenino y el 41.82% al masculino; un 63.63% indicó tener pareja y un 36.36% estar sin pareja actualmente.

Respecto a la etapa del ciclo vital familiar, la mayor parte están en la etapa de estabilización de la familia y salida de los hijos en un 40% y en la etapa de nido vacío con un 43.64%. Al analizar el cumplimiento del tratamiento según la estructura familiar, se aprecia que los participantes con estructura nuclear monoparental más biparental son en mayor porcentaje incumplidores; en cambio, en la familia extensa o compuesta se encuentra la mayor cantidad de cumplidores. Al estratificar por condición de pareja y sexo, cumplimiento del tratamiento y disfunción familiar, se observa que los cumplidores de sexo masculino tienen una familia clasificada como funcional y cuentan además, con una pareja. El cumplimiento del tratamiento según el apoyo social arroja que el 40.74% de los usuarios que cumplen y un 50% de los que no cumplen, se clasifican en el nivel de apoyo social medio.

Representaciones sociales de personas con diabetes respecto del apoyo familiar percibido en relación al tratamiento.

Dos Santos y cols. 2011 (67).

Estudio descriptivo exploratorio de tipo cualitativo, realizado en la Universidad de Sao Paulo, Brasil; en 41 personas con DM2, 30 mujeres y 11 hombres, cuyas edades variaron entre 32 y 80 años. Los resultados de las entrevistas fueron divididas en tres categorías predominantes: el apoyo familiar está presente en la vida diaria de la persona con DM2, la familia no siempre apoya a la persona con DM2, la propia persona con DM2 asume la responsabilidad de despertar el apoyo familiar. Se sugiere profundizar la investigación acerca del apoyo familiar en el paciente con DM2 debido a la gran importancia que se evidenció.

Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento.

Susana C. Azollini y cols. 2011 (23).

Estudio de tipo correlacional, enfoque descriptivo, realizado en Argentina, en 337 pacientes DM2, inscritos en consultorios de Buenos Aires, con el objetivo de analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con DM2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos. Se administraron cuestionarios de datos personales, de percepción de apoyo social familiar y laboral, y una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado. Un 57% eran mujeres, promedio de edad 59.47 años, promedio de años de diagnóstico 8.63 años, el 41.5% finalizó la escuela primaria, el 37.1% tenía estudios secundarios completos y el 20.2%, terciarios o universitarios completos o incompletos; el 71.7% recibe remuneración de distintas fuentes (jubilación, oficio, docentes, etc.) y el 18.6% no recibe remuneración, tales como dueñas de casa, desocupados, entre otros; el 74.8% expresó que su familia los apoya siempre, el 18.4% sentía que esto sucedía sólo a veces y el 6.8% consideró que nunca era apoyado. Quienes percibían que su familia nunca los apoyaba con el cuidado de su salud presentaron una media significativamente menor (13.38) de adhesión a los cuidados podológicos que quienes percibían que el apoyo era a veces (14.30) o siempre (14.50). Quienes percibían que su familia no los apoyaba nunca, presentaban una media inferior de adhesión al tratamiento (40.10) que los que sentían que siempre recibían ese apoyo (44.96); los que percibían que su figura de autoridad familiar era mucho menor (40.67) también presentaban una media inferior que quienes consideraban que era algo menor (48.05) y quienes tenían la sensación de que sus familiares siempre se fastidiaban por los cuidados que requería su enfermedad (38.50) evidenciaban un cumplimiento del tratamiento menor que quienes suponían que eso ocurría a veces (44.03) o nunca (44.53). Se concluye que la percepción de apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una

mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de DM2.

La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con diabetes mellitus tipo 2.

Guerreiro Viera de Silva y cols. 2012 (26).

Estudio de tipo exploratorio, con un enfoque descriptivo, realizado en Brasil, en 25 amas de casa con diagnóstico de DM2 hace más de dos años, con el objetivo de comprender sus experiencias con la patología. En los resultados, destaca un tema central “construyendo su identidad en el contexto de la familia” y tres categorías que lo respaldan, que corresponden a: diferencia de género, preocupaciones del día a día e incongruencia entre conocimiento y comportamiento relacionados al cuidado de la DM2; en la primera categoría se vuelve relevante entre las amas de casa la opinión de que existe gran diferencia entre la complejidad de sus vidas comparadas con la de los hombres, principalmente debido a que el ser madre y esposas es su foco central, el que moldea sus vidas, anteponiendo las necesidades de la familia sin importar que esté en desmedro su salud; la segunda categoría hace referencia a las situaciones que exigen atención especial de las mujeres; centradas en dos puntos: la seguridad y salud de sus familias, que sin una fuerza interna y apoyo social las desgasta de tal forma que interfiere con su cuidado de la enfermedad; finalmente, la tercera categoría evidencia que los cambios que las mujeres ejecutaron en su rutina diaria luego de ser diagnosticadas fue poco sustentable en el tiempo o incluso inexistente, la capacitación respecto al autocuidado surgía solo al presentarse complicaciones de la patología. Existe un dilema constante respecto a seguir la dieta prescrita o rechazarla, y respecto a la actividad física era considerada innecesaria tomando en cuenta la actividad diaria de cuidar del hogar.

Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México.

Cruz-Bello y cols. 2014 (68).

Estudio de diseño transversal, realizado en México, en 239 personas, con el objetivo de analizar la categoría género como factor de riesgo que favorece el autocuidado de personas con DM2, considerando sus características personales. Se aplicaron los cuestionarios “Factores contextuales y conceptuales que influyen en la presencia de diabetes”, “the diabetes know ledge questionnaire” y una escala para medir la CV extraída del instrumento The Quality of Life Scale (QOLS), escalas de creencias culturales, apoyo social percibido y barreras sociales. El 74.9% de la muestra fueron mujeres, promedio de edad 56.93 años; 72.3 % tenían pareja, 30.5 % no sabía leer ni escribir y 50.6 % sólo tenía estudios de primaria, 55.9% eran amas de casa, 11.3% estaban desempleados, y una media de ocho años como inicio del padecimiento para ambos géneros. En relación a la CV, las mujeres se manifestaron insatisfechas en los dominios conceptuales de relacionarse con otras personas, de participar en actividades comunitarias y cívicas y de desarrollo personal, además ellas percibieron menor apoyo social para enfrentar los retos de la vida, no identificaron gente con quien compartir sus actividades, no se sienten responsables de ayudar o ser necesitadas por otras personas; así como que padecer DM2 es cosa de suerte.

Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México.

Alejandra Rodríguez Torres y cols. 2014 (69).

Estudio de tipo cualitativo, realizado en Instituto Mexicano del Seguro Social en Chalco, Estado de México, en 10 pacientes diabéticos, 7 mujeres y 3 hombres y sus respectivos familiares, con el objetivo de interpretar y comparar el significado del apoyo familiar en pacientes que padecen DM desde la mirada del paciente y un familiar de éste. Primero se realizó una asociación libre de palabras donde el centro fue apoyo familiar, esto lo debieron hacer los pacientes y sus familiares. Luego de obtener todos los términos, se analizó el sistema de categorías mediante la frecuencia del ítem y su rango de asociación, tras obtener las categorías suficientes se procedió a realizar una entrevista construida en base a éstas. Esto fue realizado en los pacientes y en sus familiares de tal modo que luego se compararon ambos sociogramas. Los resultados de la primera fase arrojaron que el centro de los términos se encontraba relacionada con la esfera afectiva, aunque en la segunda etapa tras categorizar y analizar los argumentos, se aprecian diferencias entre la centralidad de los términos y de las frases, en conclusión los resultados de los familiares se encuentran más enlazados hacia la esfera de actividad, mientras que los resultados de los pacientes hacia la esfera afectiva; esto indica que necesitan de constante apoyo familiar para sobrellevar la patología crónica.

Factores familiares relacionados con control glicémico en pacientes diabéticos atendidos en la red de atención primaria de salud, Chillán-Chile

Bello y Cols 2014 (85)

Estudio de tipo cuantitativo transversal aplicado a una población de 91 usuarios con DM2 inscritos en el PSCV de un CESFAM de la comuna de Chillán, Chile. Se incluyeron pacientes entre 20 y 64 años que vivieran con una o más personas y con diagnóstico de DM2 desde hace un año o más, con el objetivo de determinar los principales factores familiares asociados al control glicémico de los pacientes diabéticos tipo 2. Fueron aplicados los cuestionarios APGAR familiar, para medir funcionalidad familiar y el cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2, para medir apoyo familiar. Además, se utilizó la “Ficha familiar” del CESFAM, como fuente de información para caracterizar a las familias respecto a su tipo de estructura, realizar un genograma e identificar su etapa del ciclo vital familiar. Del total de la muestra, un 60,44% fueron mujeres donde la edad promedio fue de una media de 51,77 años. Un 50,55% de los participantes pertenecían a una familia nuclear y el 43,96% se encontraban en la etapa de estabilización familiar. En torno a la funcionalidad familiar, un 89,01% de las familias, informaron estar insertos en familias altamente funcionales, mientras que un 54,95% informó un apoyo familiar medio. En este estudio, se observó una correlación significativa entre la escolaridad familiar y el nivel de apoyo familiar con el control glicémico en pacientes diabéticos, donde explica la importancia de considerar ambas variables a la hora de generar intervenciones familiares en pacientes diabéticos.

A pesar de no obtener significancia estadística, se menciona el considerar la etapa del ciclo vital familiar a la hora de realizar intervenciones.

I.7 Propósito de la Investigación.

Identificar la influencia de las características familiares en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de dueñas de casa con DM2, inscritas en CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos.

I.8 Objetivos generales y objetivos específicos.

Objetivo general:

Relacionar la funcionalidad familiar, el apoyo familiar, tipo de estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de dueñas de casa con DM2, inscritas en CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las dueñas de casa con DM2. (Edad, estado civil, nivel educacional, ocupación).
2. Identificar las características clínicas de las dueñas de casa con DM2. (Años de diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, comorbilidad).
3. Identificar el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2.
4. Identificar el tipo de estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia de las dueñas de casa con DM2.
5. Identificar el nivel de percepción de las dueñas de casa con DM2, frente al funcionamiento familiar.
6. Identificar el nivel de apoyo familiar de las dueñas de casa con DM2.
7. Determinar la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2 y su percepción de la funcionalidad familiar.

8. Determinar la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2 y el apoyo familiar.
9. Determinar la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2 y el tipo de estructura familiar.
10. Determinar la relación entre el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2 y la etapa del ciclo vital.
11. Determinar la relación entre el número de integrantes de la familia y el nivel de percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, de las dueñas de casa con DM2.

I.9 Hipótesis

- 1 La funcionalidad familiar se relaciona con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2.
 - 1.a. La funcionalidad familiar normal se relaciona con una percepción de un mejor estado de salud, respecto a su calidad de vida relacionada con salud.
- 2 El apoyo familiar se relaciona con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las dueñas de casa con DM2.
 - 2.a. El apoyo familiar alto se relaciona con una percepción de un mejor estado de salud, respecto a su calidad de vida relacionada con salud.

II. Métodos

I.10 Tipo de diseño

Observacional, analítico, correlacional, transversal.

I.11 Población en estudio

Está constituida por 268 dueñas de casa entre 18 y 64 años, diagnosticadas con DM2 hace un año o más, inscritas en PSCV del CESFAM Dr. José Durán Trujillo de San Carlos hasta el mes de marzo del 2016 (SOME de CESFAM Dr. José Durán Trujillo).

I.12 Muestra

Se calculó una muestra considerando un 95% de nivel de confianza, un coeficiente de correlación de 0.3 de acuerdo al estudio publicado por García-Solano (53) y un poder estadístico del 80% (13). La expresión matemática utilizada fue:

$$n \geq \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \frac{n*1+r}{1-r}} \right)^2 + 3 \quad ; \text{ reemplazando, se tiene que } \quad n \geq \left(\frac{1.96+1.282}{\frac{1}{2} \frac{1*1+0,30}{1-0,30}} \right)^2 + 3 \approx 113 .$$

Los autores del estudio consideraron un 15% de ajuste a posibles pérdidas. La expresión

que sirve para ajustar la muestra a potenciales pérdidas es $n \geq \frac{n'}{1-L}$; donde n'

corresponde al tamaño de muestra sin ajuste a pérdidas y L es igual al porcentaje de

pérdida estimado por los autores del trabajo, que en este caso fue de $L=0.15$.

Reemplazando, se tiene que:
$$n \geq \frac{113}{1-0.15} \approx 133$$

Del listado de todas las mujeres elegibles, se seleccionó la cantidad calculada con el uso de un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple.

I.13 Unidad de análisis

Dueña de casa entre 18 y 64 años, diagnosticada con DM2 hace un año o más, inscrita en PSCV del CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos.

I.14 Criterios de elegibilidad

-Inclusión:

- Estar inscrita en PCVS del CESFAM Dr. José Durán Trujillo.
- Ser dueña de casa.
- Tener entre 18 y 64 años.
- Padeecer DM2 diagnosticada hace un año o más.
- Desear participar.

-Exclusión:

- Hipoacusia moderada a severa, sin implementación auditiva.
- Pérdida parcial o completa de la visión
- Analfabetismo.
- Problemas cognitivos, tales como afasia, disartria, demencias (subcorticales, vascular, tipo alzheimer, cuerpos lewy, frontotemporal) y enfermedad de parkinson.

I.15 Listado de variables (Disponible en Anexo 1)

-Dependiente: Calidad de vida relacionada con la salud.

-Independiente: Funcionalidad familiar, apoyo familiar, tipo de estructura familiar, etapa del ciclo vital familiar, número de integrantes de la familia.

-Co-variables: Edad, estado civil, nivel educacional, ocupación, años de diagnóstico de la DM2, comorbilidad.

I.16 Descripción del instrumento recolector

Ficha de caracterización sociodemográfica y clínica.

Instrumento creado por los investigadores para caracterizar a las participantes del estudio. Está compuesto por 6 preguntas de respuestas abierta y cerrada, dividido en dos partes. La primera considera aspectos sociodemográficos de la paciente e incluye: Edad del paciente, Estado civil, Nivel educacional y Ocupación.

La segunda parte contempla dos preguntas clínicas: Años de diagnóstico de la enfermedad (mayor a 1, de 2 a 5 años, 6 a 10 años, más de 11 años) y Comorbilidad (hipertensión, dislipidemia, otros). El instrumento está disponible en el Anexo 2.

Ficha de caracterización familiar.

Instrumento creado por los investigadores, con el objeto de caracterizar a la familia del participante. Cuenta con 3 preguntas: Tipo de estructura familiar, Etapa del ciclo vital familiar y Número de integrantes de la familia. El instrumento está disponible en el Anexo 3.

Cuestionario SF-36.

Cuestionario elaborado por Ware y Sherbourne, en EEUU, en el año 1992, diseñado para medir la CVRS (71), cuya aplicación debe realizarse a poblaciones adultas, mayores de 14 años (70).

Esta encuesta presenta un set de 36 preguntas reunidas en 8 dimensiones (71): Función física (10 preguntas), Rol físico (4 preguntas), Dolor corporal (2 preguntas), Salud general (5

preguntas), Vitalidad (4 preguntas), Función social (2 preguntas), Rol emocional (3 preguntas) y Salud mental (5 preguntas). El cuestionario contiene 7 ítems de respuesta inversa, contemplados en las siguientes dimensiones: Salud General (ítem 8,11b y 11d), Vitalidad (ítem 9a y 9e), Función Social (ítem 6) y Salud Mental (ítem 9d y 9h) (71)

Para el ítem 1, perteneciente a la escala de Dolor Corporal (DC) y para el ítem 7 y 8 de la dimensión referente a Salud General (SG), el instructivo de la escala realizado por Waree y cols. indica que es necesario un proceso de recalibración, el cual consiste en transformar los valores originales de los ítems a una puntuación que se presenta en las tablas 1, 2 y 3 (71). Esta recalibración de puntajes persigue corregir la puntuación original para asumir una relación lineal entre la valoración de estos tres ítems y el concepto subyacente de salud definido por ambas dimensiones (DC y SG), situación fundamental que debe ser satisfecha en toda escala de medición (71).

En el caso del ítem 8, solo se le aplica este criterio de recalibración cuando no se haya contestado el ítem 7. En caso de haber contestado el ítem 7, el ítem 8 se puntúa a la inversa, de acuerdo a las condiciones expresadas en la tabla 1.

Tabla 1. Recalibración de la puntuación para el ítem 8

Puntuación para el ítem 8, si ambos ítems 7 y 8 están contestados				
Opción de respuesta	Si el valor precodificado de ítem 8	Y el valor precodificado del ítem 7	El valor final del ítem 8 será	
Nada	1	1	6	
Nada	1	2 a 6	5	
Un poco	2	1 a 6	4	
Regular	3	1 a 6	3	
Bastante	4	1 a 6	2	
Mucho	5	1 a 6	1	

Puntuación para el ítem 8, si el ítem 7 no ha sido contestado		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final o recalibrado
Nada	1	6.0
Un poco	2	4.75
Regular	3	3.5

Bastante	4	2.25
Mucho	5	1.0

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000

La recalibración para el ítem 1 se presenta a continuación:

Tabla 2. Valores precodificados y finales del ítem 1

Ítem 1	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final o recalibrado
	Excelente	1	5.0
	MuyBuena	2	4.4
	Buena	3	3.4
	Regular	4	2.0
	Mala	5	1.0

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000

La recalibración del ítem 7 se efectúa siguiendo lo indicado en la tabla 3.

Tabla 3. Valores precodificados y finales del ítem 7

Ítem 7	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final o recalibrado
	No, ninguno	1	6.0
	Sí, muy poco	2	5.4
	Sí, un poco	3	4.2
	Sí, moderado	4	3.1
	Sí, mucho	5	2.2
	Sí, muchísimo	6	1.0

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000

El cuestionario debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica (72).

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición, el cual no se utiliza para el cálculo del puntaje total, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36 V2 (73).

Según lo planteado por Ware y cols., la puntuación del instrumento se debe realizar en dos pasos. El primero es el cálculo de la puntuación cruda, que consiste en una sumatoria algebraica simple de las respuestas para todos los ítems de cada dimensión del

cuestionario, por separado, obteniendo sus puntuaciones crudas. La tabla 4 presenta los reactivos que se suman para formar las ocho dimensiones del SF-36.

Tabla 4. Estímulos incluidos en las dimensiones de SF-36

Dimensión	Suma final de los valores de los ítems
Función física	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j
Rol físico	4a+4b+4c+4d
Dolor corporal	7+8
Salud general	1+11a+11b+11c+11d
Vitalidad	9a+9e+9g+9i
Función social	6+10
Rolemocional	5a+5b+5c
Salud mental	9b+9c+9d+9f+9h

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000

Para el ítem de Evolución Declarada de la Salud no se calculan las puntuaciones crudas ni transformadas. Las respuestas de este ítem se deben tratar como datos de nivel ordinal, y analizar el porcentaje de encuestados que escogen cada opción de respuesta.

Luego, el segundo paso corresponde a la transformación de las puntuaciones crudas de las dimensiones del instrumento en una escala de 0 a 100, donde 0 sería el valor más bajo posible o peor CV y 100 el puntaje más alto o mejor CV. Este paso se concreta mediante el uso de la fórmula expuesta a continuación.

$$Escala\ Transformada = \left[\frac{(Puntuación\ real\ cruda - Puntuación\ cruda\ mas\ baja\ posible)}{Máximo\ recorrido\ posible\ de\ la\ puntuación\ cruda} \right] \times 100$$

Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000

Donde, “puntuación real cruda” corresponde a la suma algebraica de todas las respuestas de los ítems de esa escala. La “puntuación cruda más baja posible” es el menor valor posible que resulta de la suma de todas las respuestas de los ítems de una determinada dimensión. El “máximo recorrido posible de la puntuación cruda”, corresponde al valor resultante de la sustracción entre la puntuación cruda más alta posible y la puntuación cruda más baja posible. Dado que el instrumento utilizado en este estudio es una versión adaptada del inglés al español y ajustada a población chilena, para transformar los datos crudos en valores estandarizados debe seguir las puntuaciones disponibles en la tabla 5.

Tabla 5. Valores para estandarizar las puntuaciones crudas del SF-36.

Dimensión	Tabla 5-A. Versión original en idioma inglés del SF-36 *		Tabla 5-B. Versión adaptada y ajustada a población chilena del SF-36 **	
	Puntuación cruda mínima y máxima	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda	Puntuación cruda mínima y máxima	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función física	10.30	20	10.30	20
Rol físico	4.8	4	4.20	16
Dolor corporal	2.12	10	2.12	10
Salud general	5.25	20	5.25	20
Vitalidad	4.24	20	4.20	16
Función social	2.10	8	2.10	8
Rolemocional	3.6	3	3.15	12
Salud mental	5.30	25	5.25	20

* Valores para estandarizar el puntaje bruto de la versión original en inglés del SF-36 (Fuente: Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000)

** Valores para estandarizar el puntaje bruto de la versión adaptada al español y ajustada a población chilena que se aplicó en este estudio

Fuente: Elaboración propia.

La adecuación al español del cuestionario SF-36 fue validada por Alonso y cols. (74), en el año 2004. El alfa de Cronbach fue superior a 0.7 en todas las dimensiones (rango de 0.71 a 0.94), excepto en la dimensión de relación social ($\alpha = 0.45$). Los coeficientes de correlación entre las dos administraciones del cuestionario tuvieron un recorrido de 0.58 a 0.99. Se adaptó sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena por Olivares (73) en el año 2005, donde se tomaron 4.341 encuestas contestadas en su totalidad. La fiabilidad de las escalas, medida a través de la consistencia interna, fue estimada usando el coeficiente alfa de Cronbach (de 0.76 a 0.92) y la correlación entre escalas, con el coeficiente de Pearson. La consistencia interna de las preguntas, fue evaluada con las correlaciones entre las preguntas y sus hipotéticas escalas. La fiabilidad discriminante de las preguntas, se evaluó con las correlaciones entre preguntas y las otras escalas, teniendo como resultado que el test de consistencia interna de las escalas mostró un 100% de resultados sobre el estándar de correlación (0.4) recomendado por el Manual de SF-36. El test de validez discriminante de las preguntas estuvo sobre el 90% de resultados exitosos en 7 de las 8 escalas. Por tanto, el análisis psicométrico de los resultados de la encuesta SF-36 V2 realizados en el estudio de Olivares (73), comprueba la validez y fiabilidad del instrumento adaptado a la realidad nacional. El instrumento está disponible en el Anexo 4.

Cuestionario APGAR Familiar.

Cuestionario elaborado por el Dr. Gabriel Smilkestein, en E.E.U.U en el año 1978 (75). El cuestionario fue diseñado de tal manera que fuera útil en la atención primaria para evaluar la funcionalidad familiar, bajo la premisa de evaluar la percepción de una persona acerca del funcionamiento familiar en un momento determinado (76). Este cuestionario contiene cinco preguntas con tres opciones de respuesta y evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimiento, Afecto, Resolución. Este cuestionario además, fue validado el año 1987 por Madaleno y cols., mediante la aplicación de dicho instrumento en una muestra de 469 jóvenes. En este estudio, se evaluó la validez interna del instrumento mediante la técnica de las dos mitades, en donde

se obtuvo un coeficiente de correlación entre 0.52 y 0.87 con un $p < 0.01$. Además, se evaluó la validez por congruencia de este instrumento, al compararlo con los ítems de problemas familiares, padre bebedor problema y problemas de salud mental en el adolescente, donde también se obtuvo una correlación positiva con un $p < 0.01$, evaluados con coeficiente de Pearson (76). La adaptación latinoamericana de este instrumento, fue realizada por Arias y Smilkestein el año 1991, citado por Arias y Herrera (77). Esta versión, plantea que el cuestionario debe ser auto administrado y consta de cinco preguntas para evaluar la funcionalidad familiar, medidas bajo cinco opciones de respuesta que otorgan un puntaje entre 0 y 4 puntos: Nunca (0 puntos), Casi nunca (1 punto), Algunas veces (2 puntos), Casi siempre (3 puntos), Siempre (4 puntos). Esta adaptación, integra además dos preguntas acerca del soporte de amigos las cuales deben ser calculados por separado e indican el nivel de soporte de amigos en la persona, lo que para este estudio no fue considerado, tal como lo sugiere Arias y Herrera (77). Para evaluar los resultados, se consideraron los siguientes rangos que plantea: Funcionalidad familiar normal (18 a 20 puntos), Disfunción familiar leve (14 a 17 puntos), Disfunción familiar moderada (10 a 13 puntos), Disfunción familiar severa (menor o igual a 9 puntos) (77). Ésta fue la versión utilizada en la investigación, considerando solo las preguntas para evaluar la funcionalidad familiar. Con un alfa de Cronbach de 0,881, calculado por los investigadores de éste estudio. El instrumento está disponible en el Anexo 5.

Cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2.

Cuestionario elaborado por Valadez Figueroa y cols. en México, el año 2003 (25), diseñado con el objetivo de evaluar el apoyo familiar en diabéticos tipo 2, aplicado a un familiar directo del paciente. El cuestionario considera cuatro dimensiones: conocimiento sobre medidas de control; conocimiento sobre complicaciones; actitudes hacia el enfermo; actitudes hacia las medidas de control, que dan un total de 24 ítems correspondientes a 51 preguntas, evaluadas bajo cinco opciones de respuesta que otorgan un puntaje de 5 a 1 puntos: A: siempre; B: casi siempre; C: ocasionalmente; D: rara vez; E: nunca, en donde las

preguntas 4.1, 4.4, 5.1, 8.2, 8.4, 8.5, 11.4, 11.5, 19.4, 22.1, 22.2 y 22.3 se les otorga un puntaje invertido, es decir que van de 1 a 5 puntos (según alternativas A, B, C, D y E), dando una puntuación máxima o mínima (25). La puntuación máxima corresponde al número de preguntas multiplicado por la puntuación mayor en cada alternativa de respuesta; de igual forma, la puntuación menor corresponde al número de preguntas multiplicado por la puntuación menor en las alternativas de respuestas. El apoyo familiar se clasifica en categorías: alto (entre 188 y 255 puntos), medio (entre 120 y 187 puntos) y bajo (entre 51 y 119 puntos). Los rangos para cada categoría se determinaron en base al intervalo, que corresponde a 68, valor calculado mediante la sustracción del puntaje máximo, de 255 puntos, y el puntaje mínimo, 51 puntos (25).

Este instrumento ha sido sometido previamente a validez por contenido y validez discriminante, con puntuaciones estadísticamente diferentes de acuerdo a años de diagnóstico de la diabetes mellitus en tres de sus cuatro constructos. Además, cuenta con una consistencia interna $\alpha=0.93$ (25). El instrumento está disponible en el Anexo 6.

PRUEBA PILOTO

El cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2 no presenta información científica de la validez y fiabilidad en Chile, por lo que se realizó una prueba piloto previa recolección de datos, para verificar la comprensión léxico-contextual del instrumento. El pilotaje se aplicó el 7 y 8 de abril del año 2016, a 11 familiares que conviven con dueñas de casa con DM2 inscritas en PSCV de distintos CESFAM de la ciudad de Chillán.

Se solicitó a los participantes contestar el cuestionario y luego acotar sugerencias o dudas en su redacción, de acuerdo a esto, se realizaron los ajustes necesarios. Las modificaciones realizadas, según las sugerencias de los participantes de la prueba piloto son:

- Se modificó el formato general del cuestionario, para lograr un orden más comprensible al lector.
- Pregunta N° 2:

- ORIGINAL: ¿El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre?
AJUSTADA: En casa, ¿el diabético debe medir el azúcar en sangre?
- Pregunta N° 10:
ORIGINAL: Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético
AJUSTADA: ¿Considera que es problema preparar la comida de su familiar diabético?
 - Pregunta N° 15:
ORIGINAL: ¿El ejercicio físico baja la azúcar?
AJUSTADA: ¿El ejercicio baja el azúcar en sangre?
 - Pregunta N° 16:
ORIGINAL: ¿A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar?
AJUSTADA: A los enfermos diabéticos, ¿puede bajárseles el azúcar en sangre?
 - Pregunta N° 17:
ORIGINAL: ¿La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos?
AJUSTADA: El azúcar en sangre, ¿debe medirse antes de los alimentos?
 - Pregunta N° 21:
ORIGINAL: ¿Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar?
AJUSTADA: ¿Conversa con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar?
 - Pregunta N° 22.1:
ORIGINAL: ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento? Tes
AJUSTADA: ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento? ¿Agua de Hierbas?

El cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2 ajustado según las sugerencias, está disponible en Anexo 7.

I.17 Procedimiento para recolección de datos.

Se asistió al CESFAM Dr. José Durán Trujillo, los días 25 y 26 de abril, del 2016, para recabar la información personal requerida de todas aquellas mujeres que sean dueñas de casa, entre 18 y 64 años, con DM2 diagnosticada hace un año o más, inscritas en el PSCV del CESFAM, mediante la revisión de tarjetones.

Se realizó contacto telefónico con quienes figuraron con ocupación de dueña de casa. El entrevistador se presentó, dio a conocer propósito de la investigación y consultó si el individuo deseaba participar del estudio.

En caso de no figurar ocupación en tarjetones, se verificó a través de este llamado. Si efectivamente cumplió con los criterios de inclusión, se procedió de igual forma que el punto anterior. De no cumplir con los criterios de elegibilidad, se completó información faltante en tarjetón y se finalizó la llamada.

Al confirmar que cumple criterios se acordó un horario y fecha adecuada para la realización de la visita domiciliaria, se despidió y se finalizó la llamada. Si al momento de realizar la llamada la paciente no contestó, se intentó un máximo de tres veces. En caso de que no haya atendido, se descartó a la paciente de la muestra. Cabe destacar que las visitas domiciliarias fueron establecidas entre el 28 de abril y el 13 de mayo, del año 2016.

Durante la entrevista se realizó la presentación formal de los autores de la investigación y se volvió a explicar el propósito de manera más extensa, aclarando las dudas que fueron surgiendo. En seguida se hizo entrega del consentimiento informado, junto a su correspondiente lectura y explicación en voz alta. El consentimiento está disponible en el Anexo 8.

Luego, se entregaron los instrumentos a la dueña de casa, para medir cada variable del estudio, los que se efectuaron en el siguiente orden: Ficha de caracterización sociodemográfica y clínica, Caracterización familiar, Cuestionario SF-36, APGAR familiar.

Además, se le entregó para su auto aplicación, el cuestionario de apoyo familiar en diabéticos tipo 2 a un familiar de la dueña de casa. Al finalizar el proceso, se verificó que todos los cuestionarios estuvieran contestados en su totalidad, se dieron los agradecimientos respectivos y se informó a las entrevistadas que podrán tener acceso a los resultados obtenidos de la investigación.

I.18 Aspectos éticos

Para llevar a cabo este estudio, primeramente se pidió la aprobación de las autoridades del CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos. La carta de autorización está disponible en el Anexo 9, esto con el respaldo de la Dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Esta investigación y sus aspectos ético legales se rigieron según La ley N° 20.120 de Chile (78), que se refiere a la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana, según la Declaración de Helsinki (79), para la autorregulación en el control ético de investigaciones con seres humanos y también por la ley 20.584 de Chile artículo 14 (80), que se refiere a los derechos y deberes de las personas en Atención de Salud.

Se entregó a cada paciente el consentimiento informado, disponible en el Anexo 8, donde se consideró:

- Solicitud de firma del documento a la dueña de casa diabética y al familiar para su participación en el estudio.
- Garantizar confidencialidad de la información entregada por la participante y su familiar.
- La participante puede abandonar el estudio cuando lo desee, ya que tiene carácter voluntario y a la vez no remunerado.

I.19 Procesamiento de datos

Se utilizaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) para describir variables de tipo cualitativas. Luego, la CVRS se describió con media aritmética y desviación típica. Para el puntaje global, se adicionaron medidas de resumen de dispersión (valores percentilares) y el coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach.

Al evaluar potenciales diferencias de puntajes de los constructos del CVRS según las características familiares, se evaluó con las pruebas de Mann-Whitney (comparación de dos grupos) y Kruskal-Wallis (cuando se desean comparar tres o más grupos). Se aplicaron estas pruebas porque en todos los constructos del CVRS al menos en un grupo de comparación hubo datos que no pertenecieron a una distribución normal, evaluado con la prueba de Shapiro-Wilk.

Con el objetivo de correlacionar variables familiares de las mujeres evaluadas y puntajes de CVRS en sus ocho constructos, se aplicó el coeficiente Rho de Spearman para variables ordinales sin distribución normal. Luego, cuando la variable independiente fue nominal, se utilizó el coeficiente de Eta. Para ambos coeficientes, valores entre 0-0.49 la correlación es débil, entre 0.50-0.69, moderada, y entre 0.70-1.0, fuerte. El nivel de significación fue de $\alpha=0.05$ (81).

Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS, versión 15.

III. Resultados

I.20

Se estudió una muestra de 133 mujeres dueñas de casa diagnosticadas con DM2, inscritas en el CESFAM Dr. José Duran Trujillo de la comuna de San Carlos. La tabla 1 muestra que el 74.4% presentó una edad entre 50 y 64 años; el 68.4% refirió estar casada; el 66.2% mencionó tener educación básica; y el 72.9% refirió no tener ocupación remunerada.

Tabla 1. Distribución de la población según características sociodemográficas (n= 133)

Características sociodemográficas	N	%
Edad (años)		
18-34	5	3.8
35-49	29	21.8
50-64	99	74.4
Estado civil		
Casada	91	68.4
Soltera	20	15.0
Viuda	9	6.8
Separada	10	7.5
Divorciada	3	2.3
Nivel educacional		
Sin estudios	6	4.5
Educación básica	88	66.2
Educación media	38	28.6
Educación técnica o superior	1	.7
Ocupación		
Remunerada	36	27.1
No remunerada	97	72.9

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 indica que el 42.8% de las mujeres refirió que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico varió entre 2 y 5 años. Luego, el 69.9% informó haber sido diagnosticada con hipertensión arterial, el 57.1% con dislipidemia, el 30.1% con artrosis, el 20.3% con hipotiroidismo, el 15% con asma, el 12% con depresión, el 6.8% con artritis, el 4.5% con gastritis y el 3% con EPOC.

Tabla 2. Distribución de los participantes del estudio según sus características clínicas (n=133).

Características clínicas	N	%
Años de diagnóstico (años)		
Mayor a 1	16	12.0
2-5	57	42.8
6-10	28	21.1
11 y más	32	24.1
Comorbilidad*		
Hipertensión	93	69.9
Dislipidemia	76	57.1
Hipotiroidismo	27	20.3
Artritis	9	6.8
Asma	20	15.0
Artrosis	40	30.1
Gastritis	6	4.5
Depresión	16	12.0
EPOC**	4	3.0

* Se consideró la frecuencia como el conteo de una variable independiente

** Enfermedad pulmonar obstructiva.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 se observa que el 40.6% de los individuos presentó un tipo de estructura familiar nuclear biparental, el 48.8% se encontró en etapa del ciclo vital familiar post parental y el 42.8% en un grupo familiar de 3 ó 4 integrantes.

Tabla 3. Distribución de los participantes según sus características familiares (n=133)

Características familiares	n	%
Tipo de estructura familiar		
Familia unipersonal	8	6.0
Familia nuclear simple	12	9.0
Familia nuclear monoparental	11	8.3
Familia nuclear biparental	54	40.6
Familia monoparental extendida	12	9.0
Familia biparental extendida	33	24.8
Familia reconstituida	3	2.3
Etapa del ciclo vital familiar(n= 129)*		
Formación de pareja	0	.0
Crianza inicial de los hijos	1	.8
Familia con hijos preescolares	0	.0
Familia con hijos escolares	9	7.0
Familia con hijos adolescentes	16	12.4
Familia como plataforma de lanzamiento	40	31.0
Familia post parental	63	48.8
Número de integrantes de la familia		
1-2	44	33.1
3-4	57	42.8
5-6	25	18.8
7 y más	7	5.3

*No se consideraron aquellos participantes que informaron vivir solo (a) (familia unipersonal), debido a que no hay etapa del ciclo vital que se adecue a este tipo de estructura familiar.

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 muestra que el puntaje obtenido a partir del cuestionario SF-36 presentó valores de consistencia interna que oscilaron entre 0.766 y 0.895. Las puntuaciones promedio de CVRS oscilan entre 38 y 67 puntos. El puntaje promedio más alto fue para la dimensión función social con 66.82 ± 32.49 . El puntaje más bajo fue para salud general con 38.64 ± 26.80 .

Tabla 4. Medidas de resumen de calidad de vida relacionada con la salud (n=133)

SF-36	Mínimo	P_{25}	P_{50}	P_{75}	Máximo	$\bar{x} \pm sd$	α
Función física	0	40	65	80	100	60.56 ± 25.84	0.895
Rol físico	0	31.25	62.5	87.50	100	59.68 ± 31.53	0.887
Dolor corporal	0	22	42	62	100	46.61 ± 30.72	0.841
Salud general	0	16	35	60	100	38.64 ± 26.80	0.766
Vitalidad	0	31.25	50	75	100	52.30 ± 26.69	0.858
Función social	0	50	75	100	100	66.82 ± 32.49	0.821
Rol emocional	0	50	66.66	100	100	66.16 ± 28.99	0.849
Salud mental	10	40	60	85	100	59.88 ± 27.00	0.878

P_{25} : Percentil 25; P_{50} : mediana; P_{75} : Percentil 75

$\bar{x} \pm sd$: media aritmética y desviación estándar

α : consistencia interna

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 indica que el 56.4% de la muestra presentó funcionalidad familiar normal, y el 72% apoyo familiar medio.

Tabla 5. Distribución de los participantes del estudio según la percepción frente al funcionamiento familiar y apoyo familiar.

Variables	n	%
Funcionalidad familiar		
Disfunción familiar severa	18	13.5
Disfunción familiar moderada	12	9.0
Disfunción familiar leve	28	21.1
Funcionalidad normal	75	56.4
Apoyo familiar		
Apoyo alto	35	28.0
Apoyo medio	90	72.0
Apoyo bajo	0	0

La tabla 6.1 muestra que la CVRS en relación al “dolor corporal” presentaron puntajes medios estadísticamente significativos según el número de integrantes de la familia ($p=0.016$), pero no se encontró una correlación lineal entre ambas variables ($\rho=0.018$).

Tabla 6.1. Nivel de relación entre características familiares y calidad de vida relacionada con la salud.

Características familiares	Función física	Rol físico	Dolor corporal
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$
Funcionalidad familiar	$\rho = 0.153$	$\rho = 0.222$	$\rho = 0.092$
	P = 0.239†	P = 0.085†	P = 0.300†
Disfunción familiar severa (n=18)	56.9 ± 25.3	47.2 ± 28.9	35.9 ± 27.3
Disfunción familiar moderada (n=12)	50.4 ± 16.8	52.1 ± 21.0	38.3 ± 23.7
Disfunción familiar leve (n=28)	59.6 ± 28.7	56.3 ± 35.2	54.0 ± 34.1
Funcionalidad normal (n=75)	63.4 ± 26.0	65.2 ± 31.4	47.8 ± 30.7
Apoyo familiar	$\eta = 0.025$	$\eta = 0.070$	$\eta = 0.062$
	P = 0.679‡	P = 0.460‡	P = 0.655‡
Apoyo alto (n=35)	61.7 ± 25.7	63.2 ± 29.6	49.6 ± 34.2
Apoyo medio (n=90)	60.3 ± 26.6	58.2 ± 33.2	45.4 ± 29.6
Tipo de estructura familiar*	$\eta = 0.173$	$\eta = 0.149$	$\eta = 0.161$
	P = 0.656†	P = 0.815†	P = 0.556†
Familia unipersonal (n=7)	58.8 ± 19.6	60.9 ± 19.7	47.0 ± 30.1
Familia nuclear simple (n=12)	57.1 ± 26.3	59.9 ± 28.0	45.5 ± 31.4
Familia nuclear monoparental (n=11)	55.9 ± 30.6	50.6 ± 44.2	42.0 ± 38.0
Familia nuclear biparental (n= 55)	64.9 ± 24.5	63.4 ± 31.7	51.4 ± 31.2
Familia monoparental extendida (n=12)	51.3 ± 30.0	50.0 ± 34.0	38.9 ± 15.4
Familia biparental extendida (n=33)	58.6 ± 26.1	58.3 ± 29.8	41.2 ± 31.6
Etapas del ciclo vital familiar**	$\rho = -0.009$	$\rho = -0.090$	$\rho = 0.078$
	P = 0.981†	P = 0.626†	P = 0.094†
Familia con hijos escolares (n=9)	58.3 ± 17.1	54.9 ± 33.3	65.8 ± 32.0
Familia con hijos adolescentes (n=16)	58.8 ± 25.6	52.0 ± 34.3	35.3 ± 28.4
Familia como plataforma de lanzamiento (n=40)	60.9 ± 26.6	56.9 ± 33.4	49.3 ± 32.2
Familia post parental (n=63)	60.3 ± 27.4	62.6 ± 29.8	44.0 ± 29.8
Nº de integrantes de la familia	$\rho = 0.000$	$\rho = 0.054$	$\rho = 0.018$
	P = 0.086†	P = 0.244†	P = 0.016†
1-2 (n=44)	58.5 ± 24.4	60.1 ± 29.4	44.1 ± 29.4
3-4 (n=57)	64.1 ± 26.6	63.3 ± 32.9	52.0 ± 31.6
5-6 (n=25)	52.2 ± 25.2	49.3 ± 30.4	32.8 ± 25.2
7 y más(n=7)	74.3 ± 24.6	65.2 ± 35.3	68.0 ± 32.9

* No se consideró al grupo con estructura familiar reconstituida por presentar sólo tres casos.

** No se consideraron los grupos en formación de pareja, crianza inicial de los hijos y familias con hijos preescolares, por presentar

menos de 3 casos.

ρ = Coeficiente Rho de Spearman; η = Coeficiente de Eta.

† Prueba de Kruskal-Wallis dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

‡ Prueba de Mann-Whitney de dos grupos independientes dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

La tabla 6.2 muestra que los puntajes de los constructos “función social” y “vitalidad” de la CVRS presentaron medias estadísticamente diferentes según la funcionalidad familiar de las mujeres evaluadas ($p=0.030$ y $p=0.041$, respectivamente). Ahora, al explorar si hubo una correlación entre funcionalidad familiar y función social, presentó un valor de 0.215. Luego, entre funcionalidad familiar y vitalidad, fue de 0.241.

Tabla 6.2 Nivel de relación entre características familiares y calidad de vida relacionada con la salud.

Características familiares	Salud General	Vitalidad	Función Social
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$
Funcionalidad familiar	$\rho = 0.209$	$\rho = 0.241$	$\rho = 0.215$
	P = 0.111†	P = 0.041†	P = 0.030†
Disfunción familiar severa (n=18)	28.7 ± 24.5	37.8 ± 29.3	45.8 ± 34.0
Disfunción familiar moderada (n=12)	28.5 ± 15.8	47.9 ± 24.5	69.8 ± 28.9
Disfunción familiar leve (n=28)	36.4 ± 24.0	49.1 ± 25.9	65.6 ± 32.4
Funcionalidad normal (n=75)	43.5 ± 28.8	57.7 ± 25.6	71.8 ± 31.2
Apoyo familiar	$\eta = 0.102$	$\eta = 0.057$	$\eta = 0.090$
	P = 0.231‡	P = 0.482‡	P = 0.331‡
Apoyo alto (n=35)	35.0 ± 27.9	55.2 ± 24.8	71.4 ± 32.3
Apoyo medio (n=90)	41.0 ± 26.2	51.8 ± 27.3	64.9 ± 33.3
Tipo de estructura familiar	$\eta = 0.198$	$\eta = 0.168$	$\eta = 0.214$
	P = 0.420†	P = 0.528†	P = 0.255†
Familia unipersonal (n=7)	28.1 ± 27.9	45.3 ± 29.6	68.8 ± 24.1
Familia nuclear simple (n=12)	36.5 ± 25.6	53.6 ± 23.0	74.0 ± 28.4
Familia nuclear monoparental (n=11)	40.9 ± 34.6	58.0 ± 31.1	63.6 ± 43.1
Familia nuclear biparental (n= 55)	43.7 ± 27.0	52.4 ± 26.6	70.8 ± 31.8
Familia monoparental extendida (n=12)	31.2 ± 22.6	41.1 ± 26.6	49.0 ± 29.4
Familia biparental extendida (n=33)	34.8 ± 24.0	55.5 ± 26.2	61.7 ± 33.1
Etapas del ciclo vital familiar	$\rho = -0.046$	$\rho = 0.003$	$\rho = 0.004$
	P = 0.542†	P = 0.640†	P = 0.824†
Familia con hijos escolares (n=9)	46.2 ± 26.7	59.7 ± 33.4	70.8 ± 37.0
Familia con hijos adolescentes (n=16)	36.3 ± 27.1	44.9 ± 24.7	62.5 ± 30.6
Familia como plataforma de lanzamiento (n=40)	34.5 ± 24.9	54.5 ± 26.5	65.0 ± 34.0
Familia post parental (n=63)	41.1 ± 27.8	51.4 ± 27.2	66.9 ± 32.3
Nº de integrantes de la familia	$\rho = 0.011$	$\rho = -0.007$	$\rho = 0.120$
	P = 0.572†	P = 0.151†	P = 0.073†
1-2 (n=44)	38.3 ± 28.0	48.2 ± 26.7	71.3 ± 29.4
3-4 (n=57)	41.2 ± 28.2	58.4 ± 24.9	68.6 ± 33.5
5-6 (n=25)	32.1 ± 21.8	45.0 ± 26.7	52.0 ± 33.2
7 y más (n=7)	43.7 ± 24.6	54.5 ± 35.1	76.8 ± 31.0

* No se consideró al grupo con estructura familiar reconstituida por presentar sólo tres casos.

** No se consideraron los grupos e formación de pareja, crianza inicial de los hijos y familias con hijos preescolares, por presentar

menos de 3 casos.

ρ = Coeficiente Rho de Spearman; η = Coeficiente de Eta.

† Prueba de Kruskal-Wallis dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

‡ Prueba de Mann-Whitney de dos grupos independientes dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

Respecto a los dos últimos constructos del CVRS (tabla 6.3), se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de “rol emocional” para etapa del ciclo vital familiar ($p=0.030$). Luego, los puntajes del constructo “salud mental” también fueron estadísticamente diferentes al compararlos con los grupos de funcionalidad familiar ($p=0.003$). Ahora, la correlación entre rol emocional y etapas del

ciclo vital no fue lineal, con $\rho=0.120$. Más adelante, entre funcionamiento familiar y salud mental, la correlación fue de 0.321.

Por último, en las tablas 6.1, 6.2 y 6.3, la CVRS para las dimensiones “función física”, “rol físico” y “salud general” no presentaron puntajes estadísticamente diferentes con ninguna característica familiar evaluada con esta muestra, ni presentaron correlaciones moderadas o fuertes.

Tabla 6.3 Nivel de relación entre características familiares y calidad de vida relacionada con la salud.

Características familiares	Rol Emocional	Salud Mental
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$
Funcionalidad familiar	$\rho = 0.199$	$\rho = 0.321$
	P = 0.142†	P = 0.003†
Disfunción familiar severa (n=18)	59.3 ± 26.6	45.0 ± 26.1
Disfunción familiar moderada (n=12)	61.1 ± 26.4	45.5 ± 22.0
Disfunción familiar leve (n=28)	59.8 ± 29.3	55.7 ± 28.2
Funcionalidad normal (n=75)	71.0 ± 29.4	67.0 ± 25.1
Apoyo familiar	$\eta = 0.004$	$\eta = 0.037$
	P = 0.874‡	P = 0.692‡
Apoyo alto (n=35)	66.9 ± 29.1	62.3 ± 26.7
Apoyo medio (n=90)	66.7 ± 29.7	60.1 ± 27.0
Tipo de estructura familiar	$\eta = 0.195$	$\eta = 0.257$
	P = 0.384†	P = 0.123†
Familia unipersonal (n=7)	57.3 ± 20.1	46.9 ± 28.9
Familia nuclear simple (n=12)	64.6 ± 24.1	60.4 ± 19.9
Familia nuclear monoparental (n=11)	60.6 ± 37.3	65.0 ± 26.5
Familia nuclear biparental (n= 55)	72.2 ± 29.5	64.4 ± 28.4
Familia monoparental extendida (n=12)	61.1 ± 28.7	42.9 ± 27.0
Familia biparental extendida (n=33)	61.1 ± 28.4	58.5 ± 25.1
Familia reconstituída (n=3)	83.3 ± 28.9	75.0 ± 21.8
Etapa del ciclo vital familiar	$\rho = -0.120$	$\rho = 0.089$
	P = 0.030†	P = 0.641†
Familia con hijos escolares (n=9)	51.9 ± 27.9	69.4 ± 27.4

Familia con hijos adolescentes (n=16)	51.6 ± 30.2	56.3 ± 31.6
Familia como plataforma de lanzamiento (n=40)	72.1 ± 29.3	60.9 ± 26.7
Familia post parental (n=63)	68.1 ± 27.3	57.7 ± 26.5
N° de integrantes de la familia	$\rho = 0.095$	$\rho = -0.014$
	$P = 0.463$†	$P = 0.422$†
1-2 (n=44)	68.6 ± 27.4	57.8 ± 25.0
3-4 (n=57)	68.6 ± 28.8	63.1 ± 27.9
5-6 (n=25)	57.0 ± 30.4	54.0 ± 28.2
7 y más(n=7)	64.3 ± 34.9	67.9 ± 27.7

* No se consideró al grupo con estructura familiar reconstituida por presentar sólo tres casos.

** No se consideraron los grupos e formación de pareja, crianza inicial de los hijos y familias con hijos preescolares, por presentar menos de 3 casos.

ρ = Coeficiente Rho de Spearman; η = Coeficiente de Eta.

† Prueba de Kruskal-Wallis dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

‡ Prueba de Mann-Whitney de dos grupos independientes dado que en al menos un grupo se encontró que los datos no pertenecen a una distribución normal medido por la prueba Shapiro- Wilk.

IV. Discusión

I.21

Este apartado analizó los resultados de 133 dueñas de casa inscritas en el CESFAM Dr. José Durán Trujillo, este estudio tuvo como objetivo relacionar la funcionalidad familiar, la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia con la percepción de calidad de vida relacionada con salud.

En relación a las características sociodemográficas, el rango de edad más frecuente fue entre 50 y 64 años (74.4%), resultados similares a los obtenidos en el estudio de Cruz-Bello (68) donde el 57.1% de las mujeres en estudio tuvieron entre 46 y 65 años, de igual forma Bello y cols. (85) informaron que el 79.12% de su población se encontró en el rango de 45 a 64 años. Otras investigaciones (13, 23, 26, 64, 65, 69, 83) analizaron la variable a través de promedios de edad, como el de Guerreiro y cols. (26) que señaló una edad media de amas de casa de 61 años, lo que coincide con el rango etario predominante en el presente estudio. Esto se sustenta en que la población chilena ha evidenciado un aumento significativo en la aparición de DM2 al incrementar la edad (10). Cabe destacar, que los autores chilenos Urzúa y cols. (64), en su análisis de la CVRS de 296 individuos con DM2, encontraron que en el sexo femenino, a mayor edad, mejor CV percibida, lo que pudiera ser considerado un factor protector para las pacientes del presente estudio.

De acuerdo a la variable estado civil, el 68.4 % de las mujeres eran casadas, semejante a la investigación de Guerreiro y cols (26) donde el 76% presentaba el mismo estado civil, asimismo, según lo obtenido en otros estudios (62,67, 69) como el de Muñoz y cols. (13) con el 49.3%. Esto podría deberse a que existe un mayor índice de personas que contraen matrimonio en etapas adultas de la vida. Un estudio revisado, (64) arrojó que el 54% de las mujeres vive con su pareja, pero no específicamente están casados.

Respecto al nivel educacional, 66.2% presentó educación básica, dato congruente con el 60% y el 50.6% de educación primaria obtenidos por López y cols. (63) y Cruz-Bello (68) respectivamente. También se midió el nivel educacional mediante años de estudio (13, 26,64), siendo en uno de ellos la media 9.06 años para las mujeres (64). Según Pace (82), la baja escolaridad influenciará el poco interés en los cuidados que requiere la patología, lo que de acuerdo a Cruz-Bello (68) citando a González y cols. conlleva a desarrollar diversas complicaciones.

Entre las mujeres predominó la ocupación no remunerada (72.9%), coincidiendo con los resultados de López-Alegría y Soarez De Lorenzi (56%) donde se analizó la CV de las participantes (83). Se optó por utilizar dicha clasificación puesto que la unidad de análisis contempló sólo a dueñas de casa, al igual que el estudio de Guerreiro y cols. (26), el cual consideró a 25 amas de casa brasileñas y analizó la perspectiva que tenían de su rol familiar y de la DM2. Otros estudios en su categorización de la ocupación incluyeron la opción ama de casa la que resultó predominante con valores por sobre el 50%, la que es considerada como no remunerada (13,62, 63, 68).

En relación a características clínicas, la más alta proporción (42.8%) de mujeres entrevistadas refirió que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico varió entre 2 a 5 años, lo que coincide con el estudio de Muñoz y cols. (13), donde el mayor porcentaje (34,6%) de sus participantes indicó padecer esta patología desde 2 a 4 años, sin embargo, otros estudios evidenciaron tener promedios mayores a 8 años de diagnóstico de la patología, planteamiento que difiere con nuestro resultado (26,83, 84), lo que puede deberse a que en éstos no se realizó una distribución por rangos, sino que se obtuvo la media aritmética de los datos, donde el valor obtenido se vio aumentado por la presencia de individuos que tuvieron cifras muy elevadas en esta categoría. Urzúa y cols. mencionaron que para las mujeres el aumento en la cantidad de años desde el diagnóstico, conlleva a una disminución de la CV, hecho que influenciaría la percepción de las dueñas de casa entrevistadas.

Se encontró que las participantes presentaron enfermedades adyacentes a la DM2, predominando HTA (69.9%), DLP (57.1%) y artrosis (30.1%), lo que se asemeja al estudio de Barrantes (84) donde el 72% padece HTA y el 40% DLP. Según Cruz-Bello (68), esto podría desarrollarse porque las mujeres en su etapa adulta presentan mayor índice de morbilidad, debido a que el rol social que desempeñan influye en su salud y suele generar problemas crónicos que limitan sus capacidades a largo plazo. Destacó en este estudio la gran cantidad de enfermedades reportadas por las participantes, lo que en opinión de los autores se podría deber a que las mujeres asisten con mayor frecuencia a los servicios de salud, esto posibilita la detección temprana de afecciones y registro verídico de su estado de salud.

Referente a características familiares, el tipo de estructura familiar más frecuente, fue el nuclear biparental con el 40.6% de la muestra, similar a lo encontrado por Bello y cols. (85), quienes registraron el 50.1% y por García-Solano (53) que halló el 49.1% de la población en la categoría mencionada. Bajo la perspectiva de los investigadores, esto puede ir ligado al gran porcentaje de mujeres casadas presentes en este estudio, condición civil que inserta a las participantes en el tipo de estructura familiar mencionado.

En cuanto a la etapa del ciclo vital, predominó la familia post parental (40.6%), coincidente con el estudio de Alcaíno (66) que mencionó al 43.64% en dicha etapa. Además, el estudio de Bello y cols. (85) obtuvo resultados en los cuales destacan las dos últimas etapas del ciclo vital (62.22%). Esto tiene estrecha relación con el rango etario y estado civil al que pertenecen las integrantes de nuestro estudio, debido a que la situación familiar de matrimonios adultos, supone que los hijos emigren del hogar para formar los propios.

La mayoría de las participantes integró una familia de 3 ó 4 miembros, siguiendo la misma línea del trabajo realizado por Santos y Marcon (65), que resultó con una mayoría de participantes con familias de 2 a 5 integrantes. Los resultados de nuestro estudio podrían deberse a que la variable se asocia al tipo de familia nuclear biparental, presente como mayoría en la muestra. De acuerdo al estudio de Urzúa y cols. realizado en Chile, a medida

que aumenta el número de personas viviendo con el paciente, disminuye la CV percibida, relación que posiblemente influyó en la visión de las mujeres de éste trabajo, respecto a su CVRS.

Respecto a los resultados del cuestionario SF-36, los promedios de la mayoría de las dimensiones de CVRS superaron el puntaje 50.00, destacando como puntuación más alta la del constructo función social, con una media de 66.82, mientras que el puntaje más bajo fue 38.64 obtenido para la dimensión salud general. De igual forma, Barrantes, en su estudio realizado a 210 diabéticos tipo 2, corroboró que el puntaje medio más alto (72.53) y más bajo (34.54) se presentaron en las dimensiones función social y salud general, respectivamente (84). Existe otra investigación (13) que aplica una versión acotada del SF-36, llamada SF-8; que presenta un único ítem para medir cada dimensión; las puntuaciones medias obtenidas se encontraron entre 41.2 y 48.6, puntajes que se enmarcan dentro del rango de medias alcanzadas en el actual estudio. Otras investigaciones (63, 64, 83) utilizan distintos instrumentos para medir la CVRS, dos de ellos (63,86) emplean el cuestionario EQ-5D en pacientes diabéticos, consiguiendo como resultado al mayor porcentaje de los participantes enmarcados en valores superiores a la mediana, en el caso del estudio de Beléndez y cols. (86) el valor de media aritmética fue de 64.3 y para López y cols. (63) se estableció que el 57% de la muestra se encuentra por encima del valor de corte, considerándose con buena calidad de vida, conclusiones similares a lo expuesto en nuestro estudio.

Gran parte de las encuestadas informó poseer funcionalidad familiar normal, semejante a lo expuesto por diversos autores (62, 66, 85), que aplican distintos tipos de clasificación de la variable, Oropeza-Guzmán y cols. (62) identificaron la funcionalidad adecuada como la categoría sobresaliente, mientras Bello y cols. (85) destacaron la alta funcionalidad como dominante en la población muestral, ambas afirmaciones correspondientes a la opción de más alto nivel de funcionalidad, datos coincidentes con la actual investigación. Alcaíno y cols. (66) obtuvieron conclusiones que distan de los resultados de nuestra investigación,

mencionando que indistintamente de la compensación de los pacientes la funcionalidad es alta, por ende el nivel de funcionalidad no tendría gran relevancia en el control metabólico, concepto estrechamente relacionado con la percepción de CVRS.

Al evaluar la variable apoyo familiar, 72% de las participantes presentó apoyo familiar medio, cifra que presenta similitud con los resultados de Bello y cols. (85), donde el 55% del total de la muestra señaló apoyo familiar medio, de éste porcentaje el 41.8% son pacientes descompensados, lo que deduce una posible relación con la CVRS del individuo; existe evidencia, proporcionada por Urzúa y cols. (64), la cual indica que a mayores cifras de apoyo familiar los usuarios refieren más alta satisfacción con el tratamiento de su patología, postulado del cual se deduce una posible influencia en la CVRS. Existen variados estudios (23, 66, 68) donde se mide apoyo familiar como una variable que forma parte del apoyo social, Cruz-Bello (68) expuso que las mujeres presentaron menos apoyo social para llevar a cabo el cuidado de su enfermedad, asimismo, Pace y cols. (82) señalaron que las mujeres percibieron menor apoyo social para afrontar los retos de la vida, de lo que se desprende que informar, motivar y fortalecer a la persona enferma y a su familia, favorece convivir con una condición crónica. Cabe mencionar que en este estudio, el cuestionario apoyo familiar al diabético tipo 2 fue aplicado a un familiar directo de la mujer entrevistada, por lo que 8 de ellas no cuentan con los resultados de éste instrumento, ya que calificaron como familia unipersonal.

Al relacionar CVRS en las distintas dimensiones del cuestionario SF-36 con las características familiares, se observó que el constructo vitalidad con funcionalidad familiar, obtuvieron una diferencia de medias estadísticamente significativa ($p=0.041$), donde el valor más alto registrado fue para la categoría funcionalidad familiar normal (57.7), lo que indicó una mejor CVRS; mientras que el valor más bajo se obtuvo para disfunción familiar severa (37.8), con una peor CVRS. Tras analizar la relación entre la dimensión función social con funcionalidad familiar, se registró una diferencia de medias estadísticamente significativa ($p=0.030$), donde la cifra más alta encontrada fue la de funcionalidad familiar

normal con 71.8 y la más baja fue de 69.8, registrada para disfunción familiar severa. Por último, el constructo salud mental obtuvo valores significativos estadísticamente ($P=0.003$) con la funcionalidad familiar, siendo el puntaje más alto el de las familias con funcionalidad normal con 67,0 y la más baja obtenida en las familias con disfunción familiar severa, con una media de 45.0. Al comparar estos resultados, concuerdan con lo expuesto por Oropeza (62), quien de igual forma encontró una relación significativa entre CV y funcionalidad familiar ($p<0.01$), esto llevó a concluir que es necesario realizar un manejo integral de los pacientes con DM2, proporcionándoles una atención con claros beneficios para su salud. En el presente estudio, gran parte de las encuestadas obtuvieron un nivel alto de funcionalidad familiar, lo que iría en directo beneficio de su control metabólico y en consecuencia con una mejor CVRS, tal como informó Ariza (88) quien obtuvo resultados significativos al establecer una relación de disfunción familiar y control metabólico en pacientes diabéticos, lo que iría en beneficio de la CV en las pacientes. En nuestro estudio se analizó la percepción de CVRS en una muestra específica de dueñas de casa con DM2, Caqueo (89) estableció la misma asociación, pero en pacientes esquizofrénicos, de igual manera sus resultados mostraron que a mayor funcionalidad familiar, mejor CV; lo que presenta similitud con lo obtenido en la presente investigación. En opinión de los autores, los resultados muestran también la asociación que existe entre valores altos de funcionalidad familiar y los aspectos psicológicos del cuestionario SF-36, como la vitalidad, la función social y la salud mental, lo que permitiría guiar los esfuerzos de los profesionales de la salud en aquellas familias que presenten mayor disfunción.

Respecto a la variable apoyo familiar, en el presente estudio no se estableció ningún tipo de relación al asociarla con las dimensiones de CVRS. No se encontraron estudios similares, que incluyeran la relación entre apoyo familiar y CVRS. No obstante, Oropeza-Guzmán y cols. (62), asocian el apoyo social con la CV, y mencionan que una buena calidad de vida está relacionada con el apoyo adecuado, según MOS. Otros dos estudios relacionan el alto apoyo familiar, con la adherencia al tratamiento (66) y el control

glicémico (85), lo que en opinión de los autores son factores que podrían ir en medro de la CV de un sujeto.

Al correlacionar la CVRS con el tipo de estructura familiar, no fue posible establecer ninguna relación significativa, lo que coincide con los estudios realizados por Oropeza-Guzmán (62) y cols.; y Bello y cols (85), quienes no identificaron asociación significativa entre la CV y la estructura familiar, sin embargo, uno de ellos destaca la importancia del cónyuge; presente en una familia nuclear biparental o biparental extendida; en el cuidado del tratamiento de la DM, lo que podría favorecer la CV del paciente.

Se evidenció una relación entre rol emocional y etapa del ciclo vital familiar, resultó ser significativa con $p=0.003$; el estrato que arrojó una mejor CVRS fue la familia en plataforma de lanzamiento (72.1); asimismo se encontró una peor CVRS se encontró en familias con hijos adolescentes (51.6). La relación entre el constructo y la variable, es significativa, aunque no se presentó una correlación lineal ($\rho=-0.120$); por lo tanto, quienes en el estudio se encontraron en la etapa de lanzamiento presentaron mejor CVRS. No se encontraron estudios que analizaran la relación entre estas dos variables, pero cabe mencionar que Bello y cols. (85) concluyeron que conocer en qué etapa del ciclo vital familiar se encuentra un individuo, cobra relevancia porque estar en las últimas etapas del ciclo implicaría una mayor dificultad para enfrentar patologías del tipo crónicas, lo que podría significar desarrollar dependencia física, emocional o económica; todo esto llevaría a un deterioro de la CVRS. En el estudio realizado por Alcaíno y cols. (66) se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre etapa del ciclo vital familiar y cumplimiento del tratamiento, donde las personas no cumplidoras con su tratamiento cursaban las últimas etapas del ciclo vital familiar, lo que podría llevar en un corto o largo plazo a empeorar la CVRS de las personas.

Finalmente, entre el constructo dolor corporal y el número de integrantes de la familia, se evidenció una diferencia de medias estadísticamente significativa ($p=0.016$), siendo el puntaje más alto alcanzado el de siete y más integrantes de la familia, con una media de

68.0 y el valor más bajo registrado fue de 32.8 en 5 y 6 integrantes de la familia. A pesar de presentar un índice de correlación bajo, existe una evidente asociación entre estas dos variables. Si bien, dentro de la literatura se encontraron estudios que consideraron el número de integrantes en las familias de pacientes con DM2 como variable (53,87), ésta sólo se utilizó como método de caracterización de la muestra, y no fue relacionada con ninguna dimensión de CVRS. Esto va en concordancia con lo expuesto por Chávez (87), quien concluyó que al tener más integrantes en la familia, se recibe mayor apoyo para conllevar la enfermedad, asociándolo a una percepción mejor de calidad de vida. Lo anteriormente expuesto, reafirma la influencia que existe entre la cantidad de integrantes de una familia y la CVRS que percibe un individuo con padecimiento crónico como la DM2.

Según los resultados de ésta investigación, es posible rechazar la hipótesis nula para la hipótesis 1 y 1.a., porque se evidencia una relación, donde al presentarse una funcionalidad familiar normal existe una percepción mejor de CVRS. En cambio, para la hipótesis 2 y 2.a se acepta la hipótesis nula, debido a que no se presentó ningún tipo de relación significativa entre apoyo familiar y CVRS.

I.22 Limitaciones

- No se encontró evidencia empírica que correlacione las cinco variables familiares contempladas en éste estudio con la CVRS en un individuo con DM2.
- Escasa literatura que analice CVRS y utilice como unidad de análisis a dueñas de casa con DM2.
- Insuficiente evidencia científica que detalle las instrucciones de puntuación para las ocho dimensiones que contemplan el cuestionario SF-36.
- Fichas clínicas de pacientes, poseen información desactualizada e incompleta, lo que dificultó el contacto con los posibles participantes.

I.23 Sugerencias

- Aumentar el tamaño de la muestra en investigaciones similares, con el fin de lograr mejores niveles de significación entre medias y correlaciones moderadas o fuertes.
- En futuros estudios, complementar con variables ligadas al manejo de la enfermedad, tales como niveles de glucosa en sangre, hemoglobina glicosilada o adhesión al tratamiento, para enriquecer los resultados de la investigación.
- Continuar ampliando la literatura en relación a esta línea investigativa, con el fin de incrementar el conocimiento al respecto.
- Desarrollar evidencia científica similar, pero que utilice como objeto de estudio a mujeres trabajadoras o jefas de hogar, para contrastar los resultados con los obtenidos en la presente investigación.
- Realizar una presentación formal del trabajo a la institución en salud donde se llevó a cabo, para crear intervenciones en función de las conclusiones conseguidas.

I.24 Conclusiones

Tras realizar el análisis sobre la influencia de la familia en la CVRS en dueñas de casa con DM2, se pudo observar que sí existe relación entre las variables descritas y la CVRS, donde destacaron las asociaciones entre la dimensión dolor corporal y el número de integrantes de la familia; las dimensiones función social, salud mental y vitalidad con funcionalidad familiar y finalmente el constructo rol emocional con la etapa del ciclo vital familiar. Si bien no fue posible establecer una correlación lineal entre las relaciones mencionadas, sí se evidenció significancia entre la diferencia de medias de las opciones de cada una de las variables familiares. Por lo tanto, se puede concluir que las características de una familia cumplen un rol claro en la percepción de CVRS de un individuo que padece una patología crónica, afectando en distintos grados las dimensiones del concepto. Respecto a los resultados obtenidos, la población en la que se deben enfocar las intervenciones específicas, por haber evidenciado el menor puntaje de CVRS, según las distintas características familiares consideradas, corresponden a las mujeres que clasificaron con la opción entre 5 y 6 integrantes del grupo familiar, con disfunción familiar severa y en la etapa del ciclo vital de familia con hijos adolescentes. Las dimensiones que se vieron afectadas corresponden a la totalidad de las que conforman el área psicológica de la CVRS (función social, salud mental, vitalidad, rol emocional), mientras que se evidenció sólo una afectada correspondiente al área física (dolor corporal), por lo tanto, podemos concluir que las mujeres con DM2 que se encasillaron en las categorías más afectadas de las características familiares, presentan una peor CVRS, mayoritariamente en el área psicológica. Dicha afirmación se relaciona directamente con la teoría de Smith, que postula que el área psicológica establece una influencia mayoritaria en el constructo CV, respecto del constructo estado de salud, ligado al área física, lo que sustenta notablemente la evidente repercusión que tienen las características familiares en el área psicológica y por ende en la CV de un individuo.

Éste estudio confirma la relevancia de incorporar a la familia en la práctica de atención en salud y de actuar específicamente en los grupos de riesgo identificados, incluyendo la educación acerca de los complejos papeles que las mujeres ejercen dentro del contexto familiar, como base para una enseñanza individualizada de la DM2. Para impulsar a esas mujeres a alcanzar un mejor nivel de CVRS, acompañado de una vida más saludable, es indispensable el apoyo del equipo de salud, que va a guiar al individuo a que priorice y discuta con su familia las necesidades de salud que se le presentan, jerarquizando en conjunto las situaciones e instaurando nuevas posibilidades de incorporar el cuidado y tratamiento de la enfermedad en la rutina diaria de toda la familia. Al existir una influencia de la familia en la CVRS, se torna fundamental para el profesional de enfermería adherir efectivamente a la familia en el cuidado de una patología durante la práctica clínica, llevando la atención a un nivel de manejo integral. Lo anterior, nos invita a reflexionar acerca de la forma de modificar las estrategias empleadas al momento de proponer programas de salud pública, orientándolos a realizar cambios positivos en el estilo de vida y las rutinas familiares del paciente, considerando las características familiares como factores determinantes en el estado de salud de las mujeres dueñas de casa, para mejorar en definitiva la salud individual, familiar y colectiva.

V. Bibliografía

IFD 1. Atlas de la Diabetes. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes; 2013.

Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas C, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2016 Abr 03] ; 55(Suppl2):S137-S143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800010&lng=es.

IFD. IDF Diabetes Atlas 6th Edition. (Sitio web).; 2013 (citado el 28/09/2015)

Septiembre 28. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>.

IDF. International Diabetes Federation South and Central America. (Sitio web); 2013 (citado el 28/09/2015) <http://www.idf.org/membership/saca/chile>.

Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud, Chile. Reporte. Santiago: MINSAL, Departamento de estadísticas e información de salud; 2013.

OECD. Health at a Glance. 2013. OECD Indicators. OCDE Publishing

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.

Urzúa A, Chiribob A, Valladares G. Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. Chil (Revista en internet) 2011 (Citada el 19/11/15) Marzo; 139(3).

Datos y cifras sobre la diabetes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citada 8 Abril 2016]. Available from: <http://www.who.int/diabetes/facts/es/>.

MINSAL, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado.

Encuesta Nacional de Salud. Encuesta. Santiago, Chile: MINSAL; 2009-2010.

Ministerio de salud. Guía clínica Diabetes Mellitus tipo 2. 2010. Santiago: Minsal, 2010.

Concha-Toro M, Rodríguez C. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Rev. Theoria (Revista en internet). 2010

(Citado el 11/10/15) Junio; 19 (1).

Vega Angarita O.M., González Escobar D.S.. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Abr 04] ; (16): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.

Muñoz D, Gómez O, Ballesteros L C. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Rev. Salud Pública Colombia (Revista en internet) Colombia*. 2014(Citada el 30/11/2015) Marzo; 16 (2).

García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. Medicina de familia (Revista en internet)*. 2001 (Citado el 30/11/2015) Marzo; 2(1).<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v2n1/029-034.pdf>.

Storinoa M, Contrerasb M.A, Rojanoc J, Serranod R, Noueld A. Complicaciones de la diabetes y su asociación con el estrés oxidativo: un viaje hacia el daño endotelial. *Rev. Col. Cardiología (Revista en internet)*. 2014 (Citada el 30/09/15) Nov/Dic; 21(6).

44vo Consejo Directivo. La familia Y la salud. Informe Final. Washington: Organización Panamericana De La Salud, Area de salud familiar y comunitaria; 2003.

Dos Santos M.A, Alves R, De Oliveira V ,Ribas C, Teixeira C, Zanetti M. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2011 Junio [cited 2016 Apr 05] ; 45 (3): 651-658. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300015&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>.

Puigvert Vilalta C. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. *Rev.Enferm Nefrológica (Revista en internet)*. 2013

- (Citado el 15/10/11); 16 (1).
- Eilander M, de Wit M, Rotteveel J, Anstoot H, Bakker-van Waarde W, Houdijk E, Luman M, Nuboer R, Oosterlaan J, Winterdijk P, Snoek F.J. Diabetes IN development (DINO): the bio-psychosocial, family functioning and parental well-being of youth with type 1 diabetes: a longitudinal cohort study design. BMC Pediatrics (Revista en internet). 2015 (Citada el 15/10/15) Julio; 15 (82).
- J.b, He M.a · Zhang Y.b · Zhao X.b · Wang. Family Functioning in Chinese Type 2 Diabetic Patients with and without Depressive Symptoms: A Cross-Sectional Study. Psychopathology (Revista en internet). 2013 (Citada el 15/10/15) Noviembre; 47 (1).
- Caicedo D, Duarte C, González K, Gualdrón E, Igua D, Guamán R, Infante V. Factores no farmacológicos asociados al control de la diabetes mellitus tipo 2. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander (Revista en internet). 2012 (Citada el 20/10/15) Marzo; 25 (1).
- 22 Rodríguez Torres A, Camacho Ruiz EJ, Ponce de León M, Contreras G, Casas D. Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. Medwave (Revista en Internet). 2014 Agosto; 14 (7).
- Azzollini S, Bail Pupki V, Vidal V. Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Anuario de Investigaciones (Revista en internet). 2011 Diciembre; 18.
- Díaz L, Acevedo O, Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos. Tipo 2. Servicio de endocrinología. IAHULA. Mérida. Academia [Internet]. 2007 (Citado el 8 April 2016]; 6(12):62-72. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/academia/article/view/6016>.
- Valadez-Figueroa, I Aldrete-Rodríguez, M G Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Pública Méx 1993; Vol.

35(5):464-465. 1993; 35 (5).

Guerreiro Vieira da Silva D, Hegadoren K, Lasiuk G. La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Latinoamericana Enfermagem (Revista en internet). 2012 (Citado el 25/10/15) Mayo-Junio; 20 (3).

IDF. International Diabetes Federation. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre 06. Disponible en : <http://www.idf.org/about-diabetes>.

MINSAL. Encuesta nacional de salud 2009-2010 Tomo 1. Santiago, Gobierno de Chile. 2011.

Sandoval, M. Importancia global y local de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Hosp ClinUniv Chile. 2012; 23.28.

Cruz-Bello P, Vizcarra-Bordi I, Kaufer-Horwitz M, Donají A, Misra R, Valdés-Ramos R. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Rev. Pap. Poblac (Revista en Internet) vol.20 no.80 Toluca. 2014 (Citado 29/11/2015) Abril-Junio; Volumen 20 (80). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252014000200005&script=sci_arttext.

Encuesta Chilesopio 2009, Inserta en : Gainza Cortes M Salazar Gonzalez A. Conocimiento y comparación del rol de dueña de casa en dos grupos socioeconomicos : C1 y D [Tesis para optar al grado de Sociologa] (Monografía en Internet). Universidad Academia de humanismo cristiano; 2012. (Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/937/tsoc157.pdf?sequence=1>).

Herrera Santi, P. Rol de género y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. (Internet) 2000; (Citado 2015, 11, 10) 16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci_arttext.

Gainza Cortes M Salazar Gonzalez A. Conocimiento y comparación del rol de dueña de casa en dos grupos socioeconomicos : C1 y D [Tesis para optar al grado de Sociologa] (Monografía en internet). Universidad Academia de humanismo cristiano; 2012.

(Disponible en:
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/937/tsoc157.pdf?sequence=1>).

Mena Martín F. J., Martín Escudero J. C., Simal Blanco F., Bellido Casado J., Carretero Ares J. L. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2015 Nov 20]; 23(8): 357-360.

Hervás, A. Zabaleta, A. De Miguel, G. Beldarrain, O. Díez, J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes tipo 2. An. Sist. Sanit. Navar. (Revista en internet). 2007; 30 (1).

García G HI, Vera G C, Lugo A L. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2014 Apr. [Citado 2015 Nov. 20]; 32 (1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100004&lng=en.

Botero de Mejía B, Pico Merchán M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2007 Nov [citado 2015 Nov 20]; 12(1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en.

Urzúa A M, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol (Internet). 2012 Abril; (Citado 2015, Nov. 20) (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext.

Urzúa A, Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Nov. 21]; 138(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872010000300017&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>.

Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic. [citado 2015 Nov. 21]; 9(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.

Cardona-Arias JA, Castro-Rodríguez CA, Gallego-Aranda M, Agudelo-Ruiz Y, Bedoya-Guzmán A, Castro-Tobón AF. Calidad de vida en adultos medios de Rionegro-Antioquia, 2012. Curare. 2014 (Internet); 1(1) (Citado 2014, Nov, 09).

Grupo de investigación OMS. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe estadístico. Ginebra: Organización mundial de la salud; 1976.

Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. Séptima Edición ed. Nueva York, USA: Fondo de cultura económica México; 1989.

Espinal, I. Gimeno, A. González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. (Artículo en internet). Universidad autónoma de Santo Domingo. (Citado el 30/11/2015) República Dominicana. 2004 <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistémico.pdf>.

González Salamea C.; Teoría Estructural Familiar; Medicina de Familiares (artículo en internet); 2002; (30/11/2015); URL disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>

Kavhous Esther. Los modelos de estructura familiar. En: Congreso Europeo: Aprender a ser, aprender a vivir juntos. Santiago de Compostela; 1992. p. 1-5.

Parra Molina H. Relaciones que dan origen a la familia [Monografía de grado para optar al título de abogada]. Universidad de Antioquia. Medellín; 2005.

Horwitz Campos N, Florenzano Urzúa R, Ringeling Polanco I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol of Sanit Panam (Revista en internet). 1985 (Citado el 20/10/15); 98 (2).

Oliva Gómez E, Villa Guardiola V. Towards an interdisciplinary concept of family in

Globalization. Justicia Juris [Internet]. 2014 [cited 15 May 2016];10(1):11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-85712014000100002.

Ochoa de Alda, I. Enfoques en terapia familiar sistémica Psicología Bd, editor. Barcelona: Herder; 1995.

Jiménez Garcés, C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Rev. portales médicos (Revista en internet) 2010 (Citado el 30/11/2015) (Pág. 1-2) <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/2/Funcionalidad-familiar-y-problematika-de-salud-en-adolescentes>.

Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E; Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Redalyc (Revista en internet). 2006. (Citado el 28/11/2015) Vol. 8 nro. 3; 27-32.

García-Solano B, *Salud familiar y su relación con la salud individual en Diabetes tipo 2*, Tesis Doctoral, Universidad autónoma Nuevo León, México; 2014.

Herrera Santí PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1997 Dic. [Citado el 13/11/2015]; 13(6): 591-595. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es.

Mena Martín F. J., Martín Escudero J. C., Simal Blanco F., Bellido Casado J., Carretero Ares J. L. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2015 Nov 20]; 23(8): 357-360.

Herrera Díaz L, Quintero O, Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Rev. Academia (Revista en internet). 2007 (Citado el 1/12/2015) Julio-Diciembre; VI(12). <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27301/1/articulo6.pdf>.

Rodríguez Torres A, Camacho Ruiz E, Escoto Ponce de León M, Contreras Landgrave G, Casas Patiño D. Social representation of family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. *Medwave*. 2014;14(07):e6011-e6011.

Otero L, Zanetti M, Ogrizio M. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16(2):231-237.

Cifuentes Jeanette, Yefi Nivia. La familia y el paciente diabético.(Monografía en internet). Universidad Austral de Chile; 2005. Programa de diplomado en salud pública y familiar. (Acceso 23 de abril 2016) . Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf.

Marín-Reyes FRodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México [Internet]*. 2001 [cited 15 May 2016];43(4):336-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010.

Smith K, Avis N, Assmann S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *QOL Research*. 1999 Abril; 8.

Oropeza-Guzmán E,Santana-Canob A, García-Cárdenas MA,Sandoval-Magañab D Variables asociadas a buena calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética. *Rev. Atención primaria (Revista en internet)*. 2012 Febrero; 44 (2p117-119). http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90097207&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=43&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n02a90097207pdf001.pdf.

Lopez Cortes L, Cifuentes Ortiz M, Sanchez Ruiz A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. *Ciencia Y salud* [Internet]. 2013 [cited 15 May 2016];2(8):43-48. Disponible en: <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud#.VzkCDPnhC00>.

Urzúa A, Chirinob A, Valladares G. Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Rev.Med. Chil* (Revista en internet) 2011 (Citada el 19/11/15) Marzo; 139 (3).

Santos AMarcon S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 15 Mayo 2016]; 32 (2). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19956/1857>.

Alcaíno Díaz D, Bastías Rivas N, Benavides Contreras C, Figueroa Fuentealba D, Luengo C. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: Influencia de los factores familiares. *Gerokomos* (revista en la Internet). 2014 Marzo (citado el 1/12/2015); 25(1): 9-12 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100003&lng=es.

Santos M, Alves R, Oliveira V, Ribas C, Teixeira C, Zanetti M. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2011 [citado 15 May 2016];45(3):651-658. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300015.

Cruz-Bello P, Vizcarra-Bordi I, Kaufer-Horwitz M, Donají A, Misra R, Valdés-Ramos R. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Rev. Pap. Poblac* (Revista en Internet) vol.20 no.80 Toluca. 2014 (Citado 29/11/2015) Abril-Junio; Volumen 20(80). <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405->

74252014000200005&script=sci_arttext.

Rodríguez Torres A, Camacho Ruiz E, Escoto Ponce de León M, Contreras Landgrave G, Casas Patiño D. Social representation of family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. Medwave [Internet]. 2014 [cited 15 May 2016];14(07): e6011-e6011 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/6011>.

Ware, J., Jr, & Sherbourne, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Rev. Medical Care. 1992.30(6), 473-483.

Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Barcelona: IMIM; 2000.

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J et. all . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit (revista en la Internet). 2005 Abril (citado el 15/11/2015) ; 19(2): 135-150. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

Olivares Tirado P. Estado de salud de beneficiarios del sistema de salud en Chile 2004-2005. Documento de trabajo. Santiago: Superintendencia de Isapres, Gobierno de Chile, Departamento de estudios y desarrollo; 2006.

Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey, un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Rev. Medicina Clínica (Revista en internet). 1995 (Citado el 15/nov); 104 (20).

Smilkestein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract (Revista en internet). 1978 (Citado el 10/11/15) Junio; 6 (6).

Madaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzanno R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. Rev. Chi Pediatría. 1987;58 (3) 246-249.

Arias LHerrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colomb Med

[Internet]. 1994 [citado 27 Abril 2016];25(1). Disponible en : http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20854&id_seccion=1616&id_ejemplar=2142&id_revista=108.

Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y se prohíbe la clonación humana. Ley 20.120 del 22 de septiembre de 2006. Ministerio de salud, subsecretaría de salud pública.

Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial. (Sitio web).; 2013 (Citado el 28/11/2015 Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>).

Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20.584 de el 13 de abril del 2012. Ministerio de salud, subsecretaría de salud pública.

Martínez Ortega Rosa María, Tuya Pendás Leonel C, Martínez Ortega Mercedes, Pérez Abreu Alberto, Cánovas Ana María. EL COEFICIENTE DE CORRELACION DE LOS RANGOS DE SPEARMAN CARACTERIZACION. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Jun 27]; 8 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es.

82 Pace A, Ochoa Vigo K, Larcher Caliri M, Morais Fernandez A. El conocimiento sobre Diabetes Mellitus en el proceso de autocuidado. Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 27 Mayo 2016]; 14 (5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a14.pdf.

López-Alegría Fanny, Soares De Lorenzi Dino Roberto. Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarias de consultorios de atención primaria de salud, Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Mayo [citado 2016 Jun 27] ; 139(5): 618-624. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034->

98872011000500009.

Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. Revista Medica Herediana [Internet]. 2010 [cited 27 May 2016];21(3):118-127. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X20100003000038.

Bello Escamilla N, Cortes Recabal J, Lara Jaque R, Pincheira Rodriguez A, Montoya Cáceres P. Factores familiares relacionados con control glicémico en pacientes diabéticos atendidos en la red de atención primaria de salud, Chillán-Chile. Revista internacional de cuidados de salud familiar y comunitaria [Internet]. 2014 [citado el 16 May 2016];10(1):1-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec9197.php>.

Beléndez Vázquez Marina, Lorente Armendáriz Iñaki, Maderuelo Labrador Mercedes. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. Gac Sanit [Internet]. 2015 Ago [citado 2016 Jun 27] ; 29(4): 300-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000400011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>.

Chavez Zegarra S. Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. Revista científica Ciencias de la salud [Internet]. 2013 [citado 20 Junio 2016];6(2). Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/198/202.

Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte [Internet]. 2005 [citado 27 Mayo 2016];21:21-84. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4109/2522>.

Caqueo Urizar A, Lemos Giraldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de

pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* [Internet]. 2008 [citado 27 Mayo 2016];20(Número 4):577-582. Disponible en: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8700/8564>.

RAE. Diccionario de la lengua española, Real Academia española Versión electrónica. (Sitio web); 2015 (Citado el 15/11/15) <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=HLafKWLkRDXX2hFUevue>.

RAE. Diccionario de la lengua española, Real Academia española Versión electrónica. (Sitio web); 2015 (Citado el 25/11/15) <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=pC94RxX11DXX2RnEnFA1>.

Instituto nacional de estadísticas. Encuesta nacional de empleos, conceptos básicos. Glosario. Santiago: INE, Departamento de estadísticas de hogares; 2006.

Definición Ocupación [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2016 [citado 23 Abril 2016]. : Disponible en <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>.

Muñoz Monterrosa D, Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con insulina vs tratados sin insulina en atención primaria. (Tesis para optar al grado de Magister en salud pública y sistemas de salud) ; Facultad de medicina, Escuela de salud pública , Universidad Mayor, Santiago 2013.

Estructura familiar [Internet]. Aniorte-nic.net. 2015 [citado 27 Abril 2016]. Disponible en : http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_4.htm.

Oliva Gómez E Villa Guardiola V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris* [Internet]. 2014 [citado 27 Junio 2016];10(1):11-20. Disponible en : <http://ojs.uac.edu.co/index.php/justicia-juris/article/view/295/276>.

VI. Anexos

I.25 ANEXO 1. Matriz de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	
	NOMINAL	OPERACIONAL
<p>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS)</p>	<p>Es la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales y psicológicos de su vida, en la medida que éstos se afectan o se ven afectados por su salud (72).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Más cerca del 0: peor estado de salud - Más cerca del 100: mejor estado de salud.
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Se deriva del concepto de salud familiar y describe el ambiente emocional que rodea al paciente y la capacidad del grupo familiar para hacer frente a la crisis que representa la enfermedad de uno de sus integrantes. Para poder evaluarla, Madaleno (76), Smilkestein (75) y Arias (77) utiliza las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adaptabilidad -Participación -Gradiente de crecimiento -Afecto -Resolución de conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> - 18 a 20 puntos: Buena función familiar - 14 a 17 puntos: Disfunción familiar leve. - 10 a 13 puntos: Disfunción familiar moderada. - Menos de 9 puntos: Disfunción familiar severa.
<p>APOYO FAMILIAR</p>	<p>Se relaciona con las funciones básicas de ayuda y ajuste a las demandas del ambiente, siendo clave en el control metabólico de la enfermedad, ya que proporciona un ambiente favorable, el cual reduce el estrés y mejora el cumplimiento del tratamiento, dicho apoyo se deriva de las relaciones interpersonales familiares o de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar bajo: 51-119. - Apoyo familiar medio: 120-187. - Apoyo familiar alto: 188-255.

I.26 ANEXO 2. Ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos

Completar con información o marcar con una X según corresponda.

Edad	En años	
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Casada - Soltera - Viuda - Separada - Divorciada 	
Nivel educacional	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Educación básica - Educación Media - Educación técnica o superior 	
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerada - No remunerada 	
Años de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor a 1 año - 2-5 años - 6-10 años. - Más de 11 años. 	
Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión - Dislipidemia - Otros. Especificar _____ 	

I.27 ANEXO 3. Ficha de antecedentes familiares.

Completar con información o marcar con una X según corresponda.

Estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Familia unipersonal - Familia nuclear: -Nuclear simple -Nuclear monoparental -Nuclear biparental - Familia extendida: -Monoparental extendida -Biparental extendida - Familia reconstituida 	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Etapa del ciclo vital familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Formación de pareja - Crianza inicial de los hijos - Familia con hijos preescolares - Familia con hijos escolares - Familia con hijos adolescentes - Familia en plataforma de lanzamiento - Etapa post parental 	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Número de integrantes de la familia	En números enteros	<input type="checkbox"/>

I.28 ANEXO 4. Cuestionario SF-36

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente Muy Buena Regular Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, ¿Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	<i>Si, muy limitada</i>	<i>Si, un poco limitada</i>	<i>No, no limitada</i>
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

i) caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su	<input type="radio"/>				
Hizo menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>				
Estuvo limitado en su trabajo u otra	<input type="radio"/>				
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u	<input type="radio"/>				

5.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. **alguno de estos problemas** en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Siempre	La mayor	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>				
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>				

Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

6.- Durante el **último mes**, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

7.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

8.- Durante **el último mes** ¿Hasta qué punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy	<input type="radio"/>				
Estuvo muy	<input type="radio"/>				
Estuvo muy decaído que nada	<input type="radio"/>				
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>				
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>				
Se sintió desanimado y	<input type="radio"/>				
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>				

Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>				
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>				

10.- Durante el último mes **¿Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre La mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre,	No sé	Casi siempre,	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I.29 ANEXO 5. APGAR Familiar

**Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

I.30 ANEXO 6. Cuestionario de apoyo familiar del paciente diabético tipo 2

APOYO AL FAMILIAR DIABÉTICO TIPO II	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que:					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
e) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1

d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al Dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la Azúcar	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los Alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?					
a) Tes	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa Solo	5	4	3	2	1

I.31 ANEXO 7. Cuestionario de apoyo familiar del paciente diabético tipo 2 ajustado

Pregunta	Siempre	Casi Siempre	Ocasionalmente	Rara Vez	Nunca
1.- ¿El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies?					
2.- En casa, ¿el diabético debe medir el azúcar en sangre?					
3.- ¿Son comunes las infecciones en los diabéticos?					
4.1- ¿La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por el paciente mismo?					
4.2- ¿La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por el cónyuge?					
4.3- ¿La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por la hija/o mayor?					
4.4- ¿La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por otra persona?					
5.1- ¿La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por el paciente mismo?					
5.2- ¿La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por el cónyuge?					
6.1- ¿Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que tomar sus medicinas?					
6.2- ¿Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que llevar su dieta?					
6.3- ¿Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que hacer ejercicio?					
6.4- ¿Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que cuidar sus pies?					

19.1- ¿Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted lo acompaña?
la casa solo?

I.32 ANEXO 8. Consentimiento informado

Estimado participante:

Quienes suscriben:

Josefa Linette Escalona Medina	RUT: 18.432.001-0
Pablo Francisco González Soto	RUT: 18.431.947-0
Natalia Iris Muñoz Martínez	RUT: 17.989.494-7
Hänsel Karim Rohr Osorio	RUT 18.452.099-0

- Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: “Influencia de la familia en la percepción de la calidad de vida de dueñas de casa con diabetes mellitus tipo dos, inscritas en el CESFAM Dr. José Duran Trujillo de la comuna de San Carlos”. El objetivo de este estudio es: “Relacionar la funcionalidad familiar, el apoyo familiar, la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia con la percepción de calidad de vida relacionada con salud de dueñas de casa con DM2, inscritas en CESFAM Dr. José Durán Trujillo de la comuna de San Carlos”.

Usted ha sido seleccionado para participaren esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, un ficha sobre caracterización sociodemográfica y clínica, uno de caracterización familiar, el cuestionario SF-36, el APGAR Familiar y el cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2. Esto le tomará aproximadamente 30 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia ni pérdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Sra. Natalia Bello, teléfono 042-2-463133 y nbello@ubiobio.cl.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Josefa Escalona M; Pablo González S; Natalia Muñoz M. y Hänsel Rohr O.

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito anteriormente. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los tesisistas: Josefa Escalona M; Pablo González S; Natalia Muñoz M. y Hänsel Rohr O. Sobre “Influencia de la familia en la percepción de la calidad de vida de dueñas de casa con diabetes mellitus tipo dos, inscritas en el CESFAM Dr. José Duran Trujillo de la comuna de San Carlos”. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y apellidos de quién toma el CI

Chillán, ___/___/2016

I.33 ANEXO 9. Carta de autorización, CESFAM San Carlos.

