

11286  
201.199



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA  
FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS  
NO CONTROLADOS"

TESIS

Para obtener la Especialidad en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por :

Dr. Juan Antonio Torres Lechuga

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



IMSS

Puebla, Pue.

1984-1986

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E

I.- INTRODUCCION	3
II.- JUSTIFICACION	6
III.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y GENERALIDADES	7
IV.- MATERIAL Y METODOS	16
V.- RESULTADOS	19
VI.- CONCLUSIONES	20
VII.- RESUMEN	30
VIII.- BIBLIOGRAFIA	31

## INTRODUCCION

Un conocimiento integral de la diabetes mellitus implica no solo conocer los aspectos directamente relacionados con el diagnóstico y la terapéutica, sus orígenes y repercusiones sociales. (1)

La diabetes como otras enfermedades, no puede contemplarse separada del ambiente económico-social sobre la que está incidiendo, ya que la enfermedad no solo tiene consecuencias para quien la padece, las hay también para quienes rodean al paciente. (2)

Desde el punto de vista económico la enfermedad representa cierta carga porque quien la sufre baja el ritmo de productividad, se ausenta con frecuencia y en el último de los casos, deja de ser útil a una edad temprana. (3)

El médico establece una relación continua con el paciente puede aprender más sobre el aspecto de la enfermedad sobre la función del paciente con cada contacto, siempre y cuando escuche y considere el problema desde la perspectiva del paciente, y el paciente puede aprender más sobre su enfermedad para su integral manejo, prevenir o por lo menos reconocer una función óptima de su enfermedad. (4)

Las enfermedades prolongadas modifican el modo de vida del paciente y de su familia. (5)

Ningun médico, cuando se inicia en su profesión, conoce en verdad los problemas que crea en una familia una enfermedad crónica. (6)

Muchas veces el médico responsable se siente muy molesto al percatarse de que solo le queda la vía de volver la enfermedad crónica lo más soportable para los individuos afectados. (7)

El médico familiar se ve influenciado por tal situación por los

especialistas a quienes consulta , por los amigos del paciente y se encuentra en posición privilegiada para ayudar a la familia y al propio paciente , el manejo de los problemas emocionales requiere el mismo esfuerzo , cuando menos , que la elección de la terapéutica específica. (8)

El enfermo crónico teme muchas cosas ; la muerte , la invalidez , el abandono y los problemas económicos . Existe además el peligro de la pérdida de estimación personal y alteraciones interpersonales. (9)

El paciente responde ante esto en función de :

- 1.-Su personalidad previa.
- 2.-Su experiencia de enfermedad pasada.
- 3.-Su imagen corporal.
- 4.-Sus conceptos sobre la enfermedad actual.
- 5.-Sus ideas sobre la actitud del médico y otros miembros del equipo sanitario.

Los esquemas más frecuentes de reacción emocional debidas a estos factores son :

- A).-Depresión.
- B).-Hostilidad y Agressividad.
- C).-Ansiedad.
- D).-Culpa.
- E).-Hipocondría.

El varón con su enfermedad crónica debe seguirse sintiendo un hombre , y tanto el varón como la mujer deben seguirse sintiéndose personas , por lo que es preciso reducir al mínimo su impacto psicológico. (10)

Naturalmente la familia del enfermo crónico está expuesta a los mismos factores que el paciente , sin embargo , la reacción no es obligatoriamente la misma de la del enfermo , ya que actúan en conjunto de las fuerzas exteriores. (11)

Entre otras reacciones familiares cabe citar :

- 1.-Irritación y mal humor hacia el enfermo.

2.-Hipocondría en otros miembros de la familia sometidos a presión.

3.-Miedo frente a los síntomas inquietantes.

4.-Sobreprotección y temores innecesarios.

5.- Miedo del contagio.

## JUSTIFICACION

En el presente estudio sobre la disfuncionalidad familiar de pacientes diabéticos no controlados , se pretende demostrar la existencia de mayor alteración en la dinámica familiar cuando no se lleva un buen control de la enfermedad y en donde uno de los principales puntos que se descuidan mucho es sobre la mínima o nula información en relación a su enfermedad , lo que no lo compromete a cuidarse así mismo para su propio beneficio , motivando esto al abandono parcial o total de su enfermedad al desconocer los riesgos a que está expuesto.

Se llevó a cabo un estudio con 100 pacientes diabéticos no controlados donde a través de un estudio socioeconómico y aplicación de un apgar sobre funcionalidad familiar de Gabriel Smilkstein , se pretende demostrar que junto con la poca información que el paciente tiene sobre su enfermedad influyen muchos otros factores como son el grado escolar que aunque no muy concluyentes influye en mínima intensidad en los problemas que surgen -- tras una enfermedad crónica en donde los familiares junto con el paciente se ven influenciados.

Se pretende demostrar o romper el círculo vicioso en que pene-- tre el paciente cuando su médico desconoce que la falta de control de una enfermedad puede deberse al desconocimiento de la misma y que son el punto de partida de muchos trastornos dentro del núcleo familiar , además se pretende con este estudio de tipo apgar como el que aquí se presenta y que sería ideal llevarlo en la práctica en la carpeta de su expediente para así poder detectar más fácilmente a las familias disfuncionales y de esta manera poder enfocar mayor atención a este tipo de pacientes.

## GENERALIDADES

La diabétes mellitus es una enfermedad muy común y existe , en Egipto , China y la India , gracias a la mención de que de ella se hace en el papiro de Ebers (año 1,500 A.N.E.), .

El documento alude a un tratamiento para la "inundación de orina" , nombre con el que se designa la poliuria. (12)

Como entidad nosológica el primero que la menciona es Demetrio de Apamea (270 A.N.E.), pero Celso en su obra médica hace la primera inducción sobre la terapéutica a seguir bajo una dieta regular y ejercicio físico. (13)

Aretes de Capadocia es el que proporciona , en el siglo 2 D.N.E la primera sintomatología de la diabétes a la que designa como "enfermedad enigmática y rara". (14)

Galeno la consideró una enfermedad renal , con inflamación de los riñones y atonía de los mismos. (15)

En el renacimiento el profesor Rondelet , de la escuela de Medicina de Montpellier , hace notar por vez primera el "carácter hereditario" de la diabétes. (16)

Claude Bernard inicia el conocimiento de la diabétes descubriendo el almidón el cual refiere se almacena en el hígado en forma de glicogeno y confirma que está sustancia transformada en azúcar pasaba directamente a la sangre (establece una relación entre diabétes y S.N.C. (17)

En 1889 , Pablo Langerhans descubre en el páncreas acumulaciones de células que llama "islotos". (18)

Por fin , en 1890 , O. Minkswky y J.V. Marino pùblican sus experiencias de que extirpando el páncreas a los animales (perros desarrollaban diabétes. (19)

Este es el primer caso auténtico de investigación profunda sobre la enfermedad que , ya conocida , nos conduce a una serie de agudos problemas sociales y económicos. (20)

La tendencia actual es considerar el factor psicológico como mecanismo entre varios otros capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar por el organismo. (21)

Meyer y sus colaboradores han verificado en diabéticos sujetos a tratamiento psicoanalítico que estas fluctuaciones en la glucosuria son susceptibles de ser relacionadas con estados de perturbación emocional. (22)

Meyer , Bollier y Alexander , Mirsky , han llamado la atención sobre la presencia de deseos infantiles insatisfechos de atención y cuidado . Hinkle y cols. encuentran que cuando hay relación entre la iniciación del pedecimiento y situaciones emocionales estas implican la reactivación de una experiencia de rechazo o cerrada en la infancia , el diabético es una persona hambrienta de afecto que mancha los carbohidratos como lo hace una persona hambrienta de alimentos. (23)

## DIABETES MELLITUS

**DEFINICION.-** La diabétes mellitus primaria o idiopática implica alteración en el metabolismo de la glucosa y cambios en proteínas, lípidos, ácidos nucleicos y complejos derivados de estos grupos sanguíneos. Los cambios metabólicos, las manifestaciones clínicas, los factores etiológicos y la frecuencia familiar de la enfermedad son diferentes en los diversos grupos de diabéticos endógenos, y reconocen actualmente varias formas o tipos de diabétes mellitus primaria o idiopática. (24). Por lo que resulta más apropiado, hablar de síndrome diabético, en el cual la hiperglucemia es el signo común (fenotipo), que es semejante o igual en todos los pacientes, pero producido por genotipos o bases genéticas diferentes lo que se denomina heterogeneidad. (25)

### ETIOLOGIA.-

I.- **CAUSAS METABOLICAS.-** Se reconoce la participación de cambios en la secreción de insulina como un aspecto etiopatogénico en diabétes mellitus en el momento en que se manifiesta el padecimiento, y se observan dos grupos de pacientes; unos curan con hipoinsulinismo inicial y otros con hiperinsulinismo o ainsulinismo.

A).- **HIPDINSULINISMO INICIAL.-** La hiperglucemia acompañada de insulinopenia indica lesión pancreática grave para la biosíntesis y la secreción de insulina, la cual es rasgo característico de la diabétes insulino dependiente tipo I, conocida anteriormente como diabétes juvenil.

B).- **HIPERINSULINISMO INICIAL.-** La cuantificación de insulina sérica elevada o normal por radioinmunoanálisis en el momento del diagnóstico inicial de diabétes mellitus infiere un mecanismo anormal no pancreático como causa, las diferentes teorías que tratan de explicarlo son:

A).-Presencia de insulina extructuralmente diferente , la cual no se acepta a su receptor tisular ; sin embargo , algunos sujetos de este tipo manifiestan también cierta resistencia a la acción de la insulina administrada exogenamente , por lo que no acepta\_ está teoría.

B).- Elevación de sustancias conocidas como antagonistas a la acción de la insulina , como hormona de crecimiento y glucagón -- que en sujetos como con descontrol diabético inicial descubren-- por arriba de lo normal ; sin embargo , al disminuir la glicemia por la administración de insulina exógena estas hormonas se normalizan , lo que indica que la falla de insulina o la falta de glucagónintracelular son los causantes de su elevación y no son\_ por lo tanto , factor inicial para el desarrollo del hiperinsulnismo.

C).-La última teoría , y la de más valor actualmente , es la que explica el hiperinsulinismo como consecuencia de una falla del-- receptor tisular para la acción de la insulina , lo cual puede-- suceder por disminución del número de receptores o por presencia de anticuerpos contra el receptor.

II.- CAUSAS GENETICAS.-La elevada frecuencia familiar de la enfermedad indica una forma de transmisión genética en la diabetes mellitus. Los tipos de herencia propuestos han sido recesivo simple , autosómico dominante con penetrancia incompleta , estado \_ homocigoto o heterocigoto de un gen mutante y , por última , tipo multifactorial.

A).-DIABETES GENETICA.-Puede denominarse así a la que se presenta en gemelos monocigotos , con una frecuencia mayor de ambos gemelos afectados (concordancia), los que inician la forma manifiesta o clínica en la edad adulta (después de los 40 años), de-- tipo no dependiente de la insulina con importantes antecedentes familiares de la enfermedad y de los cuales la presencia de complicaciones vasculares ocurre en forma similar, al parecer independientemente del tipo de control y de la influencia de facto--

res ambientales (peso , tensión , área geográfica).

En este tipo de diabétes se ha reconocido un subgrupo de pacientes que tienen las mismas características mencionadas , pero -- con cada edad de presentación clínica en los primeros años de la vida.

B).-DIABETES ADQUIRIDA.- Puede denominarse así a la encontrada en grupos de diabéticos en los cuales no es posible sustentar-- una base genética clara según los estudios familiares , o bien que se trate de un modo de transmisión genética no aclarada.

El grupo representativo es el de los gemelos diabéticos en lo que es igual la proporción entre ambos afectados ( concordancia) No tienen antecedentes familiares de la enfermedad tan frecuentes como en el grupo anterior , su edad de iniciación está por debajo de los 40 años , generalmente entre la primera y segunda década de la vida , y son dependientes de la insulina.

C).- DIABETES ACOMPAÑADA DE SINDROMES GENETICOS.- Es el grupo de sujetos con enfermedades genéticas como ataxia telangectasia-síndrome de down , síndrome de turner , síndrome de klinefelter todos los cuales tienen una frecuencia elevada de diabétes mellitus , en comparación con la población general , de iniciación en la edad adulta de dependencia a la insulina.

En cada uno de estos casos la alteración genética es diferente y la intolerancia a la glucosa es común , lo que indica la heterogeneidad.

III.-CONSIDERACIONES DE AUTOINMUNIDAD Y DIABETES MELLITUS.-

Se ha establecido la participación de una reacción autoinmunitaria anormal como causa de un tipo de diabétes mellitus dependiente de la insulina , no así en los sujetos cuyo padecimiento no depende de esta hormona.

IV).- CONSIDERACIONES SOBRE VIRUS Y DIABETES MELLITUS.-

La sospecha de una participación viral en la génesis de un tipo de diabétes dependiente de la insulina se basa en la observación del incremento de los casos nuevos por brotes estacionales

en otoño e invierno , y la gravedad de la insulinopenia en algunos de estos casos que desarrollaban diabétes dependiente de la insulina , cuya presencia en la sangre de estos pacientes de anticuerpos neutralizantes contra ciertos virus de las células -- pancreáticas , se ha reproducido la infección de las células tumorales con desarrollo de diabétes en animales de investigación al inocunarles el virus , a ambos casos.

El virus sospechoso son coxakie B4 y B1 , virus de la encefalocarditis , rubéola , parotiditis , hépatitis viral y mononucleosis infecciosa.

#### CLASIFICACION DE DIABETES MELLITUS.-

La diabétes mellitus y otras categorías de intolerancia a la glucosa según los conocimientos contemporáneos fue el objetivo de un grupo de trabajo internacional reunida - en 1978 , dirigido por el grupo Nacional de diabétes del instituto nacional de salud de Estados Unidos de Norteamérica , con participación de la asociación americana de diabétes y la asociación Europea para el estudio de la diabétes. Dicha clasificación se publicó en diciembre de 1979. Sus bases son planear y conducir la investigación clínica recopilar los datos epidemiológicos y ayudar al clínico a categorizar a los pacientes con grados diversos de intolerancia a la glucosa con el fin de que todos se unifiquen a esta clasificación.

Se clasifica en tres categorías y dos estadios.

CLASES.- A).-Diabétes mellitus.

B).-Alteración en la tolerancia a la glucosa.

C).-Diabétes gestacional.

ESTADIOS.-I.-Alteración previa en la tolerancia a la glucosa.

II.-Anormalidad potencial en la tolerancia a la glucosa.

A).-DIABETES MELLITUS.-Se divide en las siguientes clases :

TIPO I.-Diabétes dependiente de la insulina.

TIPO II.-Diabétes no dependiente de la insulina.

-con obesidad

-sin obesidad

TIPO III.-Otros tipos (por otras causas).

1.-Causa páncreatica.

2.-Por enfermedades endocrinas

3.-Por medicamentos

4.-Alteraciones del receptor

5.-Síndrome genético.

6.-Acompañada de desnutrición.

B).- ALTERACION EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.-

En estos sujetos la glucemia en ayunas es normal pero por sus antecedentes familiares de diabétes mellitus , obesidad o ambos , así como por la presencia de trastornos vasculares aterosclerosos o del metabolismo de los lípidos , se justifica someterlos a prueba de tolerancia a la glucosa.

C).- DIABETES GESTACIONAL.-

Se clasifica así como trastorno en el que la mujer , durante el curso del embarazo , desarrolla alteración importante de la curva de tolerancia a la glucosa , diabétes manifiesta o ambos casos ; después del parto puede evolucionar hacia la normalidad o desarrollar alteración de la tolerancia a la glucosa o diabétes de tipo I o II.

Para realizar el diagnóstico de diabétes gestacional , se deben encontrar en la curva dos o más puntos alterados ( valores de glucosa plásmatica por arriba de la cifra indicada.

04-- 105 mgrs/dl.

60-- 190 mgrs/dl.

120-- 165 mgrs/dl.

180-- 140 mgrs/dl.

1.- ALTERACION PREVIA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.-

Este , al igual que el siguiente estudio , se consideran fases de la evolución natural del padecimiento en los cuales no existe hiperglucemia sostenida en ayunas ni tampoco intolerancia a

los carbohidratos. La presencia de esta designación se emplea para sujetos que , ante un estímulo determinado , tienen hiperglucemia transitoria , pero una vez que cede el estímulo no presentan alteración alguna en el metabolismo de los carbohidratos así como también para los sujetos clasificados como tipo I , II o --diabétes gestacional en los que tras bajar de peso al terminar-- el embarazo , o en un periodo determinado , no es posible demostrar hiperglucemia en ayunas ni alteración de la tolerancia a la glucosa ; posteriormente puede permanecer en este estado o evolucionar de nuevo hacia algún tipo de diabétes mellitus.

## II.-ANORMALIDAD POTENCIAL DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.-

Se incluye aquí a los sujetos con riesgos estadísticos elevados de padecer diabétes mellitus en comparación -- comparación con la población general . Los sujetos con este riesgo son :

PARA LA DIABETES TIPO I.-Personas con anticuerpos positivos contra células insulares.

Gemelo monocigoto hijo de diabético tipo I.

Hermano de diabético de tipo I , con HLA idénticos. (dos halotipes), HLA idénticos (en halotipo), HLA idéntico.

Descendientes de diabéticos del tipo I.

PARA DIABETES TIPO II.-

Gemelo monocigoto de madre diabética del tipo II

Familiares en primer grado de un diabético del tipo II.

Madres con productos macrosómicos (peso al nacer de 4.0Kg o más ).

Miembros de grupos étnicos (indios Pima).

FRECUENCIA.- Se ve mayor frecuencia en mujeres de 40 años de edad.

Con una proporción de 2:1 sobre los hombres de la misma edad.

En México existe una prevalencia de 1-3% en la población general Ocupa el 7- septimo lugar entre las 10 principales causas de disfunción entre los 45 a 65 años de edad.

A más de 20 años existe una prevalencia de 45%

A los 70 años tiene una prevalencia de 13.1%.

CUADRO CLINICO.- Se caracteriza por la presencia de POLIURIA , POLIFAGIA , POLIDIPSIA , PÉRDIDA DE PESO FACIL , FATIGA FACIL.

LABORATORIO.- Glucosuria y glicemia postprandial elevadas.

COMPLICACIONES.-

- 1.-SECUNDARIAS A MICROANGIOPATIA.- Retinopatía  
Nefropatía.
- 2.-SECUNDARIAS METABOLICAS.- Cetoácidosis  
Hiperlipidemias  
Aumento de sensibilidad a infecciones.  
Neuropatía.  
Aumento de morbilidad fetal.
- 3.-MACROANGIOPATIA.- A.V.C.  
Cardiopatía isquémica  
Lesión vascularr periferica
- 4.-CAMBIOS IATROGENICOS.-Hipoglicemia  
Reacción alérgica a la insulina.
- 5.-REACCIONES PSICOLÓGICAS.-

TRATAMIENTO.-Hipoglicemiantes orales.

- insulina
- Dieta.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en la U.M.F no. 2 del I.M.S.S. en el periodo comprendido del primero de Febrero de 1985 al 30 de Agosto del mismo año.

La finalidad del presente estudio prospectivo observacional y comparativo fue el determinar la existencia y frecuencia de disfuncionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus no controlada.

Se efectuaron 100 encuestas a diabéticos no controlados médicamente o con un control irregular, comparándose los datos obtenidos con los de 100 pacientes diabéticos cuyo control era el adecuado.

Todos estos pacientes fueron tomados de la población de la U.M.F. no. 2 de Puebla.

Inicialmente el trabajo se pensaba realizar en su totalidad con derechohabientes del consultorio no. 26, pero los enfermos con esta patología no cubrían el mínimo deseado.

Se les aplicó un cuestionario y el apper familiar de Gabriel Smilkstein de Seattle, Washinton E.U., en sus consultorios y sala de espera.

También se acudio a sus domicilios de los pacientes para poder corroborar los datos obtenidos del paciente y de su expediente. Se incluyeron a pacientes entre los 30 y 60 años de edad y de ambos sexos.

A continuación se anexan el cuestionario para valorar el grado de disfuncionalidad existente en pacientes diabéticos no controlados y el apper familiar de Gabriel Smilkstein.

CUESTIONARIO PARA VALORAR EL GRADO DE DISFUNCIONALIDAD EXISTENTE ENTRE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS DE LA UMF no2 DEL IMSS

NOMBRE.....EDAD.....SEXO.....  
OCUPACION.....LUGAR DE RESIDENCIA.....  
DIRECCION.....GRADO ESCOLAR.....  
SUELDO MENSUAL.....TIEMPO DE LABORAR.....  
CANTIDAD DE DINERO DESTINADA AL HOGAR.....  
ACTIVIDAD QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE.....  
TIEMPO DEDICADO A LA FAMILIA.....  
TIPO DE HABITACION.....# DE CUARTOS.....  
# DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HABITAN LA CASA.....  
ALIMENTACION DIARIA.....  
TOXICOMANIAS.....  
TIPO DE TRATAMIENTO.....  
TIEMPO DE PADECER SU ENFERMEDAD.....  
TIEMPO DE TOMAR SU MEDICAMENTO.....  
FALTA CON FRECUENCIA A SU TRABAJO POR SU ENFERMEDAD.....  
LLEVA BUENAS RELACIONES EN SU TRABAJO Y HOGAR.....  
CONOCE SU ENFERMEDAD.....  
SE LE DIFICULTA LLEVAR A CABO SU TRATAMIENTO.....  
LO TRATAN IGUAL O DIFERENTE POR SU ENFERMEDAD EN SU TRABAJO U HOGAR.....

APGAR FAMILIAR PARA VALORAR GRADO DE DISFUNCIONALIDAD EXISTENTE ENTRE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS DE LA UMF no. 2 DEL IMSS DE GABRIEL SMILKSTEIN.

El apgar aplicado a los derechohabientes abarca cinco reactivos que valoran lo siguiente :

I.-La satisfacción de ayuda prestada de su familia al paciente cuando surge algún trastorno relacionado con su enfermedad

II.-Satisfacción de la manera en que sus familiares discuten de igual acuerdo e interes y participa en la resolución de -- problemas comunes.

III.- Si encuentra que su familia acepta sus deseos de tomar nuevas actitudes o cambios en su estilo de vida.

IV.-Si está satisfecho de la forma en que sus familiares expresan afecto y responde a sus sentimientos tales como , ira aflicción y amor.

V.-Si está satisfecho con la cantidad de tiempo que su familia y el paciente pasan juntos.

El paciente elige una de las tres opciones , las cuales son **max** cadaes como sigue ; "casi siempre" (2 puntos), "algunas ocasio-- nes" (1 punto), y "dificilmente" (0 puntos). Los puntos de cada una de las cinco preguntas son entonces totalizadas. Un total - de 7 a 10 sugiere un grado de funcionalidad familiar excelente de 4 a 6 sugiere familia moderadamente funcional y un total de 0 a 3 familia severamente disfuncional.

## RESULTADOS

De los 200 derechohabientes , que fueron estudiados se encontró que ambos grupos de diabéticos hubo un predominio del - sexo femenino el cual correspondio a los diabéticos controlados- (ver tabla 1).

Encontramos en el presente estudio una variación de edades en relación al sexo masculino de 30 a 60 años en los diabéticos no -- controlados y de 36 a 60 años en el grupo controlado; con una media aritmética de 51.3% en el primer grupo y de 51.1% en el segundo grupo; una mediana de 12.5% y 11% ; un modo de 50 a 60 -- años de tipo bimodal en el primer grupo no controlada y de 45 -- años de tipo unimodal en el segundo grupo de diabéticos controlados ; por último un rango de 30 años en el primer grupo y de 39 años en el segundo grupo.

Con respecto al sexo femenino en ambos grupos de estudio , se encontraron los siguientes resultados ; una variación de edades en el grupo de diabéticos no controlados de 32 a 60 años y el segundo de 30 a 60 años ; con una media aritmética en el primer grupo de 54.5% y de 49.6% en el segundo; un modo de 60 años unimodal - y de 55 a 60 años de tipo bimodal en el segundo grupo; por último un rango de 28 años en diabéticos no controlados y 34 en los diabéticos controlados. (ver tabla 2).

El grado de escolaridad de los 200 derechohabientes fue el siguiente ; se encontro mayor cantidad de analfabetas en el grupo de diabéticos no controlados correspondiendole al sexo femenino un porcentaje de 36% ; el nivel primario correspondio al sexo -- masculino con un porcentaje total de 144% en diabéticos controlados con un porcentaje total de 17% , en carrera profesional hubo mayor número de personas del sexo masculino en diabéticos controlados con un porcentaje total de 3%. (ver tabla 3).

También observamos una clasificación acerca del tipo de trata---

miento llevado por cada paciente encontramos lo siguiente :

El tratamiento a base de talbutamida fue el medicamento de mayor utilización correspondiéndole a los diabéticos controlados con 47 casos del sexo femenino con un porcentaje total de 142% , el segundo medicamento de utilización fue la glibenclami da en ambos grupos de estudio siendo en los diabéticos no controlados los de mayor utilización hicieron 13 casos y un porcentaje de 39% del sexo femenino , la utilización de insulina de acción intermedia correspondió al sexo masculino con 5 casos de diabéticos controlados con un porcentaje total de 12% , y a base de dieta se vieron 4 casos correspondiéndole al sexo masculino de diabéticos controlados. (ver tabla 4).

Referente al conocimiento de su enfermedad , como factor importante para poder desencadenar disfuncionalidad dentro del núcleo familiar se encontraron los siguientes resultados :

En sexo masculino se encontró que un 23% de los pacientes no controlados conocía su enfermedad contra un 32% de los diabéticos controlados , un 26% de los primeros desconocía por completo contra un 4% del segundo grupo de estudio.

En sexo femenino se encontró un 35% conocía su enfermedad , con un 42% , y un 16% de los no controlados desconocía por completo su enfermedad contra un 22% del segundo grupo de pacientes diabéticos controlados. (ver tabla 5).

De acuerdo al apgar familiar aplicado a cada paciente en el que se valoraba el grado de disfuncionalidad familiar , encontramos en ambos grupos de estudio que el sexo masculino de diabéticos no controlados a 16 pacientes con aceptable funcionalidad familiar contra 22 de pacientes bien controlados , con grado moderado funcionalidad se encontró en el mismo sexo 21 en el primer grupo de diabéticos no controlados contra 16 del segundo grupo y por último de grado grave de disfuncionalidad familiar correspondió al sexo masculino de los pacientes diabéticos no controlados contra 6 del sexo femenino del segundo grupo de diabéticos.

cos controlados. (ver tabla 6).

Respecto al tipo de disfuncionalidad encontrada en ambos grupos de pacientes se observaron los siguientes resultados, en primer termino se encontró trastornos del afecto con el mayor número de casos entre los diabéticos no controlados con 39 casos, contra 15 del segundo grupo de estudio; en segundo termino se encontró sobreprotección hacia el enfermo de parte de sus familiares con 37 casos en diabéticos no controlados contra 19 en los controlados, en tercer lugar se encontró dificultad de adaptación hacia la enfermedad con mayor cantidad de pacientes entre los diabéticos no controlados con 38 casos contra 16 de los controlados; y por último irritabilidad hacia el enfermo con 19 casos en el primer grupo y 7 en el segundo grupo. (ver tabla 7).

Referente a la asociación de diabétes mellitus con otras patologías se obtuvo la siguiente:

En primer lugar la asociación con hipertensión arterial en la cual se encontró el mayor número de casos entre los diabéticos no controlados del sexo masculino con 16 casos y 6 en el femenino del mismo grupo contra 8 masculinos y 4 femeninos del segundo grupo con buen control de su enfermedad con un porcentaje total de 34%; la obesidad le correspondió el segundo lugar con 23 casos en el sexo masculino y 14 en el femenino de diabéticos no controlados contra 9 masculinos y 14 femeninos de los de buen control médico; la osteoporosis se observó en tercer termino con 4 casos en el sexo masculino y 2 femeninos del primer grupo contra 5 masculinos y 1 femenino del segundo grupo; por último en cuarto lugar encontramos la asociación de diabétes con artritis reumatoide con 3 casos en el sexo masculino y 1 en el femenino de diabéticos no controlados contra 4 masculinos y 2 femeninos del segundo grupo de estudio. (ver tabla 8).

Se aplicó la  $\chi^2$ , donde los valores observados en la encuesta de disfuncionalidad familiar fue mayor en los pacientes diabéticos-no controlados que en los pacientes bajo control médico, habiéndose obtenido mediante la prueba un valor de 11 (once), con una significancia de 0.01 con 3 grados de libertad al cual se le regala I, observándose que la P es menor de 0.01 lo que significa que la probabilidad de semejanza entre lo observado y lo esperado en la encuesta de disfuncionalidad familiar de pacientes diabéticos bajo control médico es menor que en el grupo no controlado por lo que se concluye que la diferencia, es sustancial, real y que la hipótesis alterna se acepta como verdadera la cual mencionaba que la disfuncionalidad era mayor en pacientes diabéticos no controlados que en los pacientes diabéticos bajo buen control médico, esto fue corroborado por las encuestas y datos encontradas en las mismas, como el desconocer su enfermedad, estado cultural de los pacientes etc.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no. 1  
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	# DE D. NO CONTROLADOS	# DE D. CONTROLADOS	%
FEMENINO	51	63	114
MASCULINO	49	37	86
TOTAL	100	100	200

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no. 2

PROMEDIO Y DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

EDAD	D. NO CONTROLADOS		D. CONTROLADOS		TOTAL
	M	F	M	F	
30-34	0	1	3	8	12
35-39	4	2	2	2	10
40-44	3	2	1	4	10
45-49	10	7	5	5	27
50-54	11	6	9	8	34
55-59	10	14	9	15	48
60	11	19	25	04	59
TOTAL	49	51	55	45	200

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no.3

DISTRIBUCION DEL GRADO ESCOLAR POR SEXO.

GRADO ESCOLAR	D. NO CONTROLADOS		D. CONTROLADOS		%
	M	F	M	F	
ANALFABETAS	3	15	7	11	36
PRIMARIA	37	35	24	48	144
SECUNDARIA	8	1	6	2	17
CARRERA.	1	0	2	0	3
TOTAL	49	51	39	61	200

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no.4

DISTRIBUCION SEGUN EL TIPO DE TRATAMIENTO POR SEXO.

MEDICAMENTO	D. NO CONTROLADOS		D. CONTROLADOS		%
	M	F	M	F	
SEXO					
TOLBUTAMIDA	35	36	24	47	142
GLIBENCLAMIDA	9	13	12	5	39
INSULINA INTER.	4	2	5	1	12
DIETA	1	0	4	2	7
total	49	51	45	55	200

FUENTE : ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no. 5  
RELACION POR SEXO DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	SI		NO		TOTAL
	M	F	M	F	
D. NO CONTROLADOS.	23	35	26	16	100
D. CONTROLADOS.	32	42	4	22	100
TOTAL	55	77	30	38	200

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no. 6  
DISTRIBUCION DEL GRADO DE DISFUNCIONALIDAD POR SEXO.

FUNCIONALIDAD	D. NO CONTROLADOS		D. CONTROLADOS		TOTAL
	M	F	M	F	
FAMILIA FUNCIONAL	16	39	22	38	115
FAMILIA MOD. FUNCIONAL.	21	10	16	14	61
FAMILIA DIS-FUNCIONAL.	12	2	4	6	24
TOTAL	49	51	32	58	200

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

**"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".**

CUADRO no. 7

TIPO DE DISFUNCIONALIDAD ENCONTRADA EN AMBOS TIPO DE PACIENTES DIABETICOS CONTROLADOS Y NO CONTROLADOS.

TRANSTORNO	D.NO CONTROLADA	D. CONTROLADA	TOTAL.
1.-TRANSTORNOS DEL AFECTO	39	15	54
2.-SOBREPROTECCION HACIA EL ENFERMO	32	19	51
3.-DIFICULTAD PARA ADAPTARSE A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.	38	16	54
4.-IRRITABILIDAD Y MAL HUMOR HACIA EL ENFERMO.	19	07	26
TOTAL.	128	57	185

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

"DISFUNCIONALIDAD EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES DIABETICOS NO CONTROLADOS".

CUADRO no. 8

DISTRIBUCION POR SEXO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS

ENFERMEDAD	D. NO CONTROLADA		D. CONTROLADA		TOTAL
	M	F	M	F	
I.-HIPERTENSION ARTERIAL	16	6	8	4	34
II.-OBESIDAD	23	12	9	14	58
III.-OSTEOPOROSIS	4	2	5	1	12
IV.- ARTRITIS REUMATOIDE	3	1	4	2	10
TOTAL	46	21	26	21	114

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

### CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expresado , se puede concluir , que para el mejor control de los problemas psicológicos que trae consigo la entidad nosológica como la diabetes mellitus , desencadenan una serie de enfermedades y problemas del núcleo familiar con un gran aumento de la morbilidad en el país.

Por un lado la poca información de parte del médico hacia el paciente a veces resulta ser mínima o nula , siendo mayor en los pacientes diabéticos no controlados que generalmente desconocen totalmente lo que significa su enfermedad y donde se presentan con mayor frecuencia los problemas en la dinámica familiar.

En el presente estudio se observó que son varios los factores que influyen en el mal control de la enfermedad , como el medio donde se desenvuelve el paciente ya que es en las familias muy tradicionales donde los tabúes impiden el control de la diabetes mellitus , la relación médico-paciente es la herramienta más importante en la terapéutica , ya que en la enfermedad física y las relaciones emocionales no pueden tratarse por separado. El éxito del régimen terapéutico depende con frecuencia del conocimiento que tenga el médico acerca de algunas influencias básicas aunque sutiles y que pueden resumirse de la siguiente forma; expectativa del paciente , medio terapéutico del consultorio médico, actitudes mostradas por el médico , el uso de sistemas de alerta para la atención integral.

SE debe realizar una historia clínica completa y de esta manera identificar una lista integral de problemas y planear futuras consultas .

Valdría la pena elaborar gráficos individuales mediante los cuales el médico familiar pueda descubrir en forma fácil alteraciones en la dinámica familiar de pacientes diabéticos no controlados.

En la mayoría de los médicos , el paciente con muchos problemas y al parecer irresolubles engendran sensación de impotencia.

El médico tiene que buscar síntomas y signos que con frecuencia son ignorados por el paciente , el cree que estos son por causa de su edad avanzada . Su reconocimiento y tratamiento oportuno\_ frecuentemente tienen efectos notables sobre el funcionamiento\_ independiente y la calidad de la vida.

El hogar , el conyuge y los amigos son apoyos para asegurar un\_ bienestar social, emocional y físico.

RESUMEN

El poder resolver problemas que surgen de un descontrol en una enfermedad crónica como la diabética, es una labor difícil ya que no solo se tiene que tomar en cuenta a la enfermedad en forma separada, sino, tomar en cuenta los sentimientos del paciente y de su núcleo familiar, ya que la ignorancia obstaculizó el buen manejo de este padecimiento y así, como los hábitos y costumbres de nuestra sociedad que influyen de manera preponderante sobre el manejo del mismo.

En este estudio se pretendió analizar la presencia, ausencia o igualdad de problemas psicológicos dentro del núcleo familiar de pacientes diabéticos no controlados con enfermos diabéticos con buen control médico, de pacientes adscritos a la U.M.F. -- no. 2 del I.M.S.S. de Puebla, . Aplicándose un cuestionario para mostrar el estado sociocultural del paciente diabético y ver de que manera influía este sobre el manejo del paciente, posteriormente se aplicó un apper familiar de Gabriel Smilkstein el cual valoraba el estado funcional que guardaba el núcleo familiar del paciente diabético, se tomaron a pacientes diabéticos no controlados, ya sea por no asistir a su consulta en forma rutinaria, por no llevar a cabo las indicaciones médicas de tipo medicamentoso y dietético y que por lo mismo mostraban muy poco interés sobre su enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Binger CM,. El impacto emocional sobre el paciente y la familia. New Eng McGraw-Hill 1979; Volumen 34:280-310.
- 2.-Bjorn RL.Repercusiones sobre la familia de la diabetes mellitus.Chicago: Aundersna company,1980:35-45.
- 3.-Kaufman KK.Los problemas emocionales orientados a la práctica Chicago: Aundersna company,1980:67-72.
- 4.-Ames RC.Actitud del paciente diabético ante su enfermedad. Canada: J Med,1980:45-56.
- 5.-Marañón GC.Manual de las enfermedades endocrinas y del metabolismo. Buenos Aires: Hachete,1979:221-231.
- 6.-Misky LE.Factores emocionales en el paciente con diabetes mellitus. Chicago: BCM,1981:148-168.
- 7.-Hinkis LE,Wolf SP.Importancia de la vida en stress en el curso y magnitud de la diabetes mellitus. Chicago: Aunders company,1980:115-119.
- 8.-Chagoya LM.Dinámica familiar y patología del desarrollo humano. Hospital Infantil de México,1980:25-38.
- 9.-Minusin SF.Families and family therapy. Cambridge Mass:Harvard University,1974:46-66.
- 10.-Skinner PH.,Shelton RL.Normal processes and disorders. New York: Aunders compañía,1980:245-256.

- 11.-Alfred MC, Socialization of the individual.  
New York: Publishers, 1979:35-56.
- 12.-Acosta RS, Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas. New York: Medical publishers, 1980:345-450.
- 13.-Mayer GW, Alater ES. Transtornos de la personalidad y reacciones neuróticas. Buenos Aires: Edit Paidós, 1980:50-67.
- 14.-Llama RL, Las bases metabólicas y genéticas de la diabetes Mellitus. Hospital Infantil de México, 1980:34-45.
- 15.-Mayer JM, Some aspects of the problems of regulation of food intake and obesity. Canada: J Med, 1979:76-79.
- 16.-Luengas JL, . Los hábitos alimentarios y educación nutricional como causa para prevenir los trastornos nutritivos. Gaceta Médica de México 1979; Volumen 124:245-342.
- 17.-Jinich JO, . Aspectos psicológicos de la diabetes mellitus. Gaceta Médica de México 1980; Volumen 156:110-220.
- 18.-Irvine WJ, Classification of idiopathic diabetes.  
New York: Lancet, 1979:33-45.
- 19.-Fajans SG, Meyer GW. Clinical and etiologic heterogeneity of diabetes mellitus. New York: Medical publishers, 1980.
- 20.-Zenana JL. Concepts ocurridos en la diabetes mellitus.  
New Eng: J Med, 1979:10-15.
- 21.-Jerrett LM, Pathophysiology of the insulin receptor.  
New York: Human Pathol, 1978:295-603.

- 22.-Rubinstein AS.Genetics of juvenile diabetes mellitus.  
Canada: J Med,1979:297-310.
- 23.-Cahill PL.Insulin dependent diabetes mellitus.  
New York: Aunders company,1980:245-267.
- 24.-Raum DL.Genetic marker for insulin dependent diabetes mellitus. New York: Lancet,1979:145-156.
- 25.-Kelly EH.Diabetic control and the late complications of diabetes mellitus. New York: Lancet,1980:356-378.