

11226

69

2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE



División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

**Alteraciones de la Dinámica Familiar en
Pacientes con Complicaciones Tardías
de la Deabetes Mellitus.**

TRABAJO CON
VALIA LA UNISON

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. ANGEL MUÑOZ VALERO

México, D. F.

1992





Universidad Nacional
Autónoma de México



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

| | PAG. |
|-----------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| MARCO TEORICO | 3 |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS | 3 |
| JUSTIFICACION | 30 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 31 |
| HIPOTESIS GENERAL | 32 |
| OBJETIVOS | 33 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACION | 34 |
| CRITERIOS | 35 |
| DEFINICION DE LAS VARIABLES | 36 |
| MATERIAL Y METODOS | 38 |
| TRATAMIENTO ESTADISTICO | 39 |
| RESULTADOS | 42 |
| TABLAS Y GRAFICAS | 44 |
| CONCLUSIONES | 45 |

INTRODUCCION

En la forma más simplista, la salud es aquella situación en la que el individuo se siente bien; lo contrario es la enfermedad, condición caracterizada por el malestar o incomodidad que surge del dolor, la incapacidad u otros síntomas.

La salud y la enfermedad son la expresión de la respuesta fisiológica general del individuo dentro de su ambiente. Las dimensiones física y psicológica de la salud tienen estrechas conexiones, y es difícil determinar la secuencia y la causalidad de una sobre la otra.

Padecimientos menores que se clasifican como triviales, constituyen para quienes los sufren una desviación que rebasa los límites tolerables de la normalidad. En el caso de padecimientos crónicos o con tendencia a la cronicidad como el de la diabetes mellitus, exige por parte del individuo una adaptación que le permita reincorporar se en grado variable a sus actividades normales.

Así, en un grupo la adaptación permite reestructurar las actividades cotidianas, mientras que en otro grupo el individuo con las mismas molestias es un enfermo porque no puede mantener el ritmo de su vida rutinaria y desempeñar un papel social.

En general, hay dos papeles humanos primordiales: primero, la persona como miembro de una familia, y segundo, como elemento de algún grupo de trabajo. El individuo como trabajador produce bienes y servicios y como miembro de una familia apoya física y emocionalmente al bienestar de sus integrantes.

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, - aparecerán en un período estimado en 10 a 15 años promedio, acortándose este lapso en el paciente mal controlado.

La afectación sistémica y paulatina del paciente diabético crea alteraciones frecuentes en el funcionamiento de su dinámica familiar, constatada en sus diferentes indicadores.. En la más de las veces el paciente diabético es el jefe o eje que mantiene la homeostasis familiar, al estar alterada su salud, creará alteraciones también permanentes en su núcleo familiar.

En el presente estudio se investigó en forma comparativa qué alteraciones de la dinámica familiar se encuentran en la familia del paciente diabético, a través de distintos indicadores como los subsistemas familiares. Determinando también en que ciclo de vida se encuentran más frecuentemente, su tipología familiar, etapa familiar y ciclo de vida de la misma.

Determinamos además que complicaciones tardías encuentra el médico familiar en su consulta habitual de este tipo de pacientes.

MARCC TEORICO

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus comprende a un grupo de enfermedades sistémicas, con tendencia a la cronicidad, pro disposición hereditaria, las cuales alteran el metabolismo intermedio, asociándose a una deficiencia en la producción o acción de la insulina, ésto va a conllevar a la elevación anormal de la glucemia postprandial o incluso en ayunas.

En etapas tardías de la enfermedad se acompañará en grado variable, de alteraciones a nivel de pequeños vasos (microangiopatía), aceleramiento del proceso normal de aterosclerosis (macroangiopatía), alteraciones a nivel neuronal, así como en estructuras específicas como cristalino y piel.

En diversos estudios a nivel internacional y nacional se ha demostrado el retraso en la aparición de complicaciones tardías de la diabetes mellitus, en los pacientes con cifras de glucemia lo más cercano a lo normal, demostrando también que cuando ya hay alteraciones, el control estricto parece acelerar el progreso de las mismas.

En pacientes en los cuales el diagnóstico se hace antes de los 20 años, la causa habitual de muerte es por falla renal; en los casos en que el diagnóstico se realiza en la tercera o cuarta década, la muerte ocurre principalmente por infarto al miocardio.

Todo lo anterior se ha realizado en cuanto a la variable independiente.

Refiriéndonos a la variable dependiente, en una revisión que efectuamos analizando diversas tesis que han abarcado esta variable, se ha demostrado alteraciones en las funciones familiares, en la repercusión socioeconómica y en su estructura, aunque hasta la fecha no se ha elaborado un estudio en forma comparativa ni tampoco el que especifique las principales complicaciones que el médico familiar observa y maneja en su consulta diaria.

DINAMICA FAMILIAR

Se define como dinámica familiar al conjunto de interrelaciones mutuas entre cada uno de los integrantes de la familia, en donde se realiza un intercambio de sentimientos y expectativas con el objeto de lograr una organización biosicosocial, la cual se va a encontrar en constante cambio y crecimiento, manteniendo la homeostasis familiar.

La estructura y dinámica familiar dependen del tamaño de la familia, si hay más niños que niñas o bien si su número es igual, sus edades, conducta entre unos y - - otros, gustos y disgustos personales, estado educacional e influencia en el individuo como resultado de factores externos y propios de la familia; el hecho de compartir las responsabilidades en el contexto de las relaciones interfamiliares; posición social de la familia en la comunidad en cuanto a estabilidad económica, filiación religiosa, ideales políticos, patrones culturales y factores hereditarios; interacción entre parientes y amigos; respuestas, tanto de la familia como unidad y de sus miembros de manera individual, a las necesidades de la comunidad; ubicación y conservación de la residencia de la familia; - - oportunidades para el desarrollo de la conducta y personalidad individuales; y sobre todo camaradería, afecto y confianza entre los propios miembros y uniformidad de estos lazos afectivos o falta de los mismos, porque algunos miembros actúen como grupo que funciona dentro de la fami

lia en deterioro de la misma. Las responsabilidades del jefe de familia son múltiples. Además de cuidar la estabilidad económica, se preocupa por la salud de sus miembros y satisface las necesidades esenciales de cada momento y de cada individuo. En algunos países es responsabilidad de los padres incluso orientar a los hijos en vocaciones, profesiones o diversas clases de trabajo, y además mantenerlos durante cierto número de años. Esto puede lograrse mediante crianza, educación y capacitación planeadas para dotarlos de los conocimientos que les ayudarán después a establecerse como miembros de familias independientes.

La dinámica familiar influye siempre en la familia y amolda el pensamiento de la misma hacia conceptos y patrones de conducta más modernos, tanto individuales como colectivos, que ayudan a estabilizar las interrelaciones familiares y conservan mejor su salud.

Ayudarán en la integración familiar la asesoría interna madura durante los estados de salud y enfermedad y las tensiones de otros tipos y la preocupación por prevenir los factores que alteran las buenas relaciones. Por encima de todo, los patrones de relación estable entre los miembros de la familia ayudarán a conservar ésta mediante comprensión de sus papeles individuales en el mejoramiento de la misma, a través de participación activa y voluntaria en la solución de los problemas.

El respeto y el afecto entre unos y otros miembros, es el lazo más firme que puede aplicarse con objeto de lograr la integración de la familia según se en-

tiende por su composición, existencia física; en su apoyo y en su seguridad emocional y psicológica, es decir, vivir y trabajar unos con otros con devoción, dedicación, afecto, amor y disposición. Esta comprensión une a los miembros de la familia con los lazos de la integridad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DINAMICA FAMILIAR

Los factores que influyen en la dinámica familiar son los siguientes: emocionales, psicológicos, económicos, ambientales, morales, éticos, así como las presiones sociales. Estos factores participan en la integración de la familia y cualquier desviación tenderá a influir en su salud, enfermedad, toma de decisiones, en las dificultades, en la desesperación, y en la depresión y sobre todo en el impulso de preservación de la unidad familiar.

La enfermedad es una parte integral de la vida que requiere, en uno u otro momento, atención prioritaria que con más frecuencia produce trastornos económicos, sufrimiento emocional y angustia de todos los miembros de la familia.

La enfermedad de un niño o de cualquiera de los miembros de la familia consume tiempo y dinero necesarios, con gran frecuencia para satisfacer las necesidades elementales de otros miembros; esto suele ocurrir en la mayoría de las familias de la clase media. También puede ocurrir de manera más específica cuando no operan los programas de seguridad social, los otros miembros de la familia suelen sentirse ignorados, y quizá los más pequeños no comprenderán porque reciben menos atención, con la apari-

ción resultante de alteraciones emocionales de diversos tipos, lo que mermará mas aún la tranquilidad y la economía familiar y producirá mas presiones en los padres y en los otros miembros.

La enfermedad, y peor aún si es crónica, produce grados variables de inquietud, preocupación y ansiedad en todos los miembros de la familia que en circunstancias excepcionales pueden manifestarse como negación, intranquilidad, hostilidad, celos e incluso conducta agresiva y otros transtornos emocionales graves. Si existen enfermedades frecuentes en la familia se alteran los patrones de funcionamiento normal de la misma y se deprimirá el estado de ánimo en los distintos individuos, con resultados variables.

El efecto global en la familia es notable y ésta reacciona con precaución en todos los demás problemas, a menos que cuente con grandes poderes para superar las dificultades de otra naturaleza. Se dañará la economía familiar y quizá se producirá mal humor, irritabilidad e intolerancia en todos sus miembros, con los cambios resultantes en la conducta. Estas familias, especialmente las de clase media, tienen que pasar por pruebas y tribulaciones que dejan grandes efectos de naturaleza variable en los individuos, sobre todo en los niños, que crecen con el complejo de miedo y cuya personalidad se altera de manera total. Es deseo de cada miembro de la familia compartir las alegrías y las penas y conservar la posición social de la misma, pero el impacto de las desventajas económicas, el sufrimiento continuo y el miedo a los estigmas sociales tienden a producir desajustes en la fami-

lia, el individuo y la comunidad.

Los padres soportan la mayor parte de la carga, - conforme inician el desarrollo de la familia pero se las aligeran el entusiasmo, el interés, amor y afecto, lo mismo el reconocimiento y respeto que comparten. Uno tras otro de los hijos tienen que cruzar épocas, pasar por los mismos sistemas y recibir la misma atención, la cual debe de ser equitativa y lo más perfecta posible, a fin de evitar traumatismos psicológicos y desequilibrios emocionales, fenómenos que cambian tan a menudo la evolución de la enfermedad y producen infelicidad a los otros miembros de la familia.

El papel de la mujer en la familia es de lo más importante, la madre es el eje, el centro de la atención, quién construye y conserva la estructura familiar, la que cría a sus hijos, les da estabilidad psicológica y emocional y se dedica a la unificación de la familia.

La familia debe de seguir siendo la unidad viva con contribución de cada uno de sus individuos a los aumentos de tamaño, nivel social, prestigio, honorabilidad, dignidad y relación social de la misma y dará ejemplo de tolerancia, comprensión y sacrificio en favor del bienestar común.

Los individuos forman familias, las familias comunidades y las comunidades crean naciones. El individuo saludable es un beneficio para su comunidad y lo mismo lo es la familia saludable. La conservación de la salud de cada uno de los miembros de una familia saludable es no sólo responsabilidad de éstos sino también del médico familiar, que deberá ser siempre el amigo del individuo, el

guía de la familia y el filósofo de la comunidad.

La dinámica familiar está determinada por:

- A) Interacción de cada uno de sus miembros
- B) Intercambio de sentimientos, comportamientos y expectativas
- C) Ciclo de vida de la familia
- D) Estructura familiar
- E) Subsistemas familiares

FUNCIONES DE LA FAMILIA

En la medida que la familia comienza a interactuar con la sociedad, surgen distintos problemas que tienen que ser resueltos. Para que la familia sea funcional debe de cubrir cuatro funciones básicas que son las siguientes:

- 1.- Socialización.- La familia tiene la responsabilidad de transformar al pequeño lactante, en un ser capaz de participar por completo en la sociedad. Durante los primeros años de vida la madre tiene la responsabilidad de socializar al niño con la ayuda del padre como soporte; como indicadores de esta función tenemos a la transmisión del lenguaje, los diferentes tipos de roles, las normas y costumbres.
- 2.- Cuidado y afecto.- Cuidado significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia, aunque cuidado y afecto conceptualmente pueden ser separados en la práctica no es fácil hacer una diferenciación entre los dos, ambos son parte del proceso de socializa-

dición y son recompensados y castigados. La respuesta a la demanda de cuidado va a depender no sólo del acceso que tengan las familias a estos recursos sino también del nivel de conocimientos de las familias para poder utilizarlos. Según Maslow existen 5 tipos o escalones de necesidades.

- A) Necesidades fisiológicas. (hambre, sexo, sed, actividad física).
- B) Necesidades de seguridad: Seguridad y protección
- C) Necesidades de pertenencia y amor
- D) Necesidades de respeto
- E) Necesidad de auto-realización

3.- Reproducción.- Una de las funciones básicas de la familia es la de proveer de nuevos elementos a la sociedad. El matrimonio y la familia han sido designados por excelencia para controlar y regular el ambiente sexual y la reproducción, siendo en la familia el lugar donde el individuo se socializa y desarrolla es también en este sitio donde recibe su primera educación sexual y donde desarrolla su auto-identificación. Desafortunadamente no siempre esta educación es la adecuada e incluso en ocasiones ni existe.

4.- Status.- La familia socializa al individuo dentro de la clase social a la que pertenece y descarga en él todas sus aspiraciones o metas impor

tantes. Teniendo también el status, relación directa con la tradición de cada familia. El conferirle status al niño es el de transmitirle sus derechos y tradiciones.

ETAPAS DE LA FAMILIA

De acuerdo a su propio proceso existencial, la familia ha de ir pasando por diferentes épocas, entre las cuales destacan las siguientes:

- 1.- La Prenupcial
- 2.- La Nupcial
- 3.- La Formación y Educación de los Hijos

I.- ETAPA PRENUPCIAL

En esta etapa se va a dar la elección de la pareja, determinada habitualmente por la decisión de los propios cónyuges.

Diversos autores han agrupado a los principales antecedentes que debieran tomarse en cuenta por aquellas personas que piensan formar un hogar y son:

- A) Haber alcanzado un grado de madurez fisiopsicológica y social.
- B) Tener intereses y actitudes semejantes
- C) Reconocer creencias afines
- D) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- E) Contemplar expectativas económicas semejantes
- F) Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.

G) Situar la relación con la familia política

II.- ETAPA NUPCIAL

Esta etapa está caracterizada por la vida ya conjunta de los cónyuges y abarca desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. Clásicamente se ha considerado a los primeros años como los momentos mas difíciles de ajuste y de conocimiento de la pareja ya que en esta época es donde se afirman los roles que van a tener el padre y la madre.

Entre las obligaciones o tareas de esta etapa destacan las siguientes:

- A) Aporte económico
- B) Cuidados de la casa
- C) Satisfacción de las demandas sexuales
- D) Satisfacción de las necesidades psicológicas

En nuestra cultura se da un tipo de familia a la cual algunos autores han denominado la familia tradicional, en donde el padre es el centro donde gira la actividad económica y social, representando la madre el centro afectivo, misma que da apoyo emocional a todos los miembros de la casa, siendo además la administradora del hogar.

En la sociedad mexicana los estudios hechos señalan que el 75% de las familias pueden ser catalogadas como familias tradicionales.

III.- ETAPA DE FOMACION DE LOS HIJOS

Deben estar preparados y capacitados los cónyuges para tener un hijo, valorar si su deseo es consciente y responsable además de si han logrado la madurez necesaria, la comunicación, respeto, comprensión y amor necesario para poder llegar a formar un individuo dentro de las mejores tradiciones humanísticas de nuestra cultura.

La culminación de este proceso será cuando los hijos obtienen la mayoría de edad, entendiéndose por esto la madurez física, psicológica y social.

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

Las funciones de la familia variarán de acuerdo con el ciclo de vida en que estén; se han descrito cinco fases en su ciclo de vida:

- 1.- Fase de Matrimonio.
- 2.- Fase de Expansión
- 3.- Fase de Dispersión
- 4.- Fase de Independencia
- 5.- Fase de Retiro y Muerte

FASE DE MATRIMONIO

Al unirse dos personas existe la necesidad de -- preparación para la nueva vida que van a llevar a cabo, dentro de las principales áreas de atención en esta fase tenemos las siguientes: Ajuste Sexual, La Información sobre el Control de la Natalidad e Interacción de la personalidad.

Esta etapa finaliza con el nacimiento del primer hijo.

FASE DE EXPANSION

Esta fase ocupa a la pareja en el cuidado y atención de los hijos, iniciando el proceso de socialización en ellos, encontraremos un sinnúmero de problemas por parte de la pareja tales como los niños indeseados, el maltrato a los mismos, etc. Esta fase termina con el ingreso del niño al jardín de niños.

FASE DE DISPERSION

Debiendo estar el niño ya socializado, ahora los padres deben tratar de ayudarlo a ser autónomo y cubrir sus propias necesidades. Las tradiciones inculcadas al joven, deben de significar un reto para él y tratar de ser responsable al momento de enfrentarlas.

FASE DE INDEPENDENCIA

En esta fase tanto padres como hijos deben aprender a ser independientes, pudiendo continuar las funciones de socialización, afecto y estatus. Los nuevos adultos tienen la responsabilidad del cuidado de los padres durante este tiempo.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

Esta etapa caracterizada por desempleo, alteraciones físicas diversas, y en ocasiones con problemas de índole económica, es igual de difícil como planear el principio, aunque en ésta el entusiasmo es mucho menor. Comienza con la fase de independencia en los hijos y concluye con el fallecimiento de alguno de los cónyuges.

LA FAMILIA-CLASIFICACION.

Para los estudios de familia desde el punto de -- vista social, se han encontrado útiles las siguientes clasificaciones:

Desde el punto de vista de composición, existe la familia Nuclear la cual está constituida por padres e hijos exclusivamente.

La familia extensa o extendida, que es aquella compuesta por padres, hijos y otras personas como abuelos, sobrinos, tíos, es decir, además del grupo nuclear, personas con algún parentesco.

La familia extensa compuesta es aquella igual a la anterior pero que incluye además personas sin parentesco, o con parentesco menor que el anterior, como compadres y amigos.

Desde el punto de vista Integración:

La familia Integrada será aquella en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

La Semi-integrada es en la que los cónyuges viven pero no cumplen adecuadamente con sus funciones.

Finalmente, la familia desintegrada es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

SUBSISTEMAS FAMILIARES

Una familia es un sistema que opera a través de pautas, transaccionales. Las transacciones establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse y estas son las que apuntalan al sistema.

Las transacciones son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, el segundo sistema es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Las pautas permanecen en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de los subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Todo subsistema familiar posee funciones específicas a sus miembros, para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

El Sistema Familiar está formado por tres subsistemas:

- A) Subsistema Conyugal
- B) Subsistema Parental
- C) Subsistema Fraternal

A continuación se describe cada uno de ellos:

SUBSISTEMA CONYUGAL

Se forma cuando 2 adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de formar una familia. Tiene tareas específicas, mismas que requieren para su implementación de la complementariedad y de la acomodación mutua.

Tanto el esposo como la esposa deben de ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia, pudiendo convertirse este subsistema en un refugio para el stress y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales debe de fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. En el proceso de acomodación mutua, los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecían latentes, pudiéndose estimular la pareja mutuamente.

SUBSISTEMA PARENTAL

Con el advenimiento del primer hijo se crea un nuevo nivel de formación familiar, debiendo diferenciarse el subsistema conyugal para ejercer la función de socialización de este individuo y trazando un límite que permita el acceso del niño a ambos padres, excluyéndolo al mismo tiempo de las relaciones conyugales. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización, siendo este proceso por demás conflictivo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad es un ingrediente necesario del subsistema parental.

SUBSISTEMA FRATERNO

En este subsistema el niño experimentará relaciones con sus congéneres, apoyándose, en ocasiones aislándose, descargarán sus culpas pero también aprenderán mutua-

mente; en este mundo el niño aprende a negociar, cooperar y competir.

Los límites del subsistema fraterno deben de proteger al niño de la interferencia adulta, para que él ejerza su derecho a la privacidad, tener sus propias - - áreas de interés y disponer de la libertad que equivocase en su exploración.

COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

Las complicaciones crónicas de la Diabetes incluyen principalmente las siguientes:

Complicaciones microvasculares o de microangiopatía, incluyendo en esta categoría a:

- A) Retinopatía
- B) Nefropatía
- C) En cualquier otra estructura

Complicaciones Macrovasculares o de Macroangiopatía (Arteroesclerosis acelerada).

- a) Insuficiencia arterial en vasos coronarios
- b) Insuficiencia arterial de miembros inferiores
- c) Insuficiencia arterial cerebral
- d) Insuficiencia arterial en otros territorios
- e) Neuropatía
- f) Dermopatía
- g) Pie Diabético

RETINOPATIA

La retinopatía diabética es el problema ocular mas serio en los pacientes diabéticos, aunque la ceguera secundaria a retinopatía diabética es del solo el 2%, la diabetes es la causa más importante para el desarrollo de ceguera.

Clasificación e historia natural.

1. Angiopatía retiniana.- Constituye la primera alteración detectable en el estudio de fondo

de ojo y consiste en:

- Enanchamiento venoso
- Grados variables de arterioesclerosis, con -
comprensión en los cruces arteriovenosos.

Retinopatía no proliferativa o de fondo:

1. Formación de microaneurismas: pequeños puntos rojos en la porción posterior de la retina, son raros antes de 10 años de evolución de la diabetes mellitus.
2. Hemorragias: Se pueden observar algunas en la capa plexiforme externa, siendo de forma redondeada y límites regulares.
3. Exudados duros: Corresponden a depósitos intraretinianos de lípidos, distribuidos frecuentemente alrededor de la fovea.
4. Exudados blandos: También llamados algodones, corresponden a pequeños infartos en la capa de fibras nerviosas de la retina, el edema asociado hace ver a los bordes indefinidos.

Retinopatía Proliferativa.

Se caracteriza por la formación de vasos nuevos y proliferación de tejido nervioso, se presenta en el 33% de todos los casos de diabetes.

La génesis de la neovascularización se atribuye a hipoxia retiniana, condicionada por reducción del ácido 2,3-difosfoglicérico en los eritrocitos de los diabéticos, situación que condiciona mayor afinidad del oxígeno por el eritrocito, con la consecuente disminución a los tejidos.

Otro factor también es la oclusión de los vasos retinianos condicionado por el aumento de la adhesividad plaquetaria, aumento de la viscosidad sanguínea, así como del fibrinógeno.

Otros cambios oculares en diabéticos:

La rubeosis iridis (formación de vasos nuevos en la superficie anterior del iris) y la iridocilitis, son los más comunes en diabéticos.

Cataratas.- Los diabéticos desarrollan cataratas más frecuentemente y más temprano que los no diabéticos, la fisiopatología se explica en base a acumulo de polioles que derivan de glucosa mismos que por acción de la aldosa se transforman en sorbitol, el acumulo de éste provocará cambios en la osmolaridad que finalmente darán como resultado la formación de opacidades en el cristalino.

NEFROPATIA DIABETICA

Cualquier estructura renal puede verse afectada por la diabetes mellitus, sobresaliendo las siguientes:

1. Daño glomerular
2. Daño arterial
3. Daño arteriolar
4. Daño intersticial

DAÑO GLOMERULAR

Se han descrito tres diferentes lesiones glomerulares: a) Glomerulosclerosis nodular b) Glomerulosclerosis difusa c) Glomerulosclerosis exudativa.

En la glomeruloesclerosis nodular hay nódulos acelulares en la periferia de los glómerulos de aspecto laminar, siendo ésta la lesión patognomónica de la diabetes mellitus.

Habitualmente después de un período de 10 a 15 años se comienza a detectar en la mayoría de los casos proteinuria; posteriormente ésta se hace más constante y de mayor magnitud, llegando a aparecer el síndrome nefrótico con disminución progresiva de la función renal y aumento de las cifras de urea y creatinina. En el sedimento urinario se detecta inicialmente proteinuria y después cilindros granulados y de grasa, una secuencia habitual en cuanto a complicaciones crónicas es la de retinopatía, proteinuria, hipertensión arterial, edema, síndrome nefrótico y uremia.

Se han detectado cambios arterioescleróticos en las arterias renal interlobular y arcuatas; siendo el hallazgo específico la coexistencia de engrosamiento con hialinización de las arteriolas aferente y eferente del glomérulo.

Se ha detectado también con una mayor susceptibilidad del paciente diabético a infecciones urinarias con complicaciones como: Septicemia, Abscesos renales o perirenales e incluso necrosis papilar.

Se siguen acumulando más evidencias de que el buen control metabólico se asocia con un retardo en la aparición de lesiones, además de un curso mas lento que en los casos con descontrol crónico.

DIABETES Y ATEROESCLEROSIS

La asociación entre estos dos padecimientos es conocida desde hace muchos años. Se sabe que el paciente diabético fallece frecuentemente de enfermedad cardiovascular, siendo la aterosclerosis particularmente común.

Entre los factores asociados con la diabetes y que pudieran estar participando en el daño vascular, se encuentran: Aumento de la viscosidad sanguínea, Aumento del fibrinógeno, Lesión endotelial por hipoxia, Hiperglucemia, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Aumento del tromboxano e Hipersensibilidad a agentes agregantes.

Independientemente del mecanismo puesto en juego, se ha determinado que hasta el 75% de los pacientes diabéticos muere por enfermedad cardiovascular aterosclerosa.

Por lo anterior, se ha recomendado en estos pacientes reducir los niveles circulantes de colesterol, el consumo de grasas saturadas, controlar adecuadamente la tensión arterial, evitar el tabaquismo, fomentar la actividad física, suprimir la obesidad y tratar de llevar el mejor control metabólico.

NEUROPATIA

Quizás esta es la complicación mas frecuente, pudiendo afectar cualquier sitio del organismo.

NEUROPATIA SOMATICA

Su forma más habitual es la polineuropatía localizada principalmente en regiones distales, con distribu-

ción en guante y en calcetín, las alteraciones son bilaterales, simétricas y de afectación principalmente sensitiva, pero con alteraciones motoras asociadas. Entre los síntomas principales están el dolor y las parestesias; el dolor es sordo, ardoroso, con sensación de calambre; aumenta con el reposo y disminuye con la deambulacion. Las parestesias simulan sensación de enfriamiento, adormecimiento u hormigueo, en las formas crónicas existe además depresión e insomnio.

La afectación proximal bilateral, habitualmente asimétrica tiende a afectar los músculos de la cintura pélvica y muslo con atrofia muscular y dolor, caracterizando a la amiotrofia diabética.

MONONEUROPATIAS

Se identifican por la pérdida tanto sensitiva como motora en la distribución de un nervio. Su inicio es en forma súbita, pudiendo afectarse los nervios craneales, principalmente el tercero, cuarto y sexto pares.

En otros sitios, los nervios más comúnmente afectados son el cubital, mediano, radial, femoral, ciático y peroneo. Cuando el inicio es súbito se encontrará dolor. La recuperación puede ser completa a excepción de los nervios oculares.

En el caso de afectación de varios nervios, se denomina como Mononeuropatía múltiple (la amiotrofia diabética en ocasiones se incluye en este rublo).

NEUROPATIA AUTONOMICA O VISCERAL

Las alteraciones más frecuentes son las sudomotoras y vasomotoras.

Principalmente en miembros inferiores podemos encontrar alteración en cuanto a reflejos circulatorios secundarios a la denervación de los vasos sanguíneos (simpática). En el caso anterior existirá una sensibilidad exquisita al frío, produciéndose los espasmos de vasos sanguíneos y aumento en la sudoración.

ALTERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

A nivel esofágico pueden existir alteraciones de la contractilidad, evidenciándose por disfagia y odinofagia.

Gastroparesia.- Esta complicación se observa principalmente en el paciente diabético de larga evolución con mal control de la misma, su inicio es insidioso, presentando en la mitad de los casos manifestaciones clínicas como dolor abdominal difuso, urente, náusea y vómito, describiéndose el típico "cnapaleo gástrico", secundario a retención alimentaria por varias horas. Su evolución es en forma irregular con altas y bajas pero con tendencia a persistir.

Diarrea Diabética.- Asociada frecuentemente a neuropatía somática severa, así como a nefropatía y retinopatía. Clínicamente se encontrará una diarrea explosiva, líquida, de predominio nocturno y/o posprandial. En la génesis de esta diarrea intervienen alteraciones motoras del intestino delgado, que van a provocar dilataciones del mismo, lo cual va a permitir un desarrollo bacte

riano en los sitios de mayor estasis.

ALTERACIONES DEL APARATO URINARIO

Vejiga neurogénica.- Siendo la manifestación neuropática más frecuente del aparato urinario, su inicio es insidioso pero progresivo, hasta la retención urinaria. Esta complicación obedece a alteraciones del sistema nervioso autónomo a nivel pélvico, pudiendo coexistir otras manifestaciones clínicas como la eyaculación retrógrada o la impotencia sexual.

ALTERACIONES CUTANEAS

Dermopatía Diabética.- De presentación mayor en el sexo masculino, resulta de alteraciones vasculares, se caracterizan por lesiones redondeadas bien limitadas, atróficas, hiperpigmentadas, localizadas principalmente en región pretibial.

Entre otras lesiones además de la lipodistrofia secundaria a insulina, se incluyen a la formación de abscesos, furúnculos, micosis y áreas de hiperqueratosis.

PIE DIABETICO

El microtrauma diario, alteraciones óseas previas, deficiencia en la circulación sanguínea, mala higiene y disminución de la sensibilidad son los factores principales, en el paciente diabético para el desarrollo de complicaciones a este nivel.

El déficit circulatorio de los tejidos favorece su necrosis, convirtiéndolos en excelentes medios de cultivo.

La evolución de un proceso séptico en el paciente diabético bien controlado no difiere del paciente no diabético, a diferencia del paciente diabético crónico mal controlado, en el cual existe deficiencia de inmunidad celular con defectos de función de leucocitos a niveles que incluyen la diapédesis, y quimiotaxis, fagocitosis y actividad microbiocida.

Cuando el control del paciente no ha sido el ideal, coexistiendo con alteraciones circulatorias, se va a impedir el acceso de elementos del sistema intrínseco así como el de los antibióticos, agravándose el pronóstico y teniendo que ocurrirse frecuentemente a la amputación.

INFECCIONES EN OTROS TERRITORIOS

A nivel urinario, la vejiga neurogénica, la glucosuria persistente, las alteraciones vasculares y la mayor frecuencia de instrumentación, son factores que hacen más susceptible y de más difícil erradicación, las infecciones que en los pacientes no diabéticos.

Otros sitios con mayor susceptibilidad a infecciones en el paciente diabético son:

Orbitas y senos paranasales. A este nivel la mucormicosis es una infección que se presenta, sobre todo en presencia de acidosis, provocando una destrucción extensa y alteraciones a nivel ocular, senos paranasales y meninges.

Infecciones por gérmenes oportunistas como monilia, aspergillus, etc. también son más comunes en estos pacientes.

La colecistitis enfisematosa con evolución a piocolecisto, la otitis maligna por pseudomona, son otras de las compli-

aciones del paciente diabético crónico.

JUSTIFICACION

Dentro de los padecimientos de tipo degenerativo, la diabetes mellitus continúa siendo el número uno, en cuanto a presentación y en cuanto a repercusiones a distinto nivel del individuo.

Frecuentemente la falta de conocimiento y manejo específico de la misma favorece la aparición de complicaciones propias de la misma, en lapsos relativamente cortos.

Las alteraciones que provoca en el individuo repercutirán tanto en su vida familiar como laboral, impidiendo al individuo la mejor eficiencia.

Por lo tanto el paciente junto con la colaboración del médico familiar deberá identificar, aceptar y adaptarse paulatinamente a un nuevo plan de vida, lo cual le permita el control óptimo de su padecimiento y que éste no afecte directamente en su dinámica familiar, retardando así lo más posible la aparición de las complicaciones de la diabetes mellitus.

Considerando lo anterior se ha elaborado el presente trabajo tratando de abarcar los diferentes aspectos que se alteran en la dinámica familiar del paciente con complicaciones crónicas ya bien establecidas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe relación de asociación entre los pacien
tes adscritos a la consulta externa de la UMF No. 94,
con diagnóstico de diabetes mellitus y sus complicaciones
tardías, con la presencia de alteraciones en su dinámica
familiar ?

HIPOTESIS GENERAL

Las familias de pacientes con complicaciones tardías de la diabetes mellitus presentan una alteración mayor en su dinámica familiar, en comparación a las familias de pacientes no diabéticos, adscritos a la consulta externa de la UMF No. 94.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

INMEDIATOS:

A) Demostrar si hay relación estadísticamente significativa entre las complicaciones tardías de la diabetes mellitus y la alteración de la dinámica familiar de los pacientes adscritos a la UMF No. 94.

B) Demostrar que subsistemas de la dinámica familiar se alteran.

C) Demostrar la tipología más frecuente de estas familias.

D) Demostrar que complicaciones tardías son las más frecuentemente observadas en el consultorio médico familiar.

MEDIATOS:

A) Proporcionar un control más estricto y atención oportuna a los pacientes con manifestaciones incipientes de complicaciones tardías de la diabetes mellitus.

B) Proporcionar atención integral al paciente que presente alteraciones en su dinámica familiar como consecuencia de las mismas complicaciones crónicas.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO

- A) Comparativo
- B) Prospectivo
- C) Transversal
- D) Descriptivo

DEFINICION DEL UNIVERSO

Población adscrita a la consulta externa de la UMF No. 94.

DEFINICION DEL AREA GEOGRAFIA Y TIEMPO

Area geográfica que cubre la UMF No. 94.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes adscritos a la consultaexterna de la UMF No. 94, con diagnóstico de diabetes mellitus y complicaciones tardías propias de la mig ma.

Pacientes adscritos a la consulta externa de la UMF No. 94, sanos.

La población a estudiar se captará en el período comprendido del 10. de septiembre al 10. de noviembre de 1989.

CRITERIOS

INCLUSION

- A) Pacientes con diagnóstico de complicaciones tardías propias de la diabetes mellitus.
- B) Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II.
- C) Pacientes que pertenezcan a la población activa económicamente (De 20 a 60 años).
- D) Pacientes de ambos sexos.
- E) Pacientes que acepten su inclusión al estudio.

NO INCLUSION

- A) Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- B) Pacientes con alteraciones psiquiátricas.

EXCLUSION

- A) Pacientes que no acepten su inclusión al estudio.
- B) Pacientes que no reúnan los criterios de inclusión.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

INDEPENDIENTE.- Complicaciones tardías de la diabetes mellitus.

Incluyen aquellas correspondientes a la microangiopatía, tales como la retinopatía, nefropatía o afectaciones en cualquier otra estructura, así como las secundarias a la macroangiopatía como insuficiencia arterial en vasos coronarios, miembros inferiores, cerebro, o en otros territorios.

Otras complicaciones son la neuropatía, la dermatopatía y el pie diabético.

DEPENDIENTE.- Disfunción familiar.

Alteración del conjunto de interrelaciones mutuas entre los integrantes de la familia donde ya no se realiza un intercambio de sentimientos, comportamientos y expectativas, condicionando lo anterior afectación en la homeostasis familiar.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.-

| SUBSISTEMA CONYUGAL | Nunca (1) | Siempre (2) |
|----------------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| 1. COMPLEMENTARIDAD | | |
| 1.1 SENTIDO DE PERTENENCIA | 1 | 2 |
| 1.2 REFUGIO ANTE EL STRESS EXTERNO | 1 | 2 |
| 1.3 MATRIZ PARA EL CONTACTO CON OTROS SUBSISTS. | 1 | 2 |
| 1.4 FOMENTO DEL APRENDIZAJE | 1 | 2 |

| | Nunca (1) | Siempre (2) |
|-------------------------------|--------------|----------------|
| 1.5 FOMENTO DE LA CREATIVIDAD | 1 | 2 |
| 1.6 FOMENTO DEL CRECIMIENTO | 1 | 2 |
| 2. ACOMODACION MUTUA | 1 | 2 |
| SUBSISTEMA PARENTAL | 1 | 2 |
| II. SOCIALIZACION | 1 | 2 |
| SUBSISTEMA PRATERNO | | |
| III. COMPETENCIA | 1 | 2 |
| COOPERACION | 1 | 2 |
| NEGOCIACION | 1 | 2 |

MATERIAL Y METODOS

La selección de pacientes se realizó en forma aleatoria, tomando como muestra dos grupos de 30 pacientes cada uno, los cuales fueron captados de los diversos consultorios de la UMF No. 94, así como del consultorio No. 26, de la misma unidad en el cual se atienden habitualmente pacientes diabéticos de larga evolución.

Se seleccionaron a los pacientes que reunían los criterios de inclusión, en el lapso de tiempo comprendido del 10. de Septiembre al 10. de Noviembre de 1989.

RECURSOS HUMANOS

Investigador: Dr. Angel Muñoz Valero

Asesora : Dra. Ma. del Carmen Pacheco Gamiño,
médica familiar de la UMF No. 94,
profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar.

Pacientes con complicaciones tardías de la diabetes mellitus, de la CE de la UMF No. 94.

Pacientes sanos o sin diabetes mellitus de la C/E de la UMF No. 94.

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos propios del investigador.

RECURSOS MATERIALES

Consultorio Médico equipado, oftalmoscopio, cintas de destrostix, labstix, expediente clínico, forma especial del paciente diabético (MF/5), hojas de interconsulta a especialidad (Oftalmología, Medicina Interna), formas de laboratorio y gabinete, papel, pluma, lápiz, goma, calculadora, cuestionario.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE LA MUESTRA.

La muestra se obtuvo seleccionando a los pacientes en forma aleatoria, formando dos grupos de 30 pacientes cada uno (grupo sano A y grupo con complicaciones tardías de la diabetes B).

RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se obtuvo a través de la observación por medio de la entrevista clínica.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Por medio de un cuestionario, el cual consta de 52 preguntas, estructuradas de tal manera que nos permita evaluar los diferentes indicadores de la dinámica familiar.

Cuestionario que ha sido avalado por la profesora coordinadora del curso de Especialización en Medicina Familiar.

HIPOTESIS NULA H_0

Las familias de pacientes con complicaciones tardías propias de la diabetes mellitus, no presentan alteraciones en su dinámica familiar.

HIPOTESIS ALTERNA H_a

Las familias de pacientes con complicaciones tardías propias de la diabetes mellitus presentan mayores alteraciones en su dinámica familiar.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA

Alfa: 0.05

TIPO DE PRUEBA

En el presente estudio utilizamos la prueba de la χ^2 , la cual es una prueba NO paramétrica, misma que está indicada para variables nominales y muestras superiores a 20 pacientes.

COEFICIENTE CRITICO

χ^2_c : 2.71

TIPO DE VARIABLES/CATEGORIZACION

| VARIABLES E INDICADORES SUBSISTEMA CONYUGAL | PREGUNTA QUE VALORA | CATEGORIZACION | |
|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|---------|
| | | Nunca | Siempre |
| 1. COMPLEMENTARIEDAD | | | |
| 1.1 Sentido de pertenencia. | 1,2,3,4,5,6 | N | S |
| 1.2 Refugio ante el stress externo. | 7,8,9,10,11 | N | S |
| 1.3 Matriz para el contacto con -- otros subsists. | 12,13,14,15,16 | N | S |
| 1.4 Fomento del -- aprendizaje. | 17,18,19,20,21 | N | S |
| 1.5 Fomento de la creatividad. | 22,23,24,25 | N | S |
| 1.6 Fomento del crecimiento. | 26,27,28,29,30 | N | S |
| 2. ACOMODACION MUTUA | 31,32,33,34,35 | N | S |

| VARIABLE E INDICADORES | No. DE PREGUNTA QUE VALORA | CATEGORIZACION | |
|---------------------------|-------------------------------|----------------|---------|
| | | NUNCA | SIEMPRE |
| SUBSISTEMA PARENTAL | | N | S |
| 2. SOCIALIZACION | 36,37,38,39,40 | N | S |
| 3. SUBSISTEMA FRATERNAL | | | |
| 3.1 COMPETENCIA | 41,42,43,44 | N | S |
| 3.2 COOPERACION | 45,46,47,48 | N | S |
| 3.3 NEGOCIACION | 49,50,51,52 | N | S |

CRITERIOS DE RECHAZO O ACEPTACION

Con χ^2 experimental mayor o igual a 2.71, se aceptará la hipótesis Alternativa y se rechazará la hipótesis nula.

RESULTADOS

Se estudiaron a 30 pacientes escogidos al azar, del consultorio No.26 "Clinica de la Diabetes" ubicado en la UMF.No 94. Estos pacientes presentaban complicaciones tardias propias de la diabetes mellitus.

El lapso de estudio comprendió del 1ro de septiembre al 1ro de noviembre de 1989.

El 73% de los pacientes correspondieron al sexo femenino y el 27% al sexo masculino.

Las edades de los pacientes fluctuaron entre los 40 a los 60 años, con un promedio de 50 años.

El estado civil principal fué el de casado con un porcentaje del 77%.

La ocupación principal fue el hogar(53%), encontrándose el desempleo en 2do lugar.

El nivel de escolaridad mayor detectado fué la primaria in completa.

El tipo de familia más frecuente fué la extensa, integrada, en ciclo principalmente de independencia(54%).

El grupo control, también de 30 pacientes, sin características especiales, tan solo con padecimientos leves o transitorios y adjudicados a la consulta externa de la UMF.No.94

En el Subsistema conyugal, evaluando el sentido de pertenencia se observó que en un 59% se altera, con χ^2 experimental de 10.5.

El Refugio ante el stress externo se encontró alterado en un 55% con χ^2 experimental de 5.2 .

La matriz para el contacto con otros subsistemas se encontró alterada en un 77%, con X^2 experimental de 15.

El fomento del aprendizaje se alteró en un 60% con X^2 experimental de 8.

El fomento de la creatividad se alteró en un 77% con X^2 experimental de 6.8.

El fomento del crecimiento se alteró en un 72% con una X^2 experimental de 8.1

En cuanto a la función de Acomodación mutua, se alteró en un 68% con una X^2 experimental de 6.2

El Subsistema parental se encontró alterado en un 40% con X^2 experimental de 4.3

En relación al Subsistema fraterno, evaluando la función de competencia se encontró alteración en un 27%, con X^2 experimental de 2.9

La función de comparación se alteró en un 32%, obteniéndose X^2 experimental de 4.4

La función de negociación se alteró en un 23% con X^2 experimental de 1.1.

El tipo de complicaciones más frecuentemente detectadas correspondieron a las Neuropatías (100%) seguidas de la retinopatía y nefropatía respectivamente.

TABLAS

Y

GRAFICAS

TABLA DE INDIVIDUOS CON COMPLICACIONES CRONICAS DE LA
 (1) OB. MELLITOS AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO
 DE LA C/E DE LA UMF No. 94

FC

| GRUPOS DE EDAD | S E X O | | | | TOTAL | |
|----------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | NO | % |
| | NO | % | NO | % | | |
| 20-29 | | | | | | |
| 30-39 | | | | | | |
| 40-49 | 2 | 18 | 3 | 16 | 5 | 16 |
| 50-59 | 8 | 73 | 11 | 58 | 19 | 64 |
| 60 MAS | 1 | 9 | 5 | 26 | 6 | 20 |
| TOTAL | 11 | 100 | 19 | 100 | 30 | 100 |

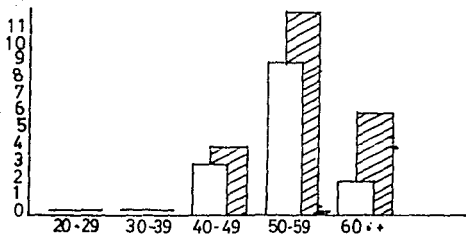
FUENTE ENTREVISTA DIRECTA.

TABLA DE INDIVIDUOS SANOS DE LA C/E DE LA UMF No. 94
 (2) AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO.

| GRUPOS DE EDAD | S E X O | | | | TOTAL | |
|----------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | NO | % |
| | NO | % | NO | % | | |
| 20-29 | 2 | 20 | 8 | 40 | 10 | 33 |
| 30-39 | 4 | 40 | 4 | 20 | 8 | 27 |
| 40-49 | 1 | 10 | 3 | 15 | 4 | 13 |
| 50-59 | 2 | 20 | 4 | 20 | 6 | 20 |
| 60 MAS | 1 | 10 | 1 | 5 | 2 | 7 |
| TOTAL | 10 | 100 | 20 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA.

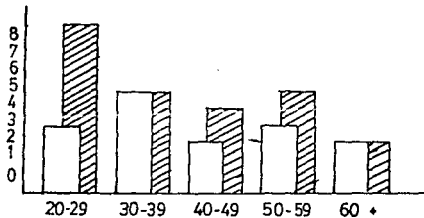
DIAGRAMA DE INDIVIDUOS DIABETICOS COMPLICADOS DE LA C/E DE LA UMF No. 94 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO (1)



FUENTE TABLA 1

Fem. Masc.

DIAGRAMA DE INDIVIDUOS SANOS DE LA C/E DE LA UMF No. 94 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO. (2)



FUENTE TABLA 2

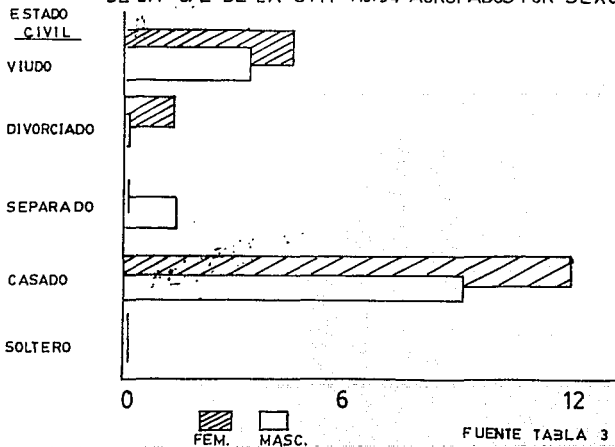
Fem. Masc.

TABLA DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF No. 94 AGRUPADOS POR SEXO.
(3)

| ESTADO CIVIL | S E X O | | | | TOTAL | |
|--------------|----------------|-----|---------------|-----|-------|-----|
| | NUM. MASCULINO | % | NUM. FEMENINO | % | NUM. | % |
| SOLTERO | | | | | | |
| CASADO | 9 | 69 | 12 | 71 | 21 | 70 |
| SEPARADO | 1 | 8 | | | 1 | 3 |
| DIVORCIADO | | | 1 | 6 | 1 | 3 |
| VIUDO | 3 | 23 | 4 | 23 | 7 | 24 |
| TOTAL | 13 | 100 | 17 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA.

(3) DIAGRAMA DEL ESTADO CIVIL DE PACIENTES DIABETICOS DE LA C/E DE LA UMF No. 94 AGRUPADOS POR SEXO.



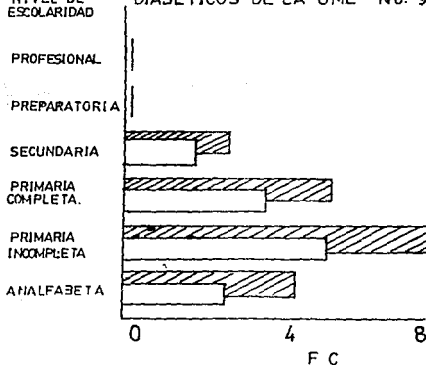
FUENTE TABLA 3

TABLA DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS
(4) DE LA UMF No. 94 AGRUPADOS POR SEXO.

| NIVEL ESCOLAR | S E X O | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | No | % |
| | NUMERO | % | NUMERO | % | | |
| ANALFABET. | 2 | 18 | 4 | 21 | 6 | 20 |
| PRIMARIA INCOMPLETAS | 5 | 46 | 8 | 43 | 13 | 43 |
| PRIMARIA COMPLETA | 3 | 27 | 5 | 26 | 8 | 27 |
| SECUNDARIA | 1 | 9 | 2 | 10 | 3 | 10 |
| PREPARATORIA PROFSNAL. | | | | | | |
| TOTAL | 11 | 100 | 19 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA.

(4) DIAGRAMA DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES
NIVEL DE ESCOLARIDAD DIABETICOS DE LA UME No. 94 AGRUPADOS POR SEXO.



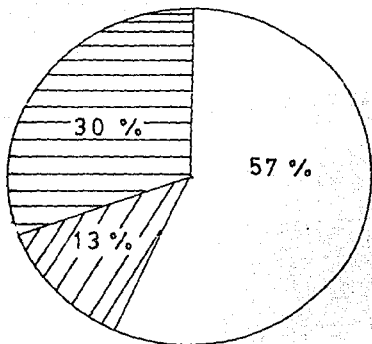
FUENTE TABLA 4




TABLA QUE MUESTRA LA COMPOSICION FAMILIAR DE PACIENTES
 (5) DIABETICOS DE LA C/E DE LA UMF No.94 AGRUPADOS
 POR SEXO.

| COMPOSICION FAMILIAR | S E X O | | | | T O T A L | |
|----------------------|-------------------|-----|-----------------|-----|-----------|-----|
| | M A S C U L I N O | | F E M E N I N O | | NUM. | % |
| | NUM. | % | NUM. | % | NUM. | % |
| NUCLEAR | 5 | 46 | 4 | 21 | 9 | 30 |
| EXTENSA | 4 | 36 | 13 | 68 | 17 | 57 |
| COMPUESTA | 2 | 18 | 2 | 11 | 4 | 13 |
| T O T A L. | 11 | 100 | 19 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA.

(5)
 DIAGRAMA DE LA
 COMPOSICION FAMILIAR
 PACIENTE DIABETICO
 DE LA UMF No.94 C/E



 NUCLEAR
 EXTENSA
 COMPUESTA

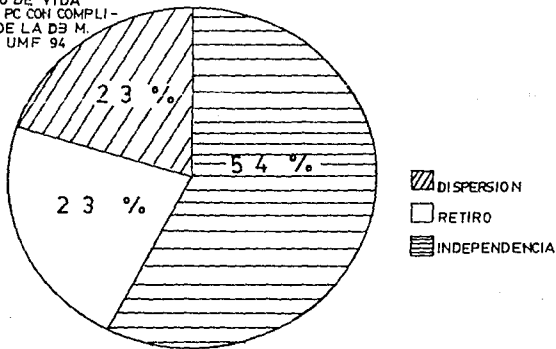
FUENTE: TABLA 5

TABLA QUE MUESTRA EL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE
 (6) CON COMPLICACIONES CRONICAS DE LA D3 MELLITOS ADJUDICADOS
 A LA C/E DE LA UMF N 94 AGRUPADOS POR SEXO

| CICLO DE VIDA FAMILIAR. | S E X O | | | | T O T A L | |
|-------------------------|--------------------|-----|-----------------|-----|-----------|-----|
| | M A S C U L I N O. | | F E M E N I N O | | N U M. | % |
| | N U M. | % | N U M. | % | | |
| MATRIMONIO | | | | | | |
| EXPANSION | | | | | | |
| DISPERSION | 2 | 18 | 5 | 26 | 7 | 23 |
| INDEPENDENCIA. | 6 | 54 | 10 | 53 | 16 | 54 |
| RETIRO O MUERTE | 3 | 28 | 4 | 21 | 7 | 23 |
| T O T A L | 11 | 100 | 19 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA

(6)
 DIAGRAMA DEL CICLO DE VIDA
 DE LA FAMILIA DEL PC CON COMPLI-
 CACIONES CRONICAS DE LA D3 M.
 DE LA C/E DE LA UMF 94



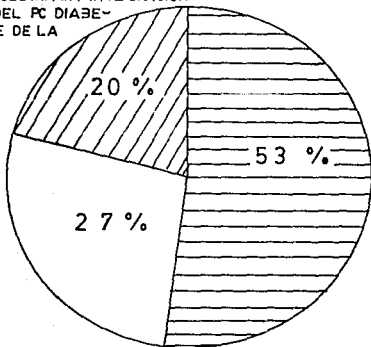
FUENTE: TABLA 6

TABLA QUE MUESTRA LA INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE
(7) DIABETICO DE LA C/E DE LA UMF 94

| INTEGRACION | S E X O | | | | TOTAL | |
|--------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | NUM. | % |
| | NUM. | % | NUM. | % | | |
| INTEGRADA | 3 | 27 | 5 | 26 | 8 | 27 |
| SEMI- INTEGRADA | 2 | 18 | 4 | 21 | 6 | 20 |
| DES- INTEGRADA | 6 | 54 | 10 | 53 | 16 | 53 |
| TOTAL | 11 | 100 | 19 | 100 | 30 | 100 |

FUENTE ENTREVISTA DIRECTA

(7)
DIAGRAMA QUE MUESTRA LA INTEGRACION
DE LA FAMILIA DEL PC DIABE-
TICO DE LA C/E DE LA
UMF 94.



FUENTE TABLA 7

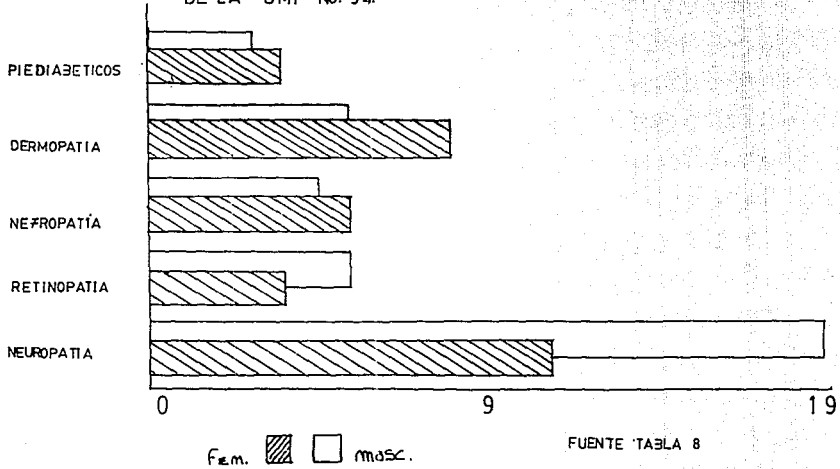
COMPLICACIONES DETECTADAS EN PACIENTES DIABETICOS DE LA
C/E DE LA UMF No. 94

TABLA 8

| COMPLICACIONES | S E X O | | | | TOTAL | |
|--------------------|--------------|------------|------------------|----|-------|-----|
| | MASC NUM. | ULINO % | FEMENINO NUM. | % | NUM. | % |
| NEUROPATIA | 11 | 36 | 19 | 64 | 30 | 100 |
| RETINOPATIA | 3 | 27 | 5 | 26 | 8 | 26 |
| NEFROPATIA | 5 | 45 | 4 | 21 | 9 | 36 |
| DEMIOPATIA | 8 | 26 | 5 | 16 | 13 | 43 |
| PREDIABETI- CO. | 3 | 10 | 2 | 2 | 5 | 16 |

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DETECTADAS EN PACIENTES DIABETICOS DE LA C/E.
DE LA UMF No. 94.



CONCLUSIONES

- 1.- La dinámica familiar se altera en los pacientes con complicaciones tardías de la diabetes mellitus con una χ^2 experimental superior a 2.71. Aceptándose por lo tanto a la hipótesis alterna.
- 2.- El Subsistema que resulta más afectado es el conyugal, siendo las funciones más afectadas la matriz para el contacto con otros subsistemas, el sentido de pertenencia y el fomento del aprendizaje.
- 3.- Un porcentaje importante de esta población presenta bajo nivel escolar, así como desempleo permanente.
- 4.- La familia desintegrada es otra característica frecuente en este grupo de pacientes.
- 5.- Aunque el ciclo de vida observado más frecuentemente fué el de independencia, un porcentaje importante está también en fase de retiro o muerte.
- 6.- La complicación crónica más observada fué la Neuropatía, así como la dermatopatía.
- 7.- Se impone un control estricto en la consulta externa de medicina familiar en este tipo de pacientes, a fin de alargar lo más posible la aparición de este tipo de complicaciones.
- 8.- El manejo del paciente diabético ya con complicaciones tardías deberá de ser en forma integral, cubriendo no sólo aspectos individuales sino también de su dinámica familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Krall p Leo, Manual de Diabetes Joslin
Editorial Continental México DF.. 1987.
- 2.- Malacara M.J, Fundamentos de Endocrinología
Editorial Prensa Médica. 1983, México DF.
- 3.- Arthur C. Guyton, Tratado de Fisiología Mé-
dica, Edit. Interamericana, 7o. edición.
- 4.- Virginia Satir, Psicoterapia Familiar Conjun-
ta, Edit. Prensa Médica, México DF.
- 5.- Harrison, Petserdonf, Medicina Interna.
Editorial Interamericana, México DF. 1987
- 6.- Misael Uribe, Medicina Interna.
Editorial Panamericana, México DF. 1988
- 7.- Medicina Familiar, Dinámica Familiar
Material de Apoyo, México DF.