



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

11226
109

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL REGIONAL MERIDA DEL ISSSTE, YUCATAN

**FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES EN
EL CONSULTORIO 7 MATUTINO DEL HOSPITAL
REGIONAL MERIDA DEL ISSSTE.**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SEFATURA DE CERRAMIENTO Y CANCELACION
HOSPITAL REGIONAL MERIDA DEL ISSSTE

Dr. José Manuel Vidal León

MERIDA, YUCATAN, MEXICO, 1999

286687

2000



ISSSTE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTES EN EL
CONSULTORIO 7 MATUTINO DEL HOSPITAL REGIONAL
MERIDA DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA

DR. JOSE MANUEL VIDAL LEON

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM~~


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR UNAM

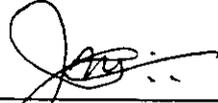

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR UNAM

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSE MANUEL VIDAL LEON

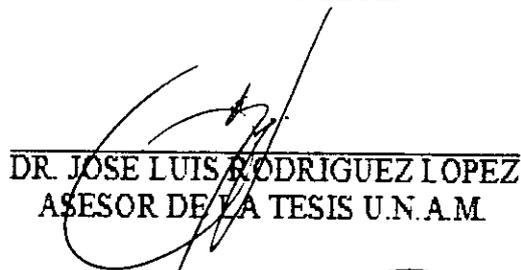
**"FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTES EN EL
CONSULTORIO 7 MATUTINO DEL HOSPITAL REGIONAL
"MERIDA" DEL ISSSTE**



DR. JACINTO MIGUEL RAMIREZ BAHENA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL
ISSSTE CEDE MERIDA



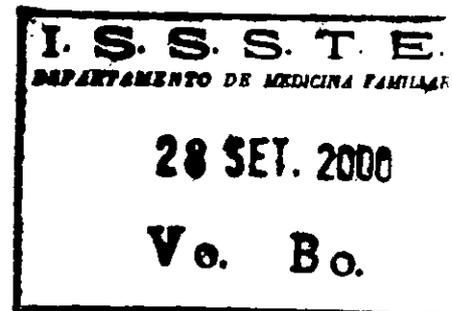
DR. JACINTO MIGUEL RAMIREZ BAHENA
ASESOR DE TESIS



DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ LOPEZ
ASESOR DE LA TESIS U.N.A.M.



DRA. LETICIA EZNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.



MERIDA, YUCATAN DICIEMBRE DE 1999

**FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES EN EL
CONSULTORIO 7 MATUTINO DEL HOSPITAL REGIONAL
MERIDA DEL ISSSTE**

**A DIOS
QUE HA SIDO GUIA
EN TODOS LOS ASPECTOS
DE MI VIDA**

**A MIS QUERIDOS HIJOS
PEDRO MANUEL
ELINA BEATRIZ
MOTIVO PRINCIPAL DE MI
VIDA Y MIS DESEOS DE
SUPERACION**

**A MI ESPOSA
LETICIA SANGUINO M.
POR SU AMOR,
COMPRESION Y
POR SU AYUDA EN LOS
MOMENTOS DIFICILES**

**A MI MADRE
ELINA
POR SUS ENSEÑANZAS AMOR
Y CONSEJOS**

**A MIS HERMANOS
ELINA
ANTONIA
POR SU APOYO Y
POR LOS INOLVIDABLES MOMENTOS
QUE VIVIMOS**

**A MI ASESOR
MIGUEL J. RAMIREZ B.**

**A TODOS AQUELLOS QUE
CONTRIBUYERON DE
ALGUNA MANERA PARA
LA REALIZACION
DE MI ESPECIALIDAD
MUCHAS GRACIAS.**

INDICE

I. Marco Teórico.....	1
a) Clasificación de la Diabetes.....	1
b) Epidemiología.....	2
c) Factores de riesgo.....	3
d) Diagnóstico.....	3
e) Fisiopatogenia.....	3
f) Complicaciones.....	4
g) Tratamiento.....	5
h) Aspectos psicosociales de la diabetes.....	6
i) Apgar familiar.....	7
II. Planteamiento del problema.....	9
III. Justificación.....	9
IV. Objetivo general.....	10
V. Objetivos específicos.....	10
VI. Tipo de estudio.....	11
VII. Hipótesis.....	11
VIII. Población, lugar y tiempo.....	11
IX. El instrumento de evaluación.....	12
X. Criterios de inclusión.....	13
XI. Criterios de exclusión.....	13
XII. Criterios de eliminación.....	13
XIII. Definición de variables.....	14
XIV. Análisis estadístico.....	15
XV. Consideraciones éticas.....	15
XVI. Resultados.....	16
XVII. Análisis de resultados.....	26
XVIII. Conclusiones.....	27
XIX. Bibliografía.....	28

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus es un grupo de padecimientos que se caracterizan por elevación de la glucosa plasmática con la aparición de diuresis osmótica. La enfermedad en muchos de los casos se encuentra genéticamente determinada y el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas con relativa o absoluta a la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta.(18)

CLASIFICACION DE LA DIABETES

A lo largo de la historia, han aparecido diversas clasificaciones de la diabetes. A la luz de los nuevos hallazgos nos parece adecuada la propuesta por el Grupo Nacional de Datos sobre Diabetes de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de 1979.(18)

Divide las clases clínicas en:

DIABETES MELLITUS:

Diabetes Mellitus dependientes de insulina o tipo I (DMID).

Tipo IA hereditaria.

Tipo IB primaria o autoinmunitaria.

Diabetes mellitus no dependiente de insulina o tipo II (DMNID).

En paciente no obeso.

En paciente obeso.

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

ANORMALIDADES DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA (ATG)

No obeso.

Obeso.

Asociada a otras situaciones o síndromes.

CLASES CON RIESGO ESTADÍSTICO

Anormalidad previa de tolerancia a la glucosa.

D.M. o A.T.G. previas, sin alteración bioquímica presente.

Anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa. Pacientes con historia familiar de DM, macrosomía, problemas obstétricos, miembros de tribus con prevalencia alta de DM, gemelo idéntico a otro con diabetes, anticuerpos a islotes positivos, obesos.(18)

Otra clasificación mas reciente de la misma Asociación divide a la Diabetes como Primaria y Secundaria como sigue: (9)

Diabetes Primaria:

A.-Diabetes Mellitus Autoinmunitaria (T I).

1.-Diabetes Mellitus no insulino dependiente transitoria.

2.- Diabetes Mellitus insulino dependiente.

B.-Diabetes Mellitus no autoinmunitaira.

- 1.- Diabetes Mellitus insulino dependiente transitoria.
- 2.- Diabetes Mellitus no insulino dependiente
- 3.- Diabetes juvenil de inicio en la madurez.

Diabetes Secundaria:

Por enfermedades del páncreas.

Por alteraciones hormonales.

Inducidas por fármacos.

Por alteraciones de receptores a insulina.

Asociados a síndromes genéticos.

Otras.

El tipo de diabetes que vemos con mayor frecuencia en la consulta de Medicina Familiar es la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), por lo que centraremos nuestra atención en este tipo para los fines de este estudio.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de la DM es alta y se ha incrementado conforme aumentan los años. Se ha calculado en los Estado Unidos que entre 1979 y 1981, la incidencia fue de 3.17 por 1000 años persona y de 3.22 por 1000 años persona.(18)

En México no se ha calculado la incidencia, pero la prevalencia se ha calculado de casi todos los países.

En los Estados Unidos de Norteamérica se habla de una prevalencia de 1 a 2%, aunque existen grupos étnicos que son mas susceptibles a padecerla, como los Indios Pima que alcanzan tasas de prevalencia hasta del 40%.(9)

En México, se calculó que en 1990 en el área rural existía una prevanlencia de 1.5% y en el área urbana de 6.5%, aunque se ha encontrado comunidades indígenas donde la prevalencia es cero. En Yucatán, para 1962 la tasa era de 1.3%, sin embargo, se piensa que ésta ha aumentado.(10)

En el Distrito Federal, en el mismo año la tasa era de 2.3% y en 1988 se incrementó a 3.2%.(10)

Para 1997 reporta que en el país, la prevalencia es de 3.23% en comunidades rurales y 9.2% en áreas urbanas.

El riesgo de incidencia aumenta con la edad, pero la edad de prevalencia se encuentra entre los 53 y 55 años según diferentes estudios. En cuanto al sexo es ligeramente mas alta en mujeres.(17)

Se ha encontrado que en 32% de las muertes en 1 año, se encuentra como causa asociada o causa contribuyente de la misma.(16)

La principal complicación que causa la muerte es la insuficiencia renal.(16)

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores que se han encontrado mas relacionados con la enfermedad, se encuentran:

La raza. Ya se mencionó la alta prevalencia en los indios Pima en EUA, pero también existen estudios del mismo país que demuestran que es 3.1 veces mas frecuente en los hispanos en comparación con los Sajones.(18)

La obesidad. En fisiopatogenia abordaremos este tema.

Hiperlipidemia.

Tensión arterial elevada.

Presencia de enfermedad vascular periférica.

Baja actividad fisica.

Dieta hipercalórica.

Resistencia a la insulina e hiperinsulinemia.

DIAGNOSTICO.

Generalmente no es difícil hacer el diagnóstico cuando se presentan los síntomas clásicos debidos a la hiperglicemia y diuresis osmótica. El paciente refiere polidipsia, poliuria, polifagia y perdida de peso. En coacciones los síntomas clásicos no se presentan y la primera manifestación puede ser un coma cetoacidótico en la Diabetes T I o un coma hiperosmolar en la Diabetes T II.

Se confirma con la glicemia en ayunas, que de acuerdo con los criterios actuales, cuando se presente por arriba de 126 mg/dl en mas de 2 ocasiones ya se puede hablar de Diabetes Mellitus.

La detección por medio de glicemia en ayunas sobre todo en paciente con alto riesgo con uno o varios de los factores mencionados arriba, es un método que ha ayudado en el diagnóstico temprano aun cuando el paciente se encuentre asintomático.

En casos de duda se puede realizar una curva de tolerancia a la glucosa, que con el simple hecho de mostrar 2 o más valores por arriba de 200 mg/dl., nos hace el diagnóstico de Diabetes Mellitus y se debe iniciar el manejo dietético y de medidas generales para control de la glicemia.(9, 18)

FISIOPATOGENIA.

El desarrollo de la DMNID presenta dos fenómenos que explican toda su fisiopatogenia: la secreción anormal de insulina y la resistencia a la insulina en los tejidos diana.(17)

La historia natural de la DMNID se puede dividir en 3 fases: (23)

1.- La fase normoglicémica que se caracteriza con grados variables de resistencia a la insulina con hiperinsulinemia con aumento en la producción por parte del páncreas.

2.- Fase de hiperglicemia donde se acentúa la resistencia a la insulina.

3.- Disminución de la producción de insulina por parte del páncreas con formación de substancia amiloide en los islotes.

El primero que describió el fenómeno de resistencia a la insulina fue Reaven en 1988 y demostró su asociación con la obesidad, la hipertensión arterial y la hiperuricemia, mencionando que se trataba del mismo síndrome al que le llamó Síndrome X.(23)

Actualmente se habla de distintas alteraciones en los alelos de los genes a nivel de los receptores de membrana para la insulina; se ha demostrado que existen diferencias en la capacidad intrínseca de la mutación del receptor individual y la variabilidad isotípica de los receptores en los tejidos específicos, lo que puede llevar a mutaciones en los tejidos blanco.(23)

Posteriormente, en la segunda fase de la enfermedad, el incremento de los niveles de glucosa, disminuye la secreción de insulina aparentemente al desensibilizar los receptores pancreáticos, lo que perpetúa aun más la hiperglicemia.(23, 25)

COMPLICACIONES.

Una parte importante en la fisiopatogenia de la DMNID es el desarrollo de daño en prácticamente todos los órganos de la economía.

El padecimiento que más lleva a la muerte a los paciente diabéticos es el daño renal.

Los factores de riesgo que hacen que se presente con mayor frecuencia son la hipertensión arterial, la hiperlipidemia y la aterosclerosis.(1)

El desarrollo de las alteraciones renales ha sido objeto de numerosos estudios.

Se ha demostrado que la hiperinsulinemia causa:

- 1.-Induce la proliferación de las paredes arteriolares de los vasos.
- 2.- Promueve la absorción tubular renal de sodio y ocasiona hiperactividad del sistema renino simpático.
- 3.- Promueve la producción hepática de glucosa y VLDL causando hiperlipidemia.

Todo lo anterior causa en el riñón una serie de alteraciones progresivas hasta en el 30% de los pacientes que pueden resumirse como sigue: (11)

- a) hipertrofia con hiperfunción temprana de los glomérulos, lo que incrementa el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular.
- b) Presencia de glomerulopatía microscópica sin manifestaciones clínicas.
- c) Nefropatía diabética incipiente, manifestada por hipertensión arterial, microalbuminemia de 15 a 30 mcg/min o 20 a 500 mcg/24 hrs.
- d) Nefropatía diabética franca, con proteinuria identificable por los métodos convencionales.
- e) Insuficiencia renal crónica con uremia en grados variables.(11)

El paciente diabético también es susceptible a infecciones y por otro lado, la presencia de infección es inductor de hiperglicemia por diferentes factores, entre ellos la producción de antagonistas de la insulina como la hormona del crecimiento, el glucagon, los corticoides y las catecolaminas.(13)

El sitio más frecuente de infección son las vías urinarias y los microorganismos que mas se han relacionado con ella en nuestro medio son E. coli, Estafilococo, Klebsiella y Cándida.(13)

Las neumonías se encuentran en segundo lugar. En ellas se ha encontrado en orden de importancia la Klebsiella, el Streptococcus pneumoniae y el Estafilococo.(13)

El tercer lugar lo ocupan las partes blandas, donde se ha aislado el *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Klebsiella* y *pseudomona*.(13)

Siguen en orden de frecuencia las infecciones de genitales, la gastroenteritis, la TBP y la septicemia.(13)

La mortalidad en estos pacientes llega a ser del 20%.(13)

La DMNID afecta también el sistema cardiovascular. González Ortiz encontró cambios electrocardiográficos en pacientes diabéticas entre el 25% y el 46% dependiendo de la edad. Caballero y cols. encontraron placas de ateroma por medio de ultrasonido a nivel de carótida en el 38% de los pacientes diabéticos y en las arterias iliacas en 42% de los mismos. La dislipidemia en su estudio se presentó en el 28% de los pacientes.(3, 14)

La neuropatía es también una complicación frecuente. Los estudios hechos en base a valoración clínica muestran una prevalencia del 35.8% hasta el 40.8%. Los estudios hechos por medio de valoración de la conducción nerviosa encuentran hasta el 100% de prevalencia.(27)

Un método menos costoso y mas práctico para el estudio de la neuropatía es la valoración por medio de la sensibilidad vibratoria. Con este método, el diagnóstico se eleva hasta el 43%. La presencia y severidad de la neuropatía guarda relación con el control de la diabetes mellitus.(27)

En cuanto a la etiopatogenia de este trastorno, los factores relacionados con la presencia de neuropatía son causados por la hiperglicemia lo que se piensa causa la lesión por trastornos osmolares, otra teoría se refiere a la activación de la vía de los polioles lo cual no esta aun bien aclarado. Por último se piensa que la lesión neurológica se puede deber a la glucación de proteínas.(27)

TRATAMIENTO.

Se ha demostrado que el adecuado control de niveles de glicemia no solo evita las complicaciones agudas, sino que también guarda relación con la disminución en la aparición de complicaciones como la nefropatía, la retinopatía y la neuropatía.(19)

Cuando el diagnóstico se hace en forma temprana, en la primera fase de la DMNID, el tratamiento se debe encaminar a la reducción de la ingesta de carbohidratos, con una dieta hipercalórica pero que llene adecuadamente los requerimientos de proteínas y ácidos grasos esenciales, así como de los diferentes micronutrientes. Los alimentos ricos en fibra disminuyen la absorción de carbohidratos, ayudando con eso al control de la enfermedad. También existen medicamentos que bloquean en paso de estos carbohidratos a la circulación sanguínea.

Esta situación requiere de un cambio en el estilo de vida y apoyo de la familia del paciente para cambiar su forma de comer y de vivir.

Otras medidas incluyen evitar el fumar, el tomar bebidas alcohólicas, hacer ejercicio, bajar de peso y controlar la hipertensión.

Cuando la diabetes se encuentra en la segunda etapa y existen deficiencias en la producción de insulina, se debe iniciar el tratamiento medicamentoso. Este se debe utilizar cuando a pesar de las medidas anteriores, se sigue manteniendo la hiperglicemia en ayuno por arriba de 140 mg/dl.

Un grupo de medicamentos son las sulfonilureas. Estos productos son los más utilizados en el tratamiento de la diabetes. Su función es sensibilizar a las células Beta para secretar más insulina en respuesta a la glucosa y proteínas de la dieta. Mejora el efecto de la insulina a nivel tisular.(20)

Existen diferentes sulfonilureas que varían en su duración, efectividad, potencia, efectos secundarios. Los efectos secundarios se ha encontrado que se presenta cuando mucho en el 5% de los pacientes y su abandono en el 1 a 2 %.

Se llama falla primaria cuando los niveles de glucosa se encuentran por arriba de 104mg/dl. a pesar de las dosis máxima de sulfonilurea al iniciar el tratamiento. Esta se presenta en el 20% de los pacientes.(7)

La falla secundaria es cuando la hiperglicemia se presenta en un paciente que anteriormente se encontraba con el tratamiento y presenta hiperglicemias por mas de 2 meses. La falla secundaria se presenta en 5 a 10 % de los pacientes con tratamiento a base de sulfonilureas.(7)

Otro grupo de hipoglucemiantes son las biguanidas, como el metformín. Su uso disminuyó importantemente a raíz de que se prohibió en los EUA por la presencia de coma cetoacidótico que se llega a presentar como complicación. Sin embargo, la frecuencia de este fenómeno es tan raro, (3 casos por 100,000 usuarios) que los beneficios sobrepasan a los peligros en su uso.(8)

Las biguanidas no estimulan la producción de insulina como las sulfonilureas. Tienen varios mecanismos de acción, pero principalmente disminuyen la absorción de azúcares en el intestino, e incrementan la sensibilidad de los receptores a la insulina a nivel periférico. (8)

En el estudio de Fanghanel, el Metformiín demostró tener una respuesta tan adecuada en el control de la glicemia en pacientes con falla secundaria a sulfonilureas, como el manejo con insulina. Por lo que en la DMNID a resultado una buena opción para el control de la misma.(8)

Cuando existe falla secundaria a hipoglucemiantes orales o cuando las reservas pancreáticas se han agotado completamente, se requiere el uso de insulina. Actualmente existen preparados que difieren en la rapidez de acción y en su duración y por lo tanto, frecuencia de aplicación. Además, los preparados actuales a base de insulina humana, ya no producen el rechazo que anteriormente producían la insulina bobina o porcina.(9)

Otros medicamentos que se pueden utilizar es para el manejo de las complicaciones que puede presentar el paciente, e incluyen antihipertensivos, principalmente bloqueadores de la ECA y bloqueadores de los canales de calcio. (No se prefiere en uso de Beta bloqueadores porque incrementan la resistencia a la insulina). También pueden usarse vasodilatadores, antineuríticos, diuréticos de asa, etc, según sea el caso.(9)

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES.

No se debe olvidar que para el adecuado control de la enfermedad, se debe cambiar el estilo de vida del individuo y con ello el de su familia. El manejo terapéutico que aplique el Médico Familiar debe centrarse en el proceso educativo hacia el paciente y su familia que haga que los pacientes aprendan a manejar su enfermedad.

La realidad es que muchas veces el Médico se concreta a recetar medicamentos y no se involucra en la problemática del paciente. En un estudio realizado por Gil Alfaro en

el primer nivel de atención, encontró un tratamiento inadecuado en el 70.66% de los pacientes.(12)

Hernandez Gamboa y cols., encontraron también en el primer nivel de atención que el 34.2% de los pacientes tenían cifras arriba de 180 mg/dl. Solo el 58.7% de los pacientes habían sido enviados a trabajo social para formación de los grupo de diabéticos y solo el 58.3% fueron enviados a Dietología.(17)

Según Vázquez Estupiñán, existen 4 aspectos psicosociales que influyen en la Diabetes Mellitus:

1.-Factores en la etiología de la Diabetes Mellitus.-Hasta el momento no se ha demostrado plenamente que la diabetes tenga una etiología en los factores emocionales, pero deben hacerse mas estudios al respecto.(26)

2.- Determinantes de fluctuaciones de control metabólico.- No existe una personalidad del diabético determinada como existe en otras enfermedades. Lo que se ha visto que la depresión se presenta en 33% de los pacientes, la ansiedad en el 41%. Se ha encontrado en diferentes estudios que el 38% de los matrimonio sean probablemente funcionales en los diabéticos y el 25 % de las familias son inestables con tendencia a la fusión, con incapacidad para resolver conflictos, con rigidez excesiva. Cárdenas encontró que utilizando el Apgar familiar, la función familiar está relacionada con el control metabólico de la enfermedad.(4)

3.- Consecuencias de la Diabetes producto del desajuste agudo o crónico del paciente frente a la enfermedad.(26)

4.- El hecho de saber que se tiene una enfermedad crónica e incurable, crea un estrés que de no superarse, puede influir en el control de la enfermedad, ya que las catecolaminas bloquean algunos receptores pancreáticos y modifican su fisiología.(26)

Los factores que influyen en la aparición de estrés propias de la enfermedad son el inicio y sobre todo el diagnóstico de la enfermedad, y las hospitalizaciones debido a las complicaciones y la confrontación con diversos tratamientos, así como la cercanía de la muerte.(26)

APGAR FAMILIAR

Antes de terminar con el marco teórico, vale la pena explicar lo que es el Apgar Familiar. Es un método diagnóstico para evaluar la función familiar, el que por medio de 5 preguntas directas, explora las 5 funciones básicas de la familia. Cada pregunta vale 2 puntos y de acuerdo a la respuesta del paciente puede tener valor de 0, 1 o 2. (24)

Cárdenas y cols., evaluaron la función familiar por medio del Apgar familiar en pacientes diabéticos y encontraron que de los pacientes con familias funcionales el 92% tenían un control adecuado de su diabetes; los pacientes con falla metabólica, el 66% eran funcionales; con descontrol el 50% fueron funcionales. Este estudio muestra la relación que existe entre el control de la diabetes y el Apgar familiar. (4)

Mengel, evaluó el Apgar familiar en una clínica de medicina familiar y encontró una importante correlación entre el resultado del Apgar (menor de 6 puntos) con la evaluación subjetiva del médico. (21).

Otros dos estudios, uno de Chau y cols. Y otro de Bell'on Saame-no y cols., han encontrado una adecuada validación del Apgar Familiar y la disfunción familiar por otros métodos. (2, 5)

El instrumento no tiene la sensibilidad y especificidad de otros instrumento pero es sencillo y rápido de aplicar, sobre todo cuando no se cuenta con mucho tiempo para la evaluación del paciente. Por otro lado, la evaluación que hace Smilkstein de su instrumento, obtuvo en sus estudio una buena correlación con la evaluación que realizaron terapeutas familiares en un estudio doble ciego.(6, 24)

Se considera por ello que el Apgar familiar puede ser un instrumento útil para evaluar la función familiar en forma rápida y así planear estrategias de tratamiento en los pacientes diabéticos.

En un estudio realizado por el Dr. Geramo Gonzalez Zavala en la Clínica de Medicina Familiar en Motul, Yuc., se utilizó el Apgar Familiar y un cuestionario que ha sido utilizado en el presente estudio en donde encontró una adecuada correlación entre los resultados y la evaluación clínica. En su estudio, el Dr. González encontró en la población que manejó, que la edad promedio de los diabéticos que estudió fue de 43.6 años con el 66.7% entre los 45 a 64 años. El 70% de ellos fueron del sexo femenino. Su nivel educativo fue bajo, ya que el 10% no sabían leer y escribir y el 53.5% habían cursado solo primaria.(15).

El 60% de las familias fueron extensas, lo que es frecuente en el medio rural.

Solo el 46.7% manifestaron tener conciencia de su enfermedad y el 53% no tenían conciencia de la misma.

La función familiar en sus pacientes diabéticos, el 66% fueron de familias funcionales, sin embargo esto no lo correlacionó con el control de la diabetes.

En cuanto a la relación médico paciente solo en el 20% de los pacientes se concideró buena. (15)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Sin duda, la DMNID es uno de los padecimiento más frecuentes en nuestra población, el cambio del estilo de vida sin duda son factores que condicionan estrés y hace difícil el control y el pronóstico de la enfermedad. Cuando hice mis prácticas de Medicina Familiar en el consultorio No. 7 del Hospital Regional Mérida en el ISSSTE, me surgió la inquietud por tratar de manejar a los pacientes diabéticos en la mejor forma. El primer paso es conocer las condiciones psicosociales que influyen en el control y evolución de estos pacientes.

Por ello nos hicimos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores psicosociales y la funcionalidad familiar de los pacientes que padecen DMNID en el consultorio No 7 de Medicina Familiar en el ISSSTE?

JUSTIFICACION.

La Diabetes Mellitus es un problema serio de salud pública. La prevalencia reportada actualmente entre el 2 y 5% habla de una cifra muy alta.

También se ha reportado un descontrol en el 34.2% de los pacientes, lo que incrementa las complicaciones y la disminución de la calidad de vida y la muerte de muchos diabéticos.

Por otro lado, la investigación de los aspectos psicosociales es fácil de investigar solo dedicándole un poco más de tiempo a los pacientes diabéticos. Actualmente existen diferentes métodos para evaluar la función familiar lo que puede darnos datos muy importantes para planear el manejo de estas familias.

La trascendencia para conocer estos aspectos psicosociales, servirá para planear nuevas estrategias y programas y proponer instrumentos sencillos que puedan ser aplicables y llevar al diagnóstico oportuno de trastornos psicosociales y poder tratarlos en la forma más adecuada para que nos ayuden a que los pacientes diabéticos estén mejor controlados y así prolongar y disminuir el número de complicaciones que se puedan presentar en estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Sin duda, la DMNID es uno de los padecimiento más frecuentes en nuestra población, el cambio del estilo de vida sin duda son factores que condicionan estrés y hace difícil el control y el pronóstico de la enfermedad. Cuando hice mis prácticas de Medicina Familiar en el consultorio No. 7 del Hospital Regional Mérida en el ISSSTE, me surgió la inquietud por tratar de manejar a los pacientes diabéticos en la mejor forma. El primer paso es conocer las condiciones psicosociales que influyen en el control y evolución de estos pacientes.

Por ello nos hicimos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores psicosociales y la funcionalidad familiar de los pacientes que padecen DMNID en el consultorio No 7 de Medicina Familiar en el ISSSTE?

JUSTIFICACION.

La Diabetes Mellitus es un problema serio de salud pública. La prevalencia reportada actualmente entre el 2 y 5% habla de una cifra muy alta.

También se ha reportado un descontrol en el 34.2% de los pacientes, lo que incrementa las complicaciones y la disminución de la calidad de vida y la muerte de muchos diabéticos.

Por otro lado, la investigación de los aspectos psicosociales es fácil de investigar solo dedicándole un poco más de tiempo a los pacientes diabéticos. Actualmente existen diferentes métodos para evaluar la función familiar lo que puede darnos datos muy importantes para planear el manejo de estas familias.

La trascendencia para conocer estos aspectos psicosociales, servirá para planear nuevas estrategias y programas y proponer instrumentos sencillos que puedan ser aplicables y llevar al diagnóstico oportuno de trastornos psicosociales y poder tratarlos en la forma más adecuada para que nos ayuden a que los pacientes diabéticos estén mejor controlados y así prolongar y disminuir el número de complicaciones que se puedan presentar en estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer los aspectos psicosociales mas importante que influyen en el control de la DMNID.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Conocer los siguientes aspectos de los pacientes con DMNID:

- 1.- Edad de los pacientes diabéticos.
- 2.- Sexo de los pacientes.
- 3.- Ocupación de los pacientes diabéticos
- 4.- Escolaridad de los pacientes.
- 5.- Nivel socioeconómico.
- 6.- Funcionalidad de la familia del paciente (evaluada por el Apgar familiar).
- 7.- Conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento dietético y medicamentoso.
- 8.- La influencia de la familia en el control de su enfermedad.
- 9.- Si han existido alteraciones sexuales.
- 10.- La relación que guarda el paciente con su médico.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer los aspectos psicosociales mas importante que influyen en el control de la DMNID.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Conocer los siguientes aspectos de los pacientes con DMNID:

- 1.- Edad de los pacientes diabéticos.
- 2.- Sexo de los pacientes.
- 3.- Ocupación de los pacientes diabéticos
- 4.- Escolaridad de los pacientes.
- 5.- Nivel socioeconómico.
- 6.- Funcionalidad de la familia del paciente (evaluada por el Apgar familiar).
- 7.- Conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento dietético y medicamentoso.
- 8.- La influencia de la familia en el control de su enfermedad.
- 9.- Si han existido alteraciones sexuales.
- 10.- La relación que guarda el paciente con su médico.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo, no intervencionista, transversal, retrospectivo.

HIPOTESIS.

La investigación no tiene hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La población atendida en la Unidad de Medicina Familiar en la Cd. De Mérida, Yucatán, es de 46,600 derechohabientes . El consultorio No. 7 del turno matutino cuenta con 2,103 derechohabientes.

Se obtuvo una lista de los pacientes con diagnóstico de DMNID que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 7 del Servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE en el periodo comprendido del 1 de Marzo al 30 de Septiembre de 1988.

De la lista de pacientes diabéticos, se obtuvo una muestra por medio de números aleatorios de 30 pacientes y el investigador acudió a su domicilio para aplicar dicho cuestionario. El cuestionario fue llenado por el investigador de acuerdo a las respuestas del paciente diabético.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo, no intervencionista, transversal, retrospectivo.

HIPOTESIS.

La investigación no tiene hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La población atendida en la Unidad de Medicina Familiar en la Cd. De Mérida, Yucatán, es de 46,600 derechohabientes . El consultorio No. 7 del turno matutino cuenta con 2,103 derechohabientes.

Se obtuvo una lista de los pacientes con diagnóstico de DMNID que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 7 del Servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE en el período comprendido del 1 de Marzo al 30 de Septiembre de 1988.

De la lista de pacientes diabéticos, se obtuvo una muestra por medio de números aleatorios de 30 pacientes y el investigador acudió a su domicilio para aplicar dicho cuestionario. El cuestionario fue llenado por el investigador de acuerdo a las respuestas del paciente diabético.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo, no intervencionista, transversal, retrospectivo.

HIPOTESIS.

La investigación no tiene hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La población atendida en la Unidad de Medicina Familiar en la Cd. De Mérida, Yucatán, es de 46,600 derechohabientes . El consultorio No. 7 del turno matutino cuenta con 2,103 derechohabientes.

Se obtuvo una lista de los pacientes con diagnóstico de DMNID que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 7 del Servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE en el periodo comprendido del 1 de Marzo al 30 de Septiembre de 1988.

De la lista de pacientes diabéticos, se obtuvo una muestra por medio de números aleatorios de 30 pacientes y el investigador acudió a su domicilio para aplicar dicho cuestionario. El cuestionario fue llenado por el investigador de acuerdo a las respuestas del paciente diabético.

EL INSTRUMENTO DE EVALUACION.

En este trabajo se utilizó como instrumento de evaluación el Apgar familiar así como un cuestionario que fue utilizado en la unidad de medicina familiar de Motul-Yucatán.

El cuestionario consta de 29 preguntas, y se muestra en el anexo.

La mayoría de las preguntas son muy sencillas y solo contienen 2 opciones afirmativa o negativa. De la pregunta 2 a 6 contiene el apgar familiar.

De la pregunta 7 a la 11 se investiga el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad.

De la pregunta 12 a la 16 investiga las repercusiones de la enfermedad tanto a nivel familiar como individual.

Las preguntas 17 y 18 investigan los cambios que el paciente ha tenido en la esfera sexual.

De la pregunta 19 a 24 evalúa la relaciones médico paciente.

El instrumento de evaluación fue utilizado para la evaluación de los pacientes diabéticos en la Clínica del IMSS HRM No 3 De Motul, Yuc. con adecuada aceptación, ya que fue parte del interrogatorio que el Médico Familiar realizó a los pacientes Diabéticos.(15)

Nosotros encontramos adecuado este instrumento, sin embargo, existe partes de él que suprimimos como es el área que investiga la depresión, ya que las preguntas realizadas se hacen en forma directa y pensamos que no evalúa adecuadamente este aspecto.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente.
- 2.- Paciente mayores de 30 años.
- 3.- De ambos sexos.
- 4.- Adscritos al consultorio No. 7 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.
- 5.- Que aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Pacientes No derechohabientes.
- 2.- Pacientes con otro tipo de diabetes.
- 3.- Menores de 30 años.
- 6.- Que no aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- Pacientes que no se encontraron en su domicilio.
- 2.- Pacientes que no contestaron adecuadamente el cuestionario.
- 3.- Pacientes que se encontraban hospitalizados.
- 4.- Pacientes que cursaban con alguna complicación grave de la Diabetes.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente.
- 2.- Paciente mayores de 30 años.
- 3.- De ambos sexos.
- 4.- Adscritos al consultorio No. 7 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.
- 5.- Que aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Pacientes No derechohabientes.
- 2.- Pacientes con otro tipo de diabetes.
- 3.- Menores de 30 años.
- 6.- Que no aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- Pacientes que no se encontraron en su domicilio.
- 2.- Pacientes que no contestaron adecuadamente el cuestionario.
- 3.- Pacientes que se encontraban hospitalizados.
- 4.- Pacientes que cursaban con alguna complicación grave de la Diabetes.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente.
- 2.- Paciente mayores de 30 años.
- 3.- De ambos sexos.
- 4.- Adscritos al consultorio No. 7 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.
- 5.- Que aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Pacientes No derechohabientes.
- 2.- Pacientes con otro tipo de diabetes.
- 3.- Menores de 30 años.
- 6.- Que no aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- Pacientes que no se encontraron en su domicilio.
- 2.- Pacientes que no contestaron adecuadamente el cuestionario.
- 3.- Pacientes que se encontraban hospitalizados.
- 4.- Pacientes que cursaban con alguna complicación grave de la Diabetes.

DEFINICION DE VARIABLES.

El cuestionario investiga las siguientes parámetros:

- 1.- Edad de los pacientes diabéticos. En número de años.
- 2.- Sexo de los pacientes. Dos categorías, masculino o femenino.
- 3.- Ocupación de los pacientes diabéticos.
- 4.- Escolaridad de los pacientes. Investiga si es profesionista, con carrera técnica, con bachillerato, secundaria, primaria y primaria incompleta.
- 5.- Nivel socioeconómico. En base a 3 categorías: de 1 a 2 salarios mínimos, de 3 a 5 salarios mínimos y 5 o más. Evaluada con la pregunta No. 1.
- 6.- Funcionalidad de la familia del paciente (evaluada por el Apgar familiar). Evalúa las 5 funciones básicas de la familia, dando a cada una calificación de 0 a 2, por lo que la suma de las 5 preguntas dará una calificación de 0 a 10. Se consideró como familia funcional con calificación mayor o igual a 7; moderadamente disfuncional de 4 a 6; y altamente disfuncional con calificación menor de 4. Se evalúa con las preguntas No. 2 a la 6.
- 7.- Conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento dietético y medicamentoso. Se investigó si el paciente conoce la diabetes, conoce el nombre de su medicamento, la toma adecuada de los medicamentos, los síntomas de descompensación. Se evaluó con las preguntas 7 a la 11.
- 8.- La influencia de la familia en el control de su enfermedad. Se investigó si la familia conoce su padecimiento, la dependencia a su familia, la sensación de ser una carga, si apoya al paciente en su tratamiento y si lo hacen sentir como una carga. Se evaluó por medio de las preguntas de la 12 a la 16.
- 9.- Si han existido alteraciones sexuales. Se midió por dos preguntas que investigan si el paciente ha disminuido su número de relaciones sexuales así como su deseo sexual. Se evaluó con las preguntas 17 y 18.
- 10.- La relación que guarda el paciente con su médico. Por medio de el nivel de confianza y el interés que ha mostrado su Médico Familiar por su enfermedad. Se plantearon 6 preguntas. Se investigó por medio de las preguntas de la 19 a la 24.

ANALISIS ESTADISTICO.

De la variable número 1 a la 6, se manejó el total de la población en las diferentes categorías, utilizándose los métodos de la estadística descriptiva.

Para el análisis de las variables 7 a 10, se dividió la muestra estudiada en dos grupos. El grupo 1 formado por las familias funcionales y el grupo 2 por las familias disfuncionales. En ambos grupos se sumaron las respuestas afirmativas y negativas y se compararon en ambos grupos para investigar si las diferencias encontradas fueron significativas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada y se utilizó el paquete estadístico Stat 1 para su análisis.

CONSIDERACIONES ETICAS.

A todos los pacientes se les informó que serían objeto de estudio y que sería respetado su anonimato. Al no ser un estudio intervencionista, no pone en peligro la vida o integridad de los pacientes investigados.

ANALISIS ESTADISTICO.

De la variable número 1 a la 6, se manejó el total de la población en las diferentes categorías, utilizándose los métodos de la estadística descriptiva.

Para el análisis de las variables 7 a 10, se dividió la muestra estudiada en dos grupos. El grupo 1 formado por las familias funcionales y el grupo 2 por las familias disfuncionales. En ambos grupos se sumaron las respuestas afirmativas y negativas y se compararon en ambos grupos para investigar si las diferencias encontradas fueron significativas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada y se utilizó el paquete estadístico Stat 1 para su análisis.

CONSIDERACIONES ETICAS.

A todos los pacientes se les informó que serían objeto de estudio y que sería respetado su anonimato. Al no ser un estudio intervencionista, no pone en peligro la vida o integridad de los pacientes investigados.

RESULTADOS

De los 30 pacientes seleccionados, solamente se localizó en su domicilio a 25 de ellos y fue en quienes se aplicó la encuesta.

1.- Con respecto a su edad se encontró una media de 55.8 años con una D.S. de 11.11

2.- En cuanto al sexo, 12 (48%) fueron del sexo masculino y 13 (52%) del sexo femenino.

3.- En cuanto a su ocupación, se encontró; 9 pacientes dedicadas a labores domésticas; 4 maestros de primaria; 2 trabajadores administrativos; 1 Profesionista; 1 obrero; 1 comerciante; 1 profesionista y 6 pensionados.

4.- En cuanto a la escolaridad, 3 pacientes tuvieron estudios profesionales; 5 pacientes estudiaron la normal para maestros; 3 pacientes tuvieron escolaridad de secundaria; 5 pacientes con nivel de primaria completa; y 9 pacientes con primaria incompleta.

5.- En cuanto a su nivel socioeconómico, 24 de ellos manifestaron recibir de 3 a 5 salarios mínimos y 1 reportó ganar 1 a 2 salarios mínimos.

6.- En cuanto a la Funcionalidad Familiar medida por el Apgar, se encontraron 16 familias funcionales; 8 familias catalogadas como moderadamente disfuncionales; y 1 familia catalogada como altamente disfuncional.

7.- En cuanto al conocimiento de la enfermedad, las familias funcionales sumaron 63 respuestas afirmativas y 17 negativas; las familias disfuncionales sumaron 18 respuestas afirmativas y 27 respuestas negativas. Por lo que las familias funcionales tuvieron mejor nivel de conocimiento de su enfermedad en comparación con las familias disfuncionales. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. $p < 0.001$

8.- En cuanto al apoyo que los pacientes perciben de su familia, las familias funcionales respondieron afirmativamente en 56 ocasiones y negativamente en 24 ocasiones. Las familias disfuncionales respondieron afirmativamente en solo 18 ocasiones y negativamente en 27 ocasiones. Como se puede ver, las familias funcionales percibieron mas apoyo por parte de su familia en comparación con las familias disfuncionales. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. $p < 0.05$

9.- En cuanto a las alteraciones en la sexualidad, se obtuvieron en las familias funcionales 20 respuestas afirmativas y 12 negativas. En comparación con las familias disfuncionales con 13 respuestas afirmativas y 5 respuestas negativas. No se encontraron diferencias significativas.

Cuando se analizaron solo a los hombres, el 66.6% de ellos manifestaron disminución en la frecuencia de relaciones sexuales en relación con el inicio de su enfermedad.

10.- En cuanto a la relación del Médico Familiar con el paciente, los pacientes con familias funcionales respondieron afirmativamente en 68 casos y 23 en forma negativa. En cuanto a los pacientes con familias disfuncionales se encontró que 37 pacientes respondieron afirmativamente y 17 respondieron negativamente.

En esta área nos llamó la atención la respuesta que se dio a 2 preguntas:

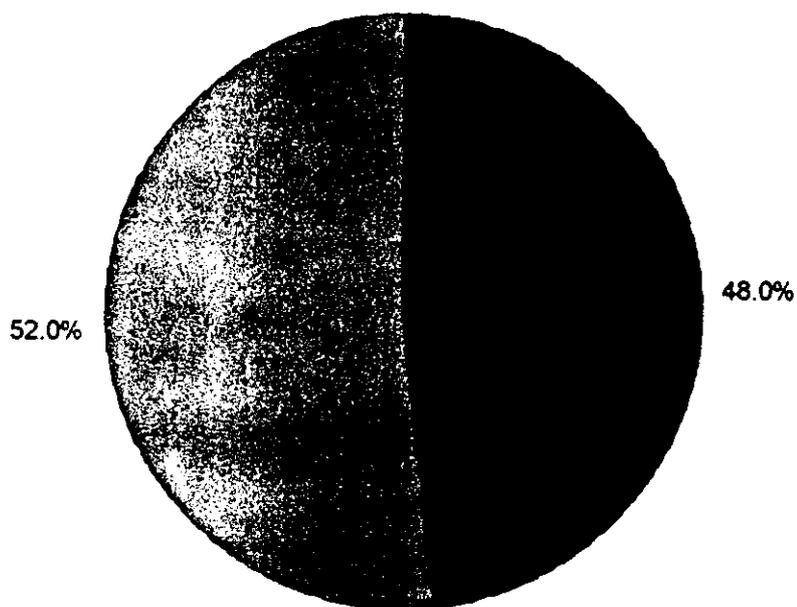
La primera se refiere a la forma en que se descubrió la enfermedad. El diagnóstico fue hecho por el cuadro clínico solo en 6 ocasiones, mientras que en 19 pacientes el diagnóstico fue hecho por detección.

Otra respuesta que llamó la atención fue el hecho de que 11 pacientes confían sus problemas personales a su Médico, mientras que 13 pacientes refirieron que no confían sus problemas personales a su médico.

11.- Solo se pudo realizar niveles de glicemia en 14 pacientes. El promedio de nivel de glucosa fue de 183.2 mg/dl. Se obtuvo el índice de correlación con respecto a la calificación obtenida en el apgar familiar encontrándose una correlación de 0.44 lo que habla de una baja correlación.

SEXO DE PACIENTES DIABÉTICOS INVESTIGADOS			
MASC.	12		48%
FEM.	13		52%
TOTAL	25		100%

EDAD DE LOS PACIENTES



Mujeres

Hombres

Fig. 1.- Sexo de los pacientes diabéticos estudiados en el consultorio de Medicina Familiar No. 7 en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

OCUPACION DE LOS PACIENTES CON DMNIC	
LABORES DOMESTICAS	9
MAESTROS	4
ADMINISTRATIVOS	2
PROFESIONISTAS	1
OBREROS	1
COMERCIANTES	1
PENSIONADOS	6
TOTAL	25

OCUPACION DE PACIENTES DIABETICOS

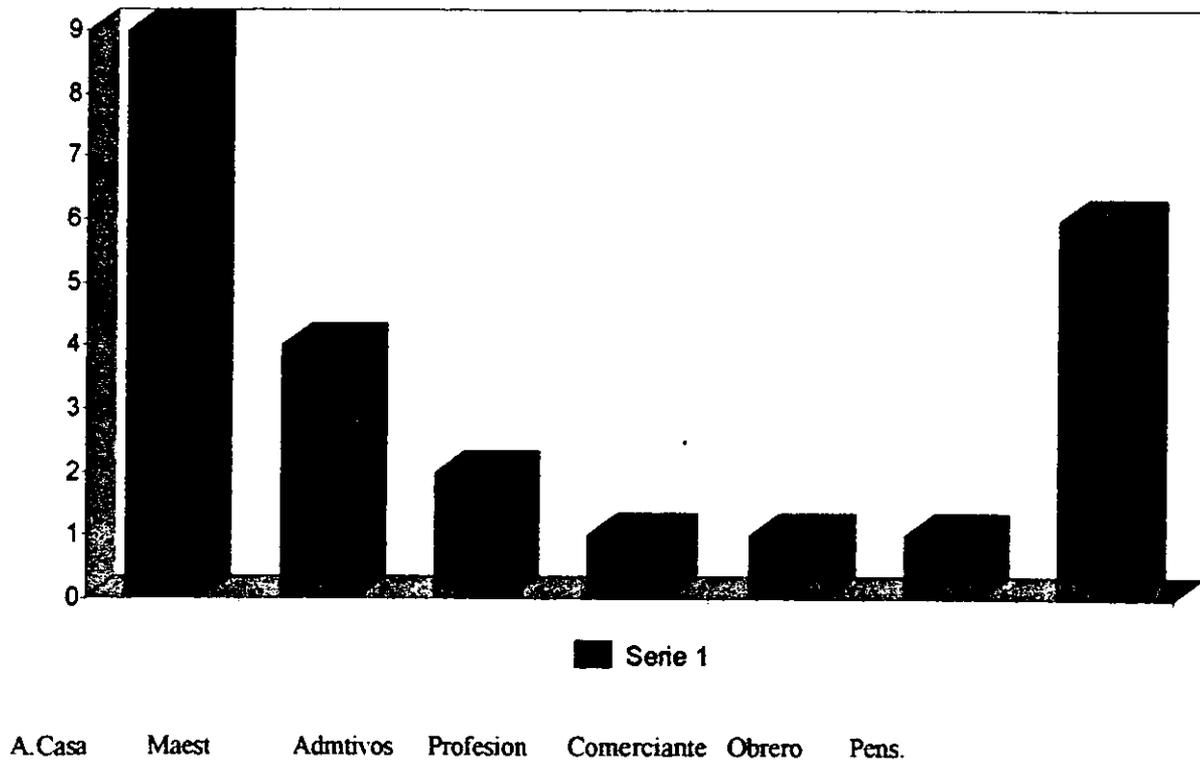


Fig. 2.- Ocupación de pacientes diabéticos del Consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DMNID	
PRIMARIA INCOMPLETA	9
PRIMARIA COMPLETA	5
SECUNDARIA	3
NORMAL	5
PROFESIONISTA	3
TOTAL	25

ESCOLARIDAD DE PACIENTES DIABETICOS

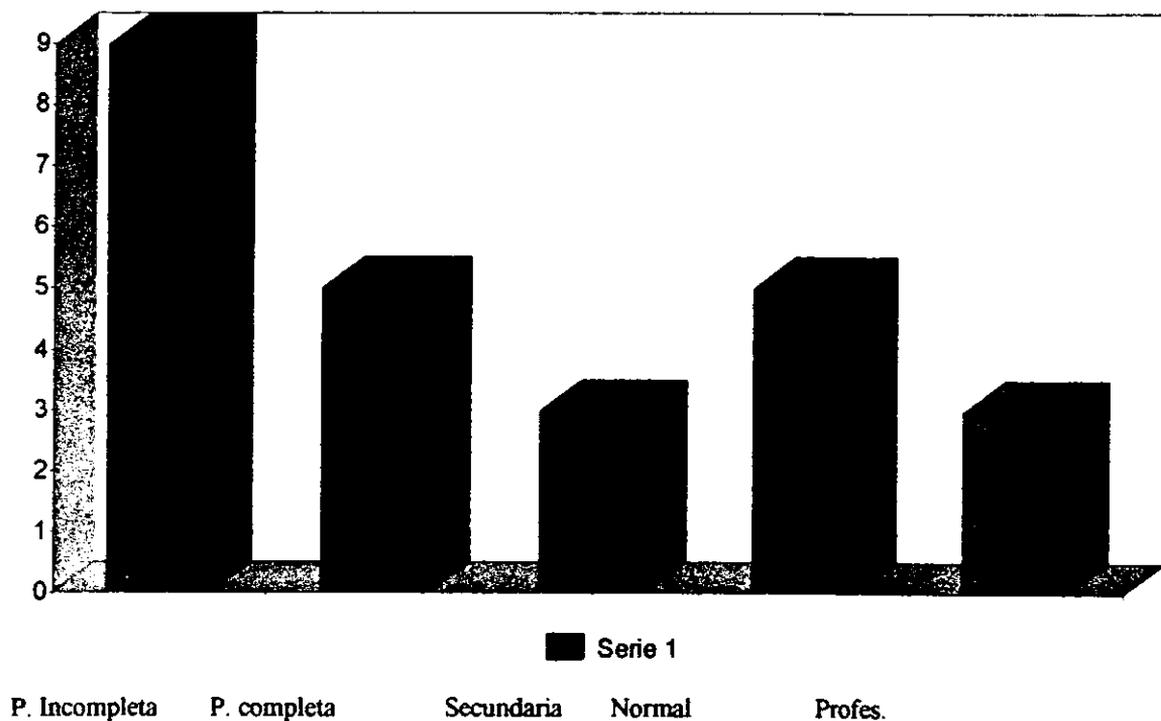
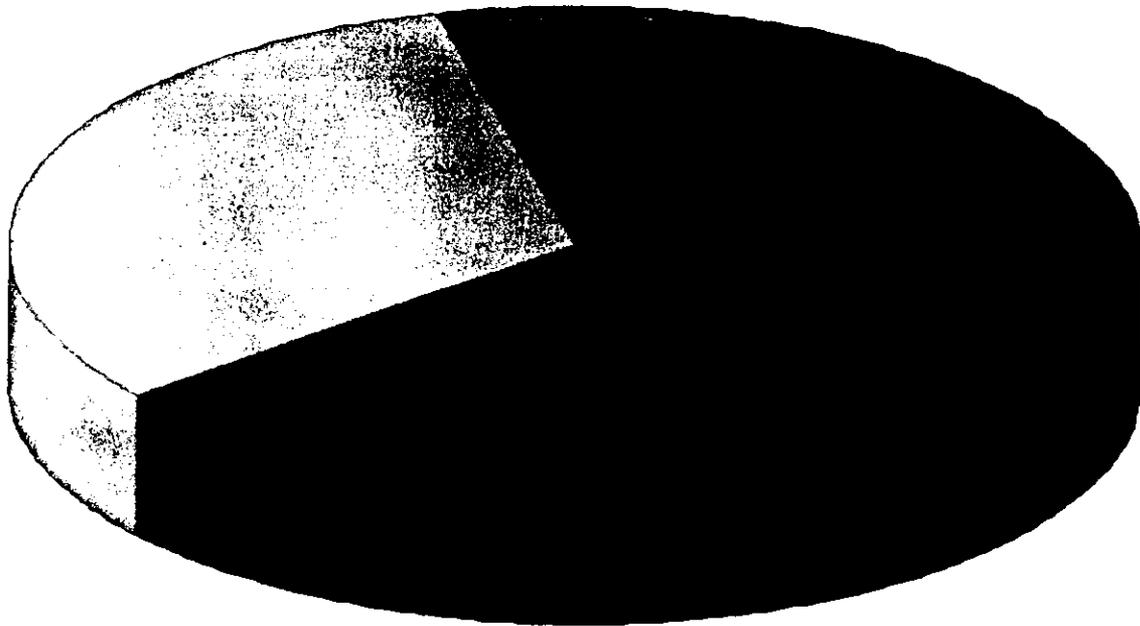


Fig. 3.- Escolaridad de pacientes Diabéticos estudiados en el consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

FUNCIONA FAMILIAR EN FAMILIAS DE PACIENTES DIABETICOS		
	NUMERO	
FAMILIAS FUNCIONALES	16	64%
F. MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	8	32%
F. ALTAMENTE DISFUNCIONALES	1	4%
TOTAL	25	100%

FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICO



Rojo: Fam Funcionales. Verde: Fam. Moderadamente Disfuncionales. Azul: Altamente disfuncionales.

Fig. 4.- Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos estudiados en el consultorio 7 del Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

PERCEPCION DE CONOCIMEINTO DE LA DIABETES EN PACIENTES CON DMND			
TIPO DE RESPUESTA	AFIRMATIVA	NEGATIVA	TOTAL
FAMILIAS FUNCIONALES	63	17	80
FAMILIAS DISFUNCIONALES	18	27	45
TOTAL	81	44	125

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES

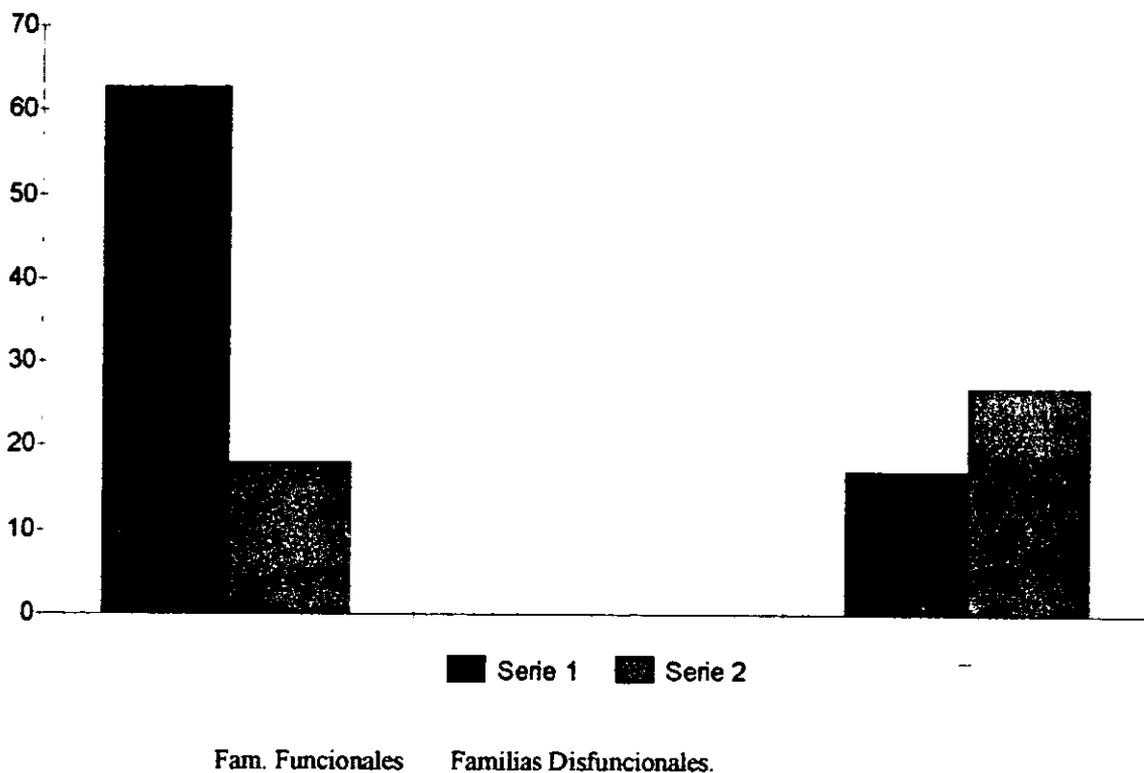


Fig 5.- Nivel de conocimiento de familias diabéticas estudiadas en el consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

APOYO RECIBIDO POR SUS FAMILIAS EN PACIENTES CON DMNID			
TIPO DE RESPUESTA	AFIRMATIVA	NEGATIVA	TOTAL
FAMILIAS FUNCIONALES	56	24	80
FAMILIAS DISFUNCIONALES	18	27	45
TOTAL	74	51	125

APOYO DE FAMILIAS EN PACIENTES DIABETIC

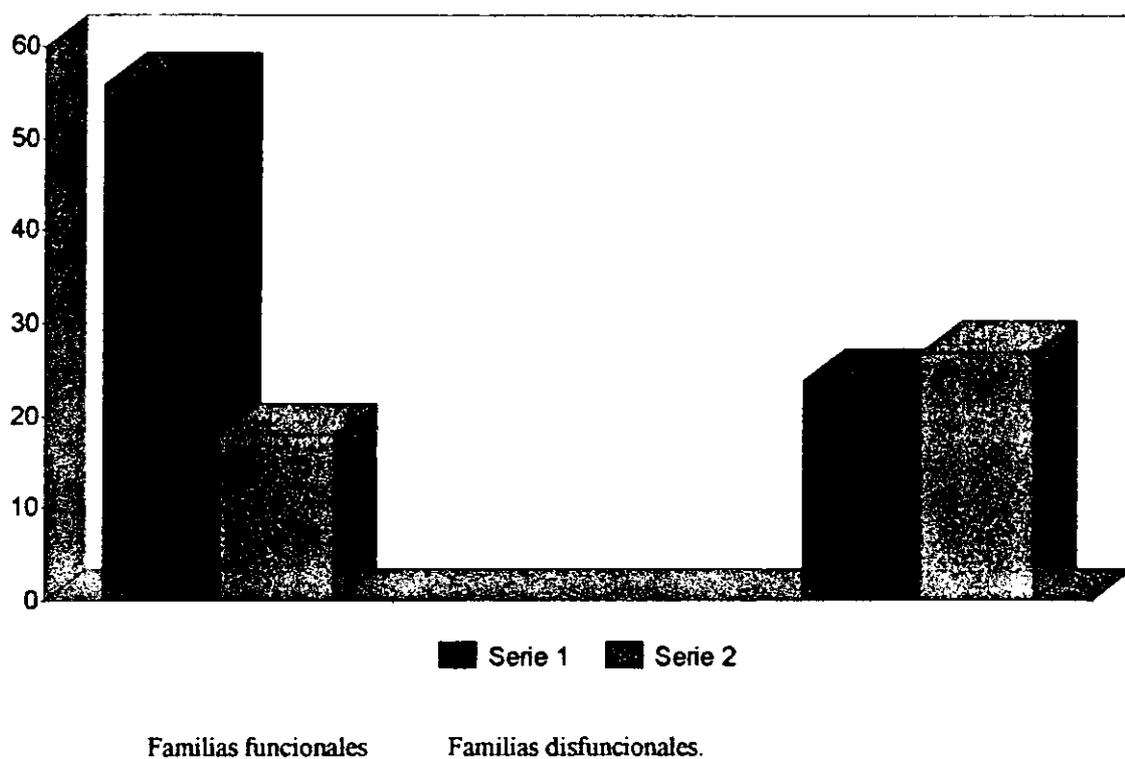
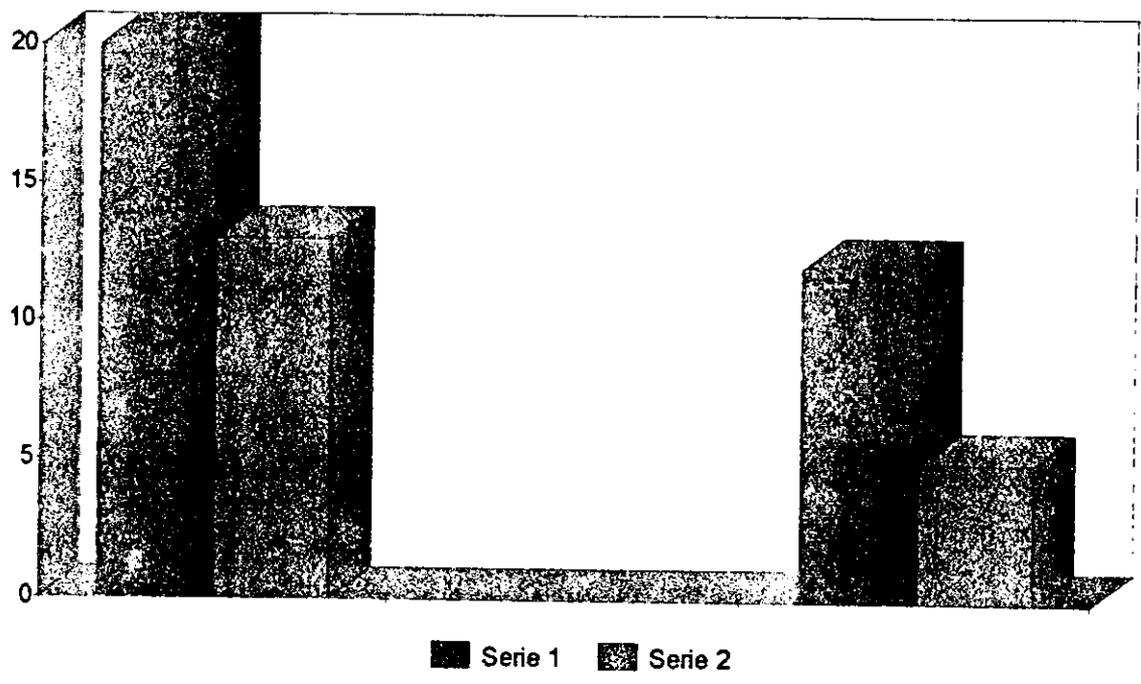


Fig. 6.- Nivel de apoyo recibido por sus familias de pacientes diabéticos estudiados en el consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida.

TRASTORNOS SEXUALES EN PACIENTES CON DMNID			
TIPO DE RESPUESTA	AFIRMATIVA	NEGATIVA	TOTAL
FAMILIAS FUNCIONALES	20	12	32
FAMILIAS DISFUNCIONALES	13	5	18
TOTAL	33	17	50

ALTERACIONES SEXUALES EN PACIENTES DIAB

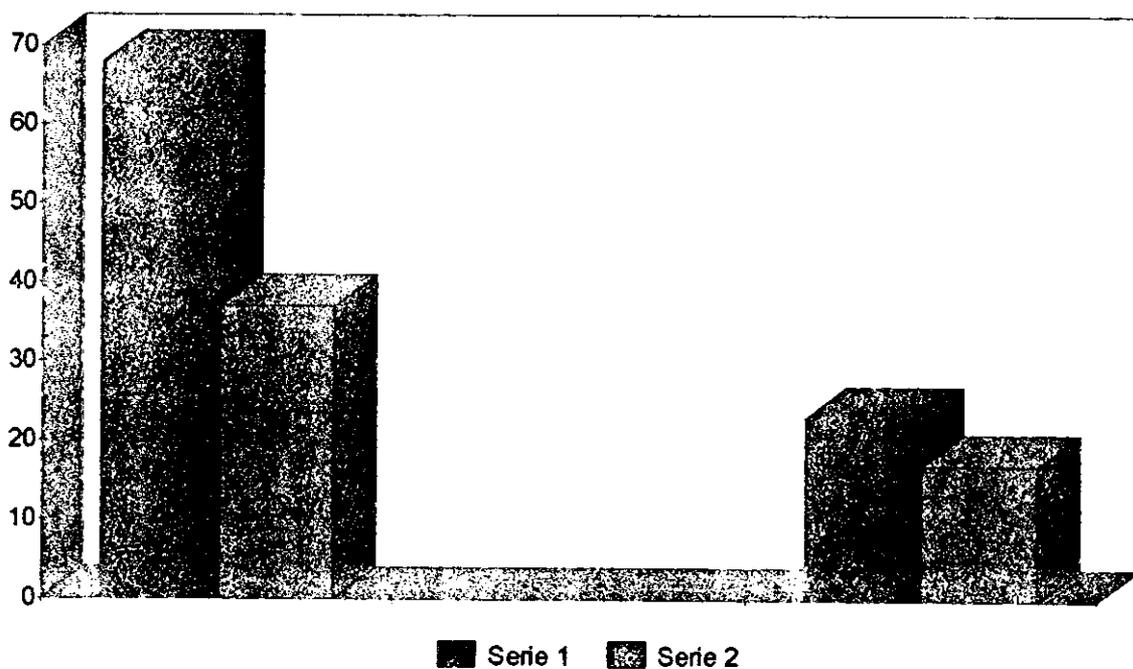


Familias Funcionales Familias Disfuncionales.

Fig. 7.- Trastornos sexuales reportados en un grupo de pacientes diabéticos del consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

PERCEPCION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES			
CON DMNID			
TIPO DE RESPUESTA	AFIRMATIVA	NEGATIVA	TOTAL
FAMILIAS FUNCIONALES	68	23	91
FAMILIAS DISFUNCIONALES	37	17	54
TOTAL	105	40	145

RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES D



Familias Funcionales Familias Disfuncionales.

Fig. 8.- Relación Médico Paciente según como la perciben los pacientes diabéticos en el consultorio 7 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

1.- En cuanto a la edad, los datos obtenidos en este estudio son similares a los de otros estudios, ya que obtuvimos una edad promedio de 55.8 con D.S. 11.11

2.- En cuanto al sexo, en nuestra muestra existe mas mujeres que hombres, lo que también es consistente con lo que dice la literatura. Incluso en estudio de Gonzáles menciona un 70% de mujeres y 30% de hombres diabéticos.

3.- En cuanto al tipo de trabajo, encontramos una gran cantidad de amas de casa, y observamos mayor número de pacientes administrativos en comparación con otros estudios, por el tipo de población que nosotros manejamos.

4.- Encontramos un número alto de pacientes con primaria incompleta, pero en general, el nivel académico fue mayor al de otros estudios por nuestro tipo de derechohabientes.

5.- En cuanto al porcentaje de disfunción familiar, se encontró una cifra mayor (64%) a la reportada por Vázquez Estupiñán (28%). Quizá, el mayor nivel educativo de nuestros derechohabientes influya a aceptar mejor su padecimientos y no creen tantas disfunciones familiares. También pueden influir aspectos de tipo cultural propios de la región.

6.- En cuanto al conocimiento que mostraron las familias funcionales, fue significativamente mayor a la de las familias disfuncionales, lo que demuestra como influye la función familiar en el cuidado que tienen los pacientes con respecto a su padecimiento, y es reflejo de las alteraciones emocionales que se presentan en las familias disfuncionales.

7.- En cuanto a la percepción del apoyo que brinda su familia a los pacientes diabéticos, también es reflejo de la funcionalidad familiar. En el estudio se pudo observar claramente como las familias funcionales tienen la percepción de que su familia los apoya mas con respecto a las disfuncionales. También las diferencias observadas fueron estadísticamente significativa.

Cárdenas y cols encontraron buena correlación del apgar y el control de la diabetes. En nuestro estudio, el indice de correlación entre el nivel de glicemia y la calificación de Apgar familiar fue de 0.44 que se concidera moderada correlación. Probablemente al aumentar la población estudiada esta correlación se incremente.

8.- En cuanto a las disfunciones sexuales, las diferencias entre los dos grupos no son significativas y la frecuencia fue del 66% en el total de la población. Frati y cols. reportan una frecuencia en hombres de 33% y aparentemente no tiene que ver con factores emocionales sino con daño neurológico autonómico. En nuestro estudio, al analizar solo a los hombres, se obtuvo una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales de 66.6%

9.- En cuanto a la relación médico paciente no existieron diferencia entre los dos grupos, lo que habla de una consistencia en el trato por parte del médico familiar a pesar de la función familiar. Llama la atención que en 19 pacientes, el diagnóstico se hizo por detección de glicemia, mientras que en 6 pacientes se hizo en base al cuadro clínico, lo que es consistente con lo que se menciona en la literatura que dice que la mayoría de las veces, la enfermedad es asintomática.

Este estudio tiene la limitante de haber recabado una muestra reducida, sin embargo, aportó resultados interesantes muchos de ellos en relación con la literatura.

El instrumento es aplicable y pienso que se puede utilizar a mayor escala en nuestro hospital con el fin de hacer una evaluación integral del paciente diabético. Un estudio de mayor escala podría obtener mejores resultados.

Sin embargo el instrumento se puede mejorar y utilizar algunos instrumentos que pudieran tener mayor sensibilidad que el Apgar Familiar, como es el McMaster o el FACES además de poder utilizar algunos otros instrumentos para medir la depresión que no se hizo en este trabajo, por ejemplo con el test de Zung. Este es un primer acercamiento para una evaluación integral de los pacientes diabéticos y en donde se obtuvo unos resultados similares a lo reportado por otros autores.

CONCLUSIONES.

- 1.- La edad de los pacientes diabéticos de 55.8 años con D.S. de 11.11 es similar a la reportada en otros estudios.
- 2.- En cuanto al sexo, la prevalencia de la diabetes es un poco mayor en las mujeres.
- 3.- En esta población, la función familiar evaluada en base al apgar familiar resultó mayor (64%) que en otros estudios, lo que habla de una mejor adaptación a su enfermedad en comparación con otras poblaciones.
- 4.- El conocimiento de la enfermedad en esta población fue mayor en las familias funcionales en comparación con las disfuncionales.
- 5.- El grado de apoyo que perciben los diabéticos estudiados es mayor en las familias funcionales en comparación con las familias disfuncionales.
- 6.- La disminución de las relaciones sexuales no se ha correlacionado con la disfunción familiar en los pacientes diabéticos.
- 7.- La relación médico paciente y el grado de confianza en el médico no influyó en el control de la diabetes.
- 8.- En este estudio no se pudo establecer una fuerte correlación entre la glicemia y la calificación del Apgar Familiar, sin embargo, otros estudios muestran que los pacientes con descontrol metabólico tienden a presentar mayor disfunción.
- 9.- Se requiere de re evaluar los instrumentos de medición y realizar estudios con mayor cantidad de población para obtener conclusiones mas contundentes.

Este estudio tiene la limitante de haber recabado una muestra reducida, sin embargo, aportó resultados interesantes muchos de ellos en relación con la literatura.

El instrumento es aplicable y pienso que se puede utilizar a mayor escala en nuestro hospital con el fin de hacer una evaluación integral del paciente diabético. Un estudio de mayor escala podría obtener mejores resultados.

Sin embargo el instrumento se puede mejorar y utilizar algunos instrumentos que pudieran tener mayor sensibilidad que el Apgar Familiar, como es el McMaster o el FACES además de poder utilizar algunos otros instrumentos para medir la depresión que no se hizo en este trabajo, por ejemplo con el test de Zung. Este es un primer acercamiento para una evaluación integral de los pacientes diabéticos y en donde se obtuvo unos resultados similares a lo reportado por otros autores.

CONCLUSIONES.

- 1.- La edad de los pacientes diabéticos de 55.8 años con D.S. de 11.11 es similar a la reportada en otros estudios.
- 2.- En cuanto al sexo, la prevalencia de la diabetes es un poco mayor en las mujeres.
- 3.- En esta población, la función familiar evaluada en base al apgar familiar resultó mayor (64%) que en otros estudios, lo que habla de una mejor adaptación a su enfermedad en comparación con otras poblaciones.
- 4.- El conocimiento de la enfermedad en esta población fue mayor en las familias funcionales en comparación con las disfuncionales.
- 5.- El grado de apoyo que perciben los diabéticos estudiados es mayor en las familias funcionales en comparación con las familias disfuncionales.
- 6.- La disminución de las relaciones sexuales no se ha correlacionado con la disfunción familiar en los pacientes diabéticos.
- 7.- La relación médico paciente y el grado de confianza en el médico no influyó en el control de la diabetes.
- 8.- En este estudio no se pudo establecer una fuerte correlación entre la glicemia y la calificación del Apgar Familiar, sin embargo, otros estudios muestran que los pacientes con descontrol metabólico tienden a presentar mayor disfunción.
- 9.- Se requiere de re evaluar los instrumentos de medición y realizar estudios con mayor cantidad de población para obtener conclusiones mas contundentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahumada Ayala. "Proteinuria y aterogénesis en la Diabetes Mellitus". Revista de endocrinología y nutrición. Oct.-dic 1993; 1(3) : 77-81.
- 2.- Bell'on Saame-no."Vality and reliability of the family Apgar family function test". Aten. Primaria. Oct. 1996; 18(6): 289-96.
- 3.- Caballero Gonzalez y cols. "Ateroesclerosis carotídea e iliaca en pacientes con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente". Medicina Interna de México. Nov-dic 1997; 3(6): 259-262.
- 4.-Cárdenas y cols. "Adult onset diabetes mellitus. glycemc control and family function". Am. J. Med. Sci. 1987; 293: 28-33.
- 5.- Chau, TT. "The use of Family Apgar index in OPD". Kao Hsiung I Hsueh Tsa Chih. Feb. 1991; 72 (2): 75-80.
- 6.- Chavez Aguilar y cols. "Disfunciones familiares en el subsistema conyugal. Criterios para su evaluación". Revista médica del IMSS; Ene-feb 1994; 32(1): 39-42.
- 7.- Fanhanel y cols. "Tratamiento combinado de hipoglucemiantes orales con insulina en Diabetes Mellitus T II de difícil control". Revista de Endocrinología y Nutrición. Ene-marzo 1994; 1(4): 101-105.
- 8.- Fanhanel y cols. "Metformin's effects on glucose and lipid metabolism in patients with secondary failure to Sulfonylureas". Revista de Endocrinología y Nutrición. Oct-dic 1998; 6(4): 71-76.
- 9.-Foster. "Diabetes Mellitus" Cap. 334. Tomo II En Harrison. Medicina Interna. 14a. Edición en español. Ed. Mcgraw Hill Interamericana. México 1998.
- 10.- Frati Munari y cols. "Prevalencia de neuropatía en Diabetes Mellitus TII en México". Revista Médica del IMSS. 1994; 32(4): 327-331.
- 11.- García Garcia. "Fisiopatología de la nefropatía diabética". Reviosta de Endocrinología y Nutrición. Oct-Dic 1993; (1)3: 69-76.
- 12.-Gil Alfaro y cols. "Estado actual del diabético en el primer nivel de atención". Revista Médica del IMSS; Sep-dic 1992; 5(6): 359-68.
- 13.- González Martínez. "Diabetes e Infección". Medicina Interna de México. Enero-marzo 1996; 12(1): 42-46.

14.- González Ortiz."Efecto de la edad y duración de la diabetes sobre los hallazgos electrocardiográficos". Revista Médica del IMSS. 1994; 32(5): 413-416.

15.- González Zavala Gerardo. Diabetes Mellitus Tipo II y Dinámica Familiar. Tesis de postgrado de la Especialidad en Medicina Familiar del IMSS. Mérida, Yuc. 1993.

16.-Guerrero Romero y cols. "complicaciones relacionadas con la mortalidad por Diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple". Medicina Interna de México. 1997; 13(6): 263-267.

17.- Hernández Gamboa y cols. "¿Es la resistencia a la insulina la causa del inadecuado control en diabéticos? Análisis situacional". Revista Médica del IMSS. 1994; 32(1): 33-37.

18.- Islas y cols. "Diabetes Mellitus. Primera edición. Ed. McGraw Hill Interamericana. México 1993.

19.- Lozano Castañeda. "Control metabólico y desarrollo de complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus". Revista de Endocrinología y Nutrición. 1994;2(5): 128-133.

20.- Mayer. "Rational use of Sulfonylureas" Postgraduate Medicine. Ag 1992; 92(2): 69-73.

21.- Mengel, M. "The use of the family Apgar in screening for family dysfunction in a family practice center". J. Fam. Pract. Apr.1987; 24(4): 394-8.

22.-Murphy, JM. Et. Al. "The family Apgar and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS". Jour. Fam. Pract. Jan 1998; 46(1): 54-64.

23.- Rivera Benitez. "Síndrome de enfermedad metabólica". Medicina Interna de México. Jul-Sep 1996; 12(3): 172-180.

24.- Smilkstein G. The familia Apgar. A proposal for family function test, its use by phisitians". Journal of Family Practice. 1978; 6: 1231-1239.

25.- Tamez Pérez y cols. "Glucotoxicidad de la Diabetes Mellitus no dependiente de insulina". Revista Médica del IMSS. 1994; 32(6): 503-506.

26.- Vázquez Estupiñán y cols. "Aspectos psicosociales de la Diabetes Mellitus". Revista Médica del IMSS. 1994; 32(3): 207-270.

27.- Zorrilla Hernández y cols. "Neuropatía diabética. Conceptos actuales sobre etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento". *Gaceta Médica de México*. Enero Feb 1994; 130(1): 18-25.

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

1.- INGRESO MENSUAL: (SALARIO POR DIA)

1-2

3-5

5 ó MAS

2.- ¿ESTA SATISFECHO DEL MODO EN QUE SU FAMILIA DISCUTE TEMAS DE INTERES COMUN Y COMPARTE CON UD. SUS PROBLEMAS?

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

CASI NUNCA

3.- ¿ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA PARA UN MEJOR CONTROL DE SU ENFERMEDAD?

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

CASI NUNCA

4.- ¿ENCUENTRA USTED QUE SU FAMILIA ACEPTA SUS DESEOS DE TENER NUEVAS ACTIVIDADES?

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

CASI NUNCA

5.- ¿ESTA SATISFECHO CON EL MODO EN QUE SU FAMILIA EXPRESA SU AFECTO?

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

CASI NUNCA

6.- ¿ESTA SATISFECHO CON EL INTERES QUE PONE SU FAMILIA POR SU ENFERMEDAD?

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

CASI NUNCA

7.- ¿SABE QUE ES LA DIABETES?

SI NO

8.- ¿LLEVA A CABO SU DIETA?

SI NO

9.- ¿CONOCE ELNOMBRE DE SU MEDICAMENTO?

SI NO

10.- ¿TOMA ADECUADAMENTE SU MEDICAMENTO?

SI NO

11.- ¿CONOCE UD. LOS SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACION DE LA DIABETES?

SI NO

12.- ¿EXISTE DEPENDENCIA HACIA SU FAMILIA, POR SU TIPO DE ENFERMEDAD?

SI NO

13.- ¿SIENTE QUE ES UNA CARGA PARA SU FAMILIA?

SI NO

14.- ¿SIENTE QUE SU ENFERMEDAD HA MODIFICADO LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON SU FAMILIA?

SI NO

15.- ¿EN CASO DE SUFRIR DESCOMPENSACION POR SU ENFERMEDAD, SU FAMILIA LO LLEVA DE INMEDIATO AL HOSPITAL O AL MEDICO?

SI NO

16.- ¿SU FAMILIA TIENE CONCIENCIA DE SU PADECIMIENTO?

SI NO

17.- ¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO EN SUS RELACIONES SEXUALES CON SU CÓNNYUGE?

SI NO

18.- ¿EXISTE PERDIDA DE INTERES POR EL SEXO?

SI NO

19.- ¿CÓMO SE DESCUBRIO SU ENFERMEDAD?

CUADRO CLINICO DETECCIÓN

20.- ¿EL MEDICO LE HA EXPLICADO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD?

SI NO

21.- ¿SIENTE UD. CONFIANZA CON SU MEDICO FAMILIAR?

SI NO

22.- ¿CONSIDERA QUE A SU MEDICO LE INTERESA SU ENFERMEDA?

SI NO

23.- ¿LE CONFIA UD. A SU MEDICO LOS PROBLEMAS QUE EXISTEN EN SU FAMILIA?

SI NO

24.- ¿RECIBE BUEN TRATO POR PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR?

SI NO