

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO**

**DISFUNCION CONYUGAL EN PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA /UMF  
No 8  
Y HOSPITAL RURAL DE CHIGNAHUAPAN DEL IMSS**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. CLAUDIA FUENTEVILLA GOMEZ**

**MEXICO, D.F.**

**2006**



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 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.

## ASESORES

Dra. Martha Beatriz Altamirano Garcia  
Médico especialista en Medicina familiar y Profesor Titular

Dr. Cruz Castillo Fernando  
Médico especialista en Medicina Familiar adscrito al servicio de Urgencias  
UMFNo8

Dra. Beatriz Barberena  
Médico Familiar Adscrito al servicio de Medicina Familiar

Dra. Martha Beatriz Altamirano Garcia  
Médico especialista en Medicina familiar y Profesor Titular  
Jefe de Enseñanza  
Hospital General de Zona UMF No 8

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a la vida por haberme permitido ser parte de esta especialidad y continuar con esta carrera que es muy importante para mi desarrollo personal.

A mi Madre  
Por darme la vida y estar siempre conmigo en los momentos más difíciles.

A mis hermanos  
Que tuve apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

A mis amigas Lulu y Bety  
Que fueron mis compañeras de más de 3 años de mi vida como profesional apoyandome y afrontando obstáculos que se nos presentaron.

A todo el personal Médico.  
Que estuvo de una y otra forma apoyándome para la formación de un Médico especialista en Medicina Familiar.



## **Índice**

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>4</b>
<b>Índice.....</b>	<b>5</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>6</b>
<b>Summary .....</b>	<b>7</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>8</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>23</b>
<b>Hipótesis .....</b>	<b>24</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>25</b>
<b>Materiales y metodos.....</b>	<b>26</b>
<b>Diseño del estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>31</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>33</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>34</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>35</b>
<b>Cuadros y graficas .....</b>	<b>39</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>58</b>

## RESUMEN

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológica relacionadas con el grado de control metabólico. El papel preponderante de la familia, afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. La psicodinamia de interacción, se debe desarrollar en los cónyuges para lograr una relación funcional. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. **OBJETIVO.** Determinar que grado de disfunción conyugal si es funcional, moderadamente disfuncional o severamente disfuncional en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio Descriptivo, transversal, prospectivo, observacional. Se aplico un cuestionario sobre Disfunción conyugal de Chávez a 60 mujeres de 25-70 años de edad adscritas al HGZ No 8 y y Chignahuapan del IMSS que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar. **RESULTADOS:** No se presenta Disfunción conyugal en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentan una pareja funcional un 63.3%. En cuestión de comunicación las pacientes presentan 66.7%..La adjudicación y Asunción de roles hay adecuada cooperación de la pareja Diabetes Mellitus Tipo 2 un 60% a un, la satisfacción sexual no la hay un 45%, el afecto existe de 41.45% , toma de decisiones un 48.3%. Son familias en etapa del ciclo de vida según Duball en el centro de lanzamiento. Conclusiones: En las pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no presentan disfunción conyugal, presentan una adecuada comunicación, adjudicación, asunción de roles, y el afecto y la toma de decisiones se toma en pareja, el rubro de mayor problemática es la satisfacción sexual.

## SUMMARY

The Mellitus Diabetes type 2 constitutes probe motto of public health in Mexico, is the presence of metabolic complications, vasculares and neurological related to the degree of metabolic control. The preponderant paper of the family, affirms that most of the chronic patients it receives and it prefers the cares and the support of this source more than of any other. Psicodinamia of interaction, is due to develop in the spouses to obtain a functional relation. In the control of the diabetic patient they take part variable psycho-social that influences in the fluctuations of glucemia.

**OBJECTIVE.** To determine that degree of conjugal dysfunction if he is functional, dysfunctional or moderately severely dysfunctional in women with diabetes mellitus s type 2. **MATERIALS and METHODS.** Descriptive, cross-sectional, prospective, observational study. I am applied a questionnaire on conjugal Dysfunction of Chavez to 60 women of 25-70 years of age assigned to Not 8 HGZ and and Chignahuapan of the IMSS that went to the external Familiar Medicine consultation. **RESULTS:** Conjugal Dysfunction in patients with Diabetes Mellitus Typo 2 does not appear; present/display a functional pair 63.3%. In a matter of communication the patients present/display 66.7%...La awarding and asuncio'n of rolls there is suitable cooperation of the even Diabetes Mellitus Typo 2 a 60% to, the sexual satisfaction is no a 45%, the affection exists of 41,45%, decision making 48.3%. They are families in stage of the service life according to Duvall in the launching center. **Conclusions:** In the patients with Mellitus Diabetes type 2 they do not present/display conjugal dysfunction, they present/display a suitable communication, awarding, assumption of rolls, and the affection and the decision making are taken in pair, the greater heading of problematic is the sexual satisfaction.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Conocer el grado de disfunción conyugal en mujeres con diabetes mellitus del consultorio de medicina familiar del H.G.Z/UMF No 8 y Chignahuapan del IMSS?

#### 4. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México, con prevaecía en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y 3.2% en las rurales. (1)

Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. (2)

El principal problema de de la diabetes mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológica (3) relacionadas con el grado de control metabólico.(4)

El interés del estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como exclusivamente biológico y cobran interés los factores biológicos y sociales, en los cuales los genera la propia familia que afecta de una u otra forma la salud del individuo. (5)

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento el grupo familiar.(6)

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. (7)

Actualmente reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad.

El papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. (8)

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia.

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo. (9)

## **CONCEPTO DE FAMILIA**

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. (10)

### **LA FAMILIA COMO SISTEMA**

Los matrimonios y las familias se diferencian de otros grupos humanos en muchas formas: duración, intensidad y función de sus relaciones. Para los seres humanos, la familia constituye el grupo más importante en relación con el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el mantenimiento de la autoestima.

Para muchos la familia es un grupo en el que se experimentan los amores y odios más intensos, y el cual se disfruta de las satisfacciones más profundas y se padecen las desilusiones más dolorosas: Las características de una pareja como unidad son diferentes de la simple suma de sus componentes.

Los integrantes de la familia suelen vincularse por lazos intensos y duraderos derivados de experiencias pasadas, roles sociales, apoyo y necesidades mutuas y expectativas.

La homeostasis familiar alude al concepto de que la familia es un sistema diseñado para mantener un estado relativamente equilibrado.

## **CLASIFICACION DE LA FAMILIA**

Para clasificar a la familia en base a su estructura, desarrollo y topología se utilizo la definición descritas en el libro de Irigoyen. (10)

### **Estructura familiar**

La clasifica según los elementos que la constituyen y los lazos que los unen entre ellos en:

- a: Nuclear: modelo de familia formado por padre, madre e hijos
- b. Extensa formada por padre, madre hijos y otros miembros que comparten los lazos consanguíneos
- c. Extensa compuesta: además de los que incluye la familia, se agregan familias sin ningún nexo familiar o no consanguíneo.

## **DESARROLLO FAMILIAR**

Moderna: característica que consiste en la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

Tradicional. El subsistema proveedor, casi siempre esta constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.

Primitiva y arcaica: Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elabora.

**Desde el punto de vista Topológico según su ocupación de los padres se clasifican:**

- a) campesina
- b) obrera
- c) profesional.

## **ETAPAS EN LA VIDA DE UNA PAREJA**

Tamashiro (1978) también conceptualizó el matrimonio como que evoluciona a través de cuatro secuencias de estadios. Estos son:

1. Fase mágica
2. Convencional idealizada
3. Individualista
4. Afirmación al

Describió los sistemas característicos del matrimonio como “intrínsecamente similares y unificado”. (11)

Duball (1967) hipotetizó que las familia crecen a través de estadios predecibles del desarrollo que pueden ser entendidos en términos del desarrollo del individuo y de la familia en conjunto. (12)

Duball señaló que estas tareas del desarrollo se originan de los requerimientos biológicos, los imperativos culturales, y las aspiraciones y valores personales. Perfiló las tareas del desarrollo sobre el ciclo completo de la vida sintetizado conceptos de Freud, Erickson y Piaget, su esquema, el desarrollo de la familia progresa a lo largo de ocho estadios:

ESTADIO 1. “El comienzo de las familias”

(Parejas casadas sin hijos)

ESTADIO 2. “Familia procreando”

(Los hijos más mayores desde el nacimiento hasta los 30 meses.)

ESTADIO 3. “Familias con los niños de edad escolar”.

(Hijos más mayores de de 30 meses a 6 años)

ESTADIO 4 “Las familias con los niños de edad escolar”

(Hijos más mayores de 6 a 13 años)

ESTADIO 5 “Familias con hijos adolescentes”

Familias con hijos mayores de 13 a 20 años)

ESTADIO 6 “Familias como centro de lanzamiento”

(Primer hijo que se va hasta el último que abandona el hogar)

ESTADIO 7 “Familias con años intermedios”

(El nido vació al retiro)

ESTADIO 8. “Familias ancianas”.

(Del retiro a la muerte de uno o ambos esposos).

El sistema de Duvall ha sido utilizado extensamente por los investigadores que han producido muchas de las investigaciones empíricas en el desarrollo de la familia. (12)

Minuchin y Fishman (1981), como Salomón (1973), describieron modelo de desarrollo de la familia como moviéndose a lo largo de estadios granizados, alrededor del crecimiento de los hijos. (13)

Carter y McGoldrick (1980) fueron los primeros terapeutas familiares que presentaron un formato del ciclo de vida comprensivo y extenso, para pensar a cerca de la familia, de una manera cuidadosamente estructurada. McGoldrick, en su introducción al capítulo “La nueva pareja” expuso:

“La pareja llega a ser una de las transiciones más complejas y difíciles del ciclo de la vida de la familia” y añadió... “es posible que si las parejas pudiesen apreciar plenamente la complejidad emocional de la negociación del matrimonio al principio, podrían no atreverse e emprender el camino (Carter y McGoldrick, 1980). (14)

McGoldrick señaló algunos de los temas más cruciales que la pareja debe enfrentar en los primeros estadios de la relación marital: Fusión y proximidad, reproche a uno mismo o al otro, desilusión y desengaño mutuo. (15)

## **TEORIA DE LA ELECCION DE LA PAREJA**

Los sociólogos creen que diferentes factores socioculturales actúan como filtros que ayudan a definir las posibilidades de los elegible, “la atracción de los opuestos “y los que hablan de “la atracción de los iguales o semejantes”.

Los sociólogos han encontrado que correlaciones existen entre las diferentes características físicas y sociales y la elección de pareja. Estas características son: edad. La clase social, el lugar de residencia, estatus socioeconómico, la raza, la inteligencia, religión, educación, atractivo físico, variables de personalidad, auto-concepto, auto-estima, definiciones similares de roles, valores similares e intercambio social.

Minuchin (1974) nos habla que “cuando los compañeros se unen cada uno espera que las acciones del esposo tomen la forma que para él es familiar. Cada cónyuge tratará de organizar al otro a que se acomode”. (16)

Virginia Satir (1988) “sin necesariamente conocerlo, los padres son los arquitectos de los roles sexuales y afectivos de sus hijos. Creo que dos personas están primero interesadas en el otro debido a sus sentimientos de igualdad, pero ellos permanecen interesados durante años debido a sus capacidades para disfrutar de las diferencias” (17), (18).

Scharff (1988) destaca que las parejas muy frecuentemente tienen unas extraordinarias similitudes en términos de sus experiencias infantiles. Ella cree que el compañero marital es una esposa que conecta con nosotros, con partes de nuestro self que han sido completamente suprimidas o perdidas en la memoria. (19)

Bowen creí que la experiencia clínica sugiere que los individuos tienden a elegir por compañeros maritales a otros que han conseguido un nivel de madurez equivalente pero fue han adoptado un modelo de organización defensiva opuesto. (20), (21).

## ENFERMEDADES MÉDICAS CRÓNICAS Y PAREJAS

Este campo ha sido definitivamente descuidado desde el punto de vista de la intervención psicosocial. Siendo una de las áreas más sensibles y de las más agradecidas, es notable lo que se puede alcanzar cuando el profesional aborda a la pareja en sus conflictivas relacionadas con la enfermedad

La influencia entre vida armoniosa en pareja y salud está bien establecida (Navarro J., Pereira J. 2000). Las personas que viven en pareja enferman menos desde el punto de vista física, y aquellos matrimonios gravemente disfuncionales suelen presentar en algunos de sus miembros enfermedades cardio-vasculares, auto-inmunes, neoplásicas y depresivas (Gottman J. 1999) (22).

La presencia de una enfermedad física de curso crónico en la pareja somete al subsistema conyugal a uno de los mayores desafíos en su estabilidad. Sin embargo, contrario a lo que pudiera pensarse, después de la fase de crisis entre un 40 % a un 60 % de las parejas mejoran en su nivel de funcionamiento y sólo aquellas previamente disfuncionales se verán mayormente afectadas en su equilibrio (Navarro J., Pereira J. 2000).

Dado que la investigación en este terreno data apenas desde 1992 con los trabajos de Coyne y Fiske con parejas en las que el esposo sufre de infarto al miocardio, los estudios buscan conocer las consecuencias psicológicas tales como stress, reacciones emocionales y estilo de afrontamiento de la esposa frente a este evento vital , desde una visión lineal (Navarro J., Pereira J. 2000).

Cambios endocrinológicos e inmunológicos han sido reportados en mujeres con severa conflictiva marital. Se estima que entre un 16 % y 21 % de la varianza en la concentración sanguínea de cortisol, hormona adrenocorticotrófica y norepinefrina, es explicada por el estrés inherente la disfunción conyugal (Kiecolt-Glase J., 1997).(23) Otros estudios apuntan al aumento de la reactividad de la presión sanguínea y reactividad cardiovascular en mujeres con severa disfunción conyugal (Carels R., 1998, Smith T., 1999).(24) Cada uno de estos estudios apuntan a la necesidad de investigar acerca de los efectos de la cronicidad de una determinada situación conflictiva en la salud física de los implicados, aunque clínicamente eso nos parece evidente.

Las áreas investigadas por diversos autores desde entonces abordan temáticas de parejas y enfermedades físicas crónicas vinculadas con la

interdependencia, roles, ciclo evolutivo, reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento, equilibrio, comunicación, sobreprotección, abandono, infidelidad, intimidad, sexualidad, género, autonomía y rol de los profesionales de ayuda, entre otras. (Navarro J 2000;, Rolland J. 2000). Las patologías estudiadas van desde el infarto al miocardio, cáncer de mama, artritis reumatoidea, y déficit cognitivos como enfermedad de Alzheimer. Respecto del cáncer de mama, un reciente trabajo revela que el cónyuge se ve favorecido positivamente en reducir su nivel de estrés, posterior a conocer el diagnóstico, con una adecuada comunicación con el equipo clínico, especialmente en aquella fase en la cual la paciente vuelve a casa con la condición de “sobreviviente” (Shields C., 2004).

En diabetes tipo 2, los estudios demuestran que aquellos matrimonios que resuelven adecuadamente sus diferencias influye en el buen manejo y compensación de su enfermedad metabólica todo el tiempo (Fisher L., 2000) (25).

En el caso de parejas en las cuales uno de sus integrantes padece de enfermedad de Parkinson se ha visto que el impacto de la enfermedad sobre el sistema conyugal se ve aminorado cuando ambos reciben una adecuada asistencia psicológica que les permita conectarse con sus recursos y estrategias de sobrevivencia, notándose una clara preferencia por los equipos multidisciplinarios y tratamientos que les permitan tomar roles mucho más activos en el cuidado de su salud (Harkness J., Garcia K., Tyndell L., 2004) (26).

En un trabajo exploratorio de parejas vistas en terapia con diagnóstico de lupus o artritis, nuestro grupo de estudio de enfermedades psicoimmunoreumatológicas, destaca que las pacientes presentan relaciones matrimoniales largas, en promedio 23 años (rango de 8 a 37), con conflictos de larga data, no resueltos e hijos adultos en etapa de autonomía. (27).

Los síntomas más frecuentes reportados por estas parejas corresponden a irritabilidad, descalificaciones, discusiones frecuentes, quejas de la esposa por el distanciamiento emocional del marido, baja sexualidad, celos, fantasías de infidelidad o infidelidad evidente, anhedonia, agotamiento, cansancio, rigidez de rutinas diarias, riesgos evidentes de separación tardía, desconfirmaciones frecuentes del esposo por la enfermedad, médicos tratantes y medicamentos (TorresP.,2001)(28)

Nuestro grupo ha conceptualizado estas dolorosas vivencias de pérdidas de la pareja como procesos de duelo anticipado, es decir duelos por la pérdida de la normalidad, del control, de las funciones físicas, de la sexualidad y en

última instancia, por la pérdida de la identidad de la pareja/familia que algún día fue y que lleva implícito, en muchos casos, la incertidumbre de la fatalidad.

Las disfunciones más frecuentemente observadas en estos matrimonios por nuestro equipo fueron el drástico y a veces irreversible cambio de roles sufridos por los cónyuges, desde posiciones de equilibrios iniciales antes del debut de la enfermedad, hasta la ejecución de roles rígidos de cuidador / cuidada o “enfermero / paciente” con todo lo que ello implica en el ajuste marital de aquellas funciones que requieren equidad como la intimidad, la sexualidad.

Respecto de las consecuencias emocionales en ambos miembros de la pareja nuestras observaciones coinciden con lo referido por otros autores. Un tercio de los esposos de pacientes artríticas citan la agresividad y el mal humor como una de las situaciones con las que tienen que enfrentarse cotidianamente. Por el lado de las pacientes estas señalan que con frecuencia sufren comentarios críticos de sus cónyuges y ello deriva en un menor grado de ajuste emocional y conductas adaptativas, muy similar a lo que ocurre con pacientes con cáncer de mama (Navarro J., Pereira J. 2000)  
(27)

## LA RELACION DE PAREJA

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, gran parte de los problemas familiares se encuentra ubicados con disfunciones del subsistema conyugal.

La pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja:

Luis Leñero (29) señala tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja:

- a) residencia en una determinada comunidad
- b) pertenencia a una determinada clase social
- c) involucramiento en un determinado círculo social

Duval (30) considera como bases universales para establecer un núcleo familiar.

1. Una casa
2. Un sistema de capacitación y distribución de dinero
3. Un sistema de patrones de responsabilidad
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales
5. Un sistema adecuado de comunicación
6. Interacción con amigos, asociaciones, clubes etc.
7. Relaciones de trabajo de ambos
8. Un concepto fisiológico de la vida como pareja
9. Continuación de la educación de ambos

El inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo el sentido de la palabra, lucha que este presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tienen que ver con la manera de que se han relacionado en sus familias de origen ya sea en una relacionado en sus familias de origen ya

sea en una relacionada e dependencia o igualdad y se manifiesta por la toma de decisiones.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

### **1. Funciones en la comunicación**

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas predominantemente en la pareja como lo señala Watzlawick (31) y cuyas características deben ser:

- a) Que sea clara, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado o un significado distinto.
- b) Que sea directa, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia.
- c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia como lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico.

### **2. Funciones de adjudicación y asunción de roles**

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia dependiendo de cómo asuman estos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad.

- a) Congruencia: la función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- b) Satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad bienestar así como ser aceptado.
- c) Flexibilidad, intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas ya sean domesticas o de índole laboral.

### **3. Función de satisfacción sexual**

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones.

A la pareja recién formada puede llevar de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria.<sup>(32)</sup>

En una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimiento de culpa de los cónyuges.

En virtud de lo amplio y complicado que resulta evaluar esta función se propone sólo evaluar dos rubros:

- a) Frecuencia de la actividad sexual: Debe investigarse con el objeto de establecer si no existen demandas injustificadas de algunos de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- b) Satisfacción. Considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.

#### **4. Función de afecto**

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas pueden ser suficientes un abrazo o una caricia, es importante utilizar indicadores para evaluar esta función.

- a) Manifestaciones físicas, las cuales debe ser investigada en su tipo, como pueden ser abrazos, besos o caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) Calidad de convivencia, es decir, satisfacción percibida por lo cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones pueden haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero gratificación percibida es nula o poca.
- c) Reciprocidad, lo cual resulta cada uno de los cónyuges esté dispuesto dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.

#### **5. Función de toma de decisiones**

Es importante saber como se da el proceso de toma de decisiones, ya que provoca en cada uno de los conyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los estilos más frecuentes son:

- a) Toma de decisiones conjunta: Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) Toma de decisiones individual: Uno de los cónyuges tiene la dificultad de toma decisiones sin tomar en cuenta la opinión del cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.<sup>(33)</sup>

## **OBJETIVO DEL ESTUDIO GENERAL**

Determinar que grado de disfunción conyugal si es funcional, moderadamente disfuncional o severamente disfuncional en mujeres con diabetes mellitus tipo 2 del H.G.Z / UMF No.8 y Hospital rural de Chignahuapan IMSS.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✚ Conocer a que edad se presenta más frecuente disfunción conyugal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
- ✚ Conocer el grado de incapacidad funcional que con mayor frecuencia se relaciona con disfunción conyugal.
- ✚ Conocer la tipología familiar de las parejas
- ✚ Identificar las etapas del ciclo vital conyugal y familiar
- ✚ Aplicación de instrumento de Evaluación de Chávez con una posible disfunción conyugal.

### **HIPOTESIS**

Hipótesis Alterna. Las mujeres con diabetes mellitus tipo 2 cursan con disfunción conyugal

Hipótesis Nula: Las mujeres con diabetes mellitus tipo 2 no cursan con disfunción conyugal.

## **JUSTIFICACION**

Como médico de primer contacto, de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, cuando su equilibrio biológico y psicológico se encuentra alterado pueden presentar una disfunción Si los matrimonios pueden resolver sus diferencias para tener un adecuado manejo y compensación de su enfermedad. Las disfunciones más frecuentemente observadas en estos matrimonios fue drástico y a veces irreversible cambio de roles sufridos por los cónyuges, desde posiciones de equilibrios iniciales antes del debut de la enfermedad, hasta la ejecución de roles rígidos de cuidador / cuidada o “enfermero / paciente” con todo lo que ello implica en el ajuste marital de aquellas funciones que requieren equidad como la intimidad, la sexualidad.

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Diseño de Investigación**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, transversal, prospectivo. observacional.

#### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Hospital General de Zona /UMF # 8 de México D.F. y Hospital Rural de Chignahuapan, Puebla, mujeres que cursen con diabetes mellitus tipo 2, en el consultorio de medicina familiar.

#### **TECNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS**

Observacional.

## **MATERIAL**

Computadora, lapiz, revistas, libros, calculadora, hojas blancas.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **Criterios de inclusión**

- ✚ Derechohabientes del IMSS del HGZ “8” y Hospital de Chignahuapan del IMSS,
- ✚ Mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2
- ✚ Que tengan 25 y 70 años de edad
- ✚ Que se encuentre casadas.

### **Criterios de no inclusión**

- ✚ No derechohabiente del IMSS
- ✚ Pacientes que no deseen participar en el estudio
- ✚ Pacientes divorciadas
- ✚ Cuestionarios no llenados adecuadamente
- ✚ Que no sean diabéticas



## RESULTADOS

**EDAD:** La edad promedio de las mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No 8 Y Hospital de Chignahuapan fue de 49 años, un 10% de las pacientes un rango de 29-69 años (cuadro No. 1)

**ESTADO CIVIL:** De las 60 mujeres que participaron en el estudio, 43.3% son casadas y un 56.7% en unión libre. (cuadro No.2)

**OCUPACION:** Se encontró en un 81.7% son mujeres dedicadas a ama de casa, empleadas 6.7%, campesinas 10%, comerciante 1.7%.

**ESCOLARIDAD:** El nivel predominante entre la población de DMt2 es primaria incompleta con un 66.7%, primaria terminada 16.7%, analfabetas 13.3%, secundaria 3.3%.

**EN LA FUNCION DE COMUNICACIÓN:** Se encuentro que hay comunicación con la pareja, hay mas comunicación 67.2%, ocasionalmente 27.7%, nunca 5%.

**EN LA FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES:**  
Un 60% si puede desempeñar los roles que se le adjudican, un 33.35% ocasionalmente y un 6.6% nunca lo a desempeñado.

**EN LA SATISFACION SEXUAL:** Un 45% no presentan relaciones sexuales placenteras es el rubro con mayor disfunción conyugal que se presenta, ocasionalmente un 20% y un 35% siempre.

**EN LA FUNCION DE AFECTO:** Un 47.45% siempre la pareja muestra afecto, un 37.5% ocasionalmente y nunca un 15% no lo percibe.

**EN TOMA DE DECISIONES:** El 48:3% toman decisiones juntos, un 45% ocasionalmente y un 6.7% nunca.

**En el TEST DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL DE CHAVEZ;** Presento que hay una adecuada funcionalidad conyugal un 63.3%, moderadamente disfuncional un 31.7% y con severa disfunción 5%.

LA ETAPA DE CICLO FAMILIAR que con mayor frecuencia se presenta según Duball es la de Lanzamiento 58.3%.

AÑOS DE EVOLUCION DE LA DIABETES: El mas frecuente es el de 1-10 años de la enfermedad un 33 %.

## DISCUSIÓN

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, por que los principales problemas familiares se ubican en disfunciones del subsistema conyugal.

Esta se va formando desde la etapa de noviazgo no hay diferencia entre la población rural y urbana, es determinante para un adecuada funcionalidad de la familia.

Las 60 mujeres que cursan con DMT2 el 56.7% se encuentran en unión libre, su rango de edad son de 49 años las más frecuentes, en esta etapa cursan con cambios reproductivos y hormonales drásticos como es la menopausia y Sx climatérico, cursan con un nivel de de estudios de primaria incompleta un 66.7% , son escasas las pacientes que se dedican a otra actividad como comerciantes, no se encontró en estudio ninguna profesionista, en estado de Chiganahuapan, son dependientes de la pareja, que no toman decisiones sin no se encuentra el esposo, tienen que tomar una decisión juntos.

La comunicación es adecuada en el estudio el 67.2% de las pacientes de Diabetes mellitus tipo 2, la adjudicación de roles es importante ya que en esta enfermedad encontramos que la madre cuando se encuentra discapacidad el padre toma ese papel, no se encontraban mujeres divorciadas, es importante que en la familia se lleven acabo estos roles, y se encuentre dinámicos en la pareja.

La satisfacción sexual no fue adecuada ya que el 45% no la presentan, se debe descartar otras causas orgánicas, como medicamentos, factores psicológicos, complicaciones de la diabetes como neuropatías, o la menopausia, que condiciona trastornos hormonales. Una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimiento de los cónyuges.

El afecto se presenta un 47.4% se percibe que son queridas por la pareja, el tiempo que pasan juntos, no depende del tiempo sino la gratificación sea percibida por ambas.

La toma de decisiones es importante para ambos el 45.3%. En este caso como se comento anteriormente.

En este estudio podemos observar que debe haber una comunicación adecuada, adjudicación de roles, una satisfacción sexual que no es tan necesaria, el afecto presentado por la pareja debe ser mutuo, y la toma de decisiones para ambos es importante, para que las parejas sean funcionales en este caso se presento un 63.7%, la parejas son funcionales.

# GRAFICAS Y TABLAS

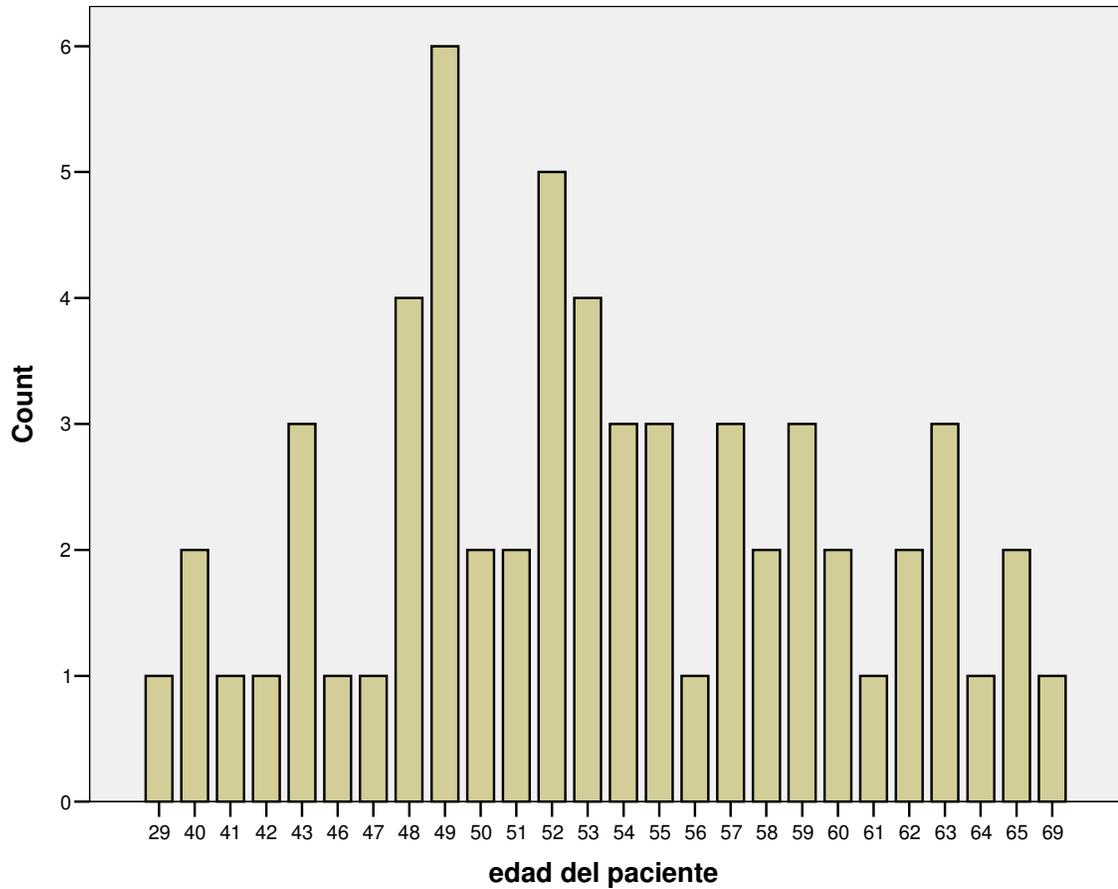
**TABLA DE EDAD DEL PACIENTE**

N	Valid	60
	Missing	2
Media		52.97
Mediana		53.00
Moda		49
Std. Deviacioni		7.490

**EDAD DEL PACIENTE TABLA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	29	1	1.6	1.7	1.7
	40	2	3.2	3.3	5.0
	41	1	1.6	1.7	6.7
	42	1	1.6	1.7	8.3
	43	3	4.8	5.0	13.3
	46	1	1.6	1.7	15.0
	47	1	1.6	1.7	16.7
	48	4	6.5	6.7	23.3
	49	6	9.7	10.0	33.3
	50	2	3.2	3.3	36.7
	51	2	3.2	3.3	40.0
	52	5	8.1	8.3	48.3
	53	4	6.5	6.7	55.0
	54	3	4.8	5.0	60.0
	55	3	4.8	5.0	65.0
	56	1	1.6	1.7	66.7
	57	3	4.8	5.0	71.7
	58	2	3.2	3.3	75.0
	59	3	4.8	5.0	80.0
	60	2	3.2	3.3	83.3
	61	1	1.6	1.7	85.0
	62	2	3.2	3.3	88.3
	63	3	4.8	5.0	93.3
	64	1	1.6	1.7	95.0
	65	2	3.2	3.3	98.3
	69	1	1.6	1.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

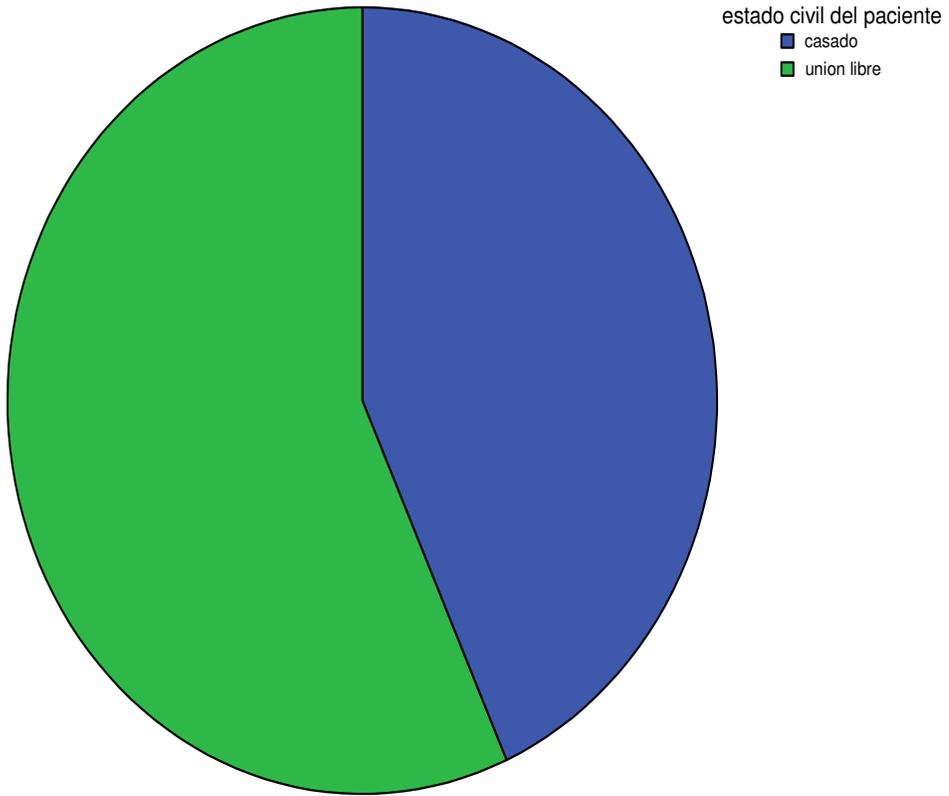
## GRAFICA DE LA EDAD DE LA PACIENTE



## ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

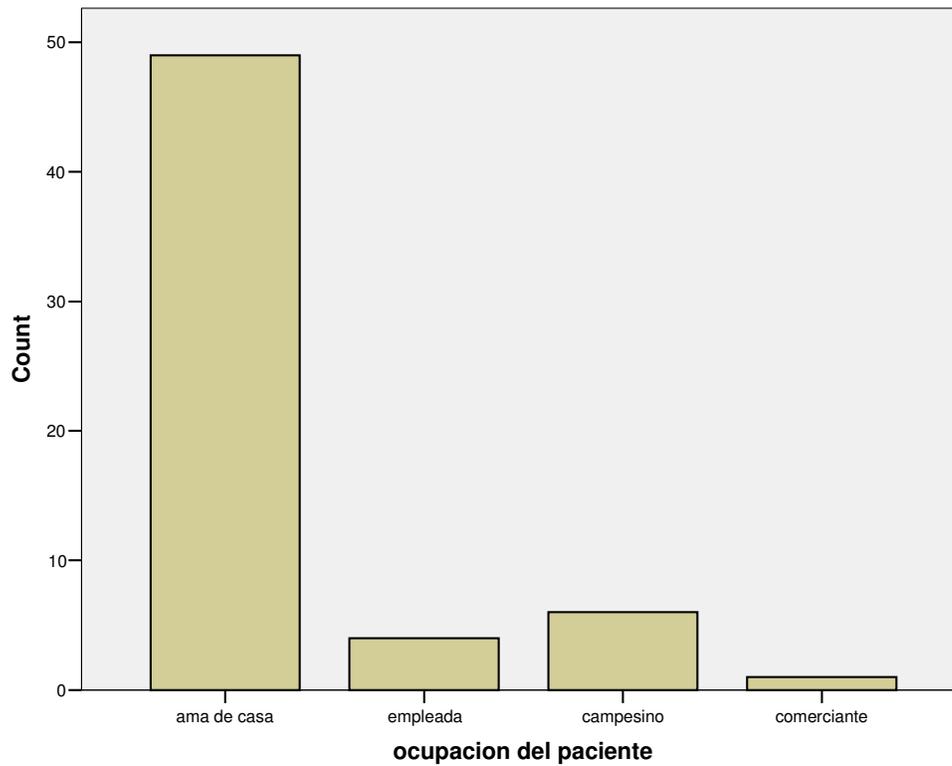
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casado	26	41.9	43.3	43.3
	union libre	34	54.8	56.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## GRAFICA DE ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

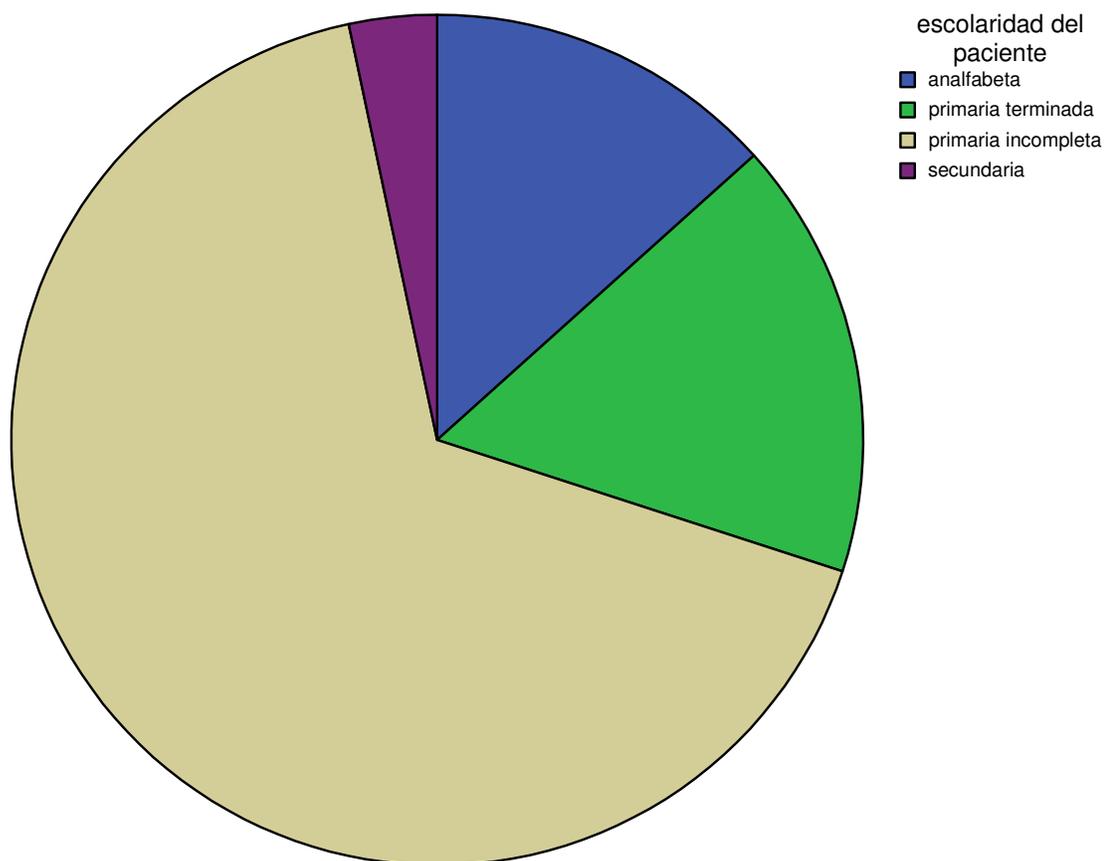


## OCUPACION DEL PACIENTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ama de casa	49	79.0	81.7	81.7
	empleada	4	6.5	6.7	88.3
	campesino	6	9.7	10.0	98.3
	comerciante	1	1.6	1.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



## ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS



**Escolaridad del paciente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	analfabeta	8	12.9	13.3	13.3
	primaria terminada	10	16.1	16.7	30.0
	primaria incompleta	40	64.5	66.7	96.7
	secundaria	2	3.2	3.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**PREGUNTAS SOBRE TEST DE CHAVEZ  
FUNCION COMUNICACION  
VALORES ESTADISTICOS**

		se comunica directamente con su pareja	son satisfactorios los roles que asume la pareja	existe congruencia entre la comunicacion verbal y la analogica
N	Valid	60	60	60
	Missing	2	2	2
Mean		2.63	2.62	2.62
Median		3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3
Std. Deviation		.581	.585	.585

**EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACION VERBAL Y LA ANALOGICA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	17	27.4	28.3	33.3
	siempre	40	64.5	66.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	17	27.4	28.3	33.3
	siempre	40	64.5	66.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	16	25.8	26.7	31.7
	siempre	41	66.1	68.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

# FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES

## VALORES ESTADISTICOS

		la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	son satisfactorios los roles que asume la pareja	se propicia el intercambio de roles entre la pareja
N	Valid	60	60	60
	Missing	2	2	2
Mean		2.57	2.55	2.48
Median		3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3
Std. Deviation		.593	.594	.676

## LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	20	32.3	33.3	38.3
	siempre	37	59.7	61.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA

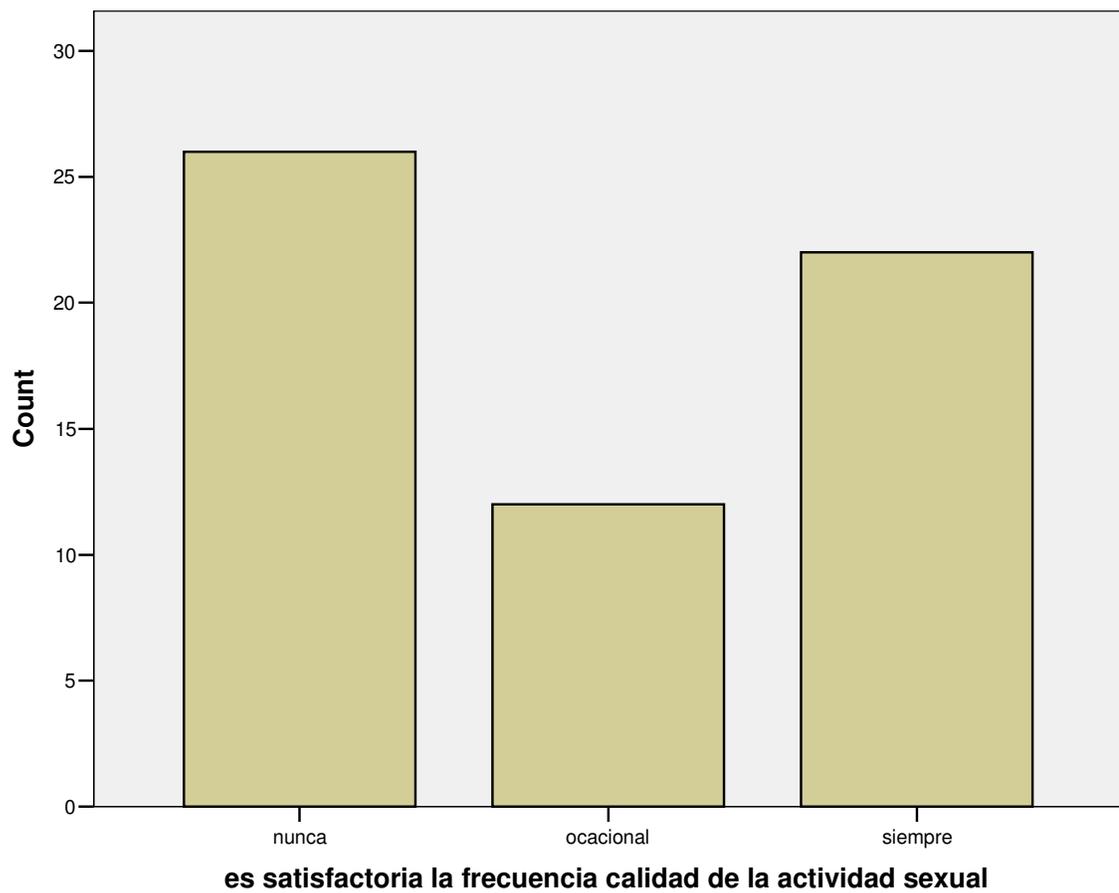
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	9.7	10.0	10.0
	ocasional	19	30.6	31.7	41.7
	siempre	35	56.5	58.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	21	33.9	35.0	40.0
	siempre	36	58.1	60.0	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

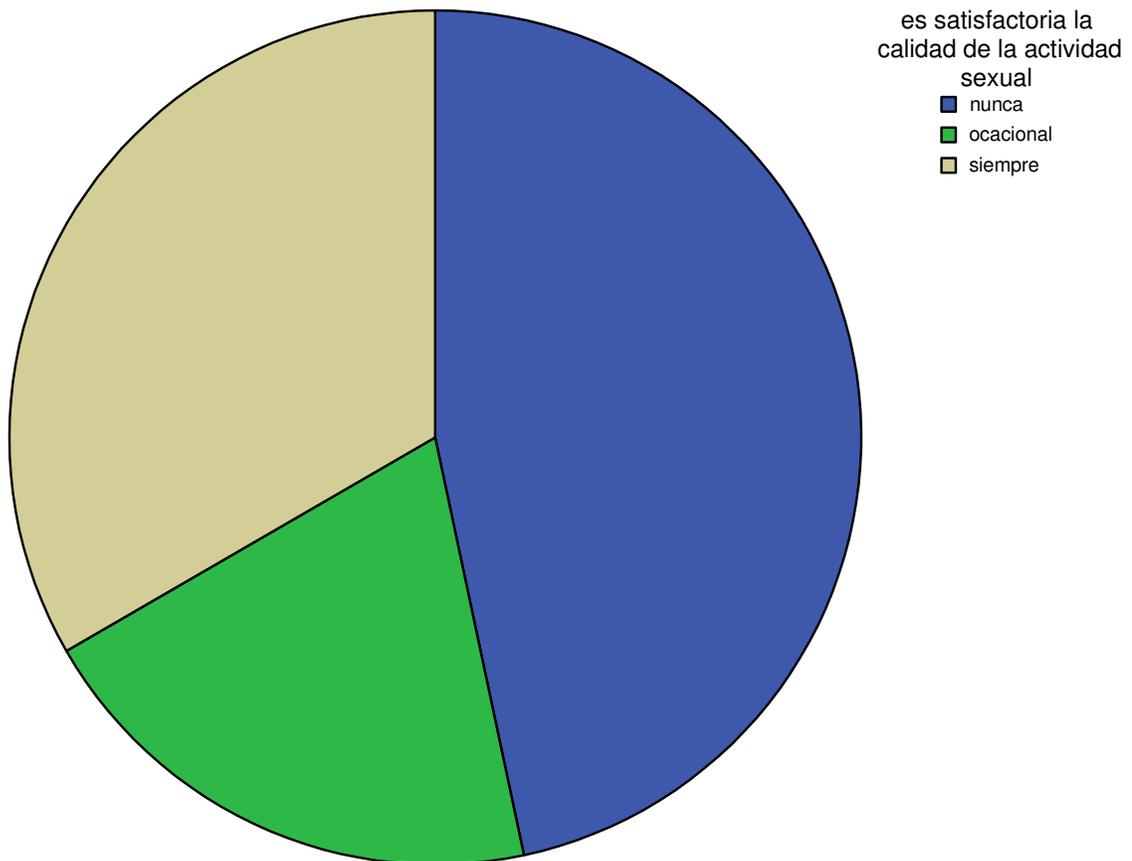
## FUNCION SATISFACCION SEXUAL VALORES ESTADISTICOS

		es satisfactoria la frecuencia calidad de la actividad sexual	es satisfactoria la calidad de la actividad sexual
N	Valid	60	60
	Missing	2	2
Mean		1.93	1.87
Median		2.00	2.00
Mode		1	1
Std. Deviation		.899	.892



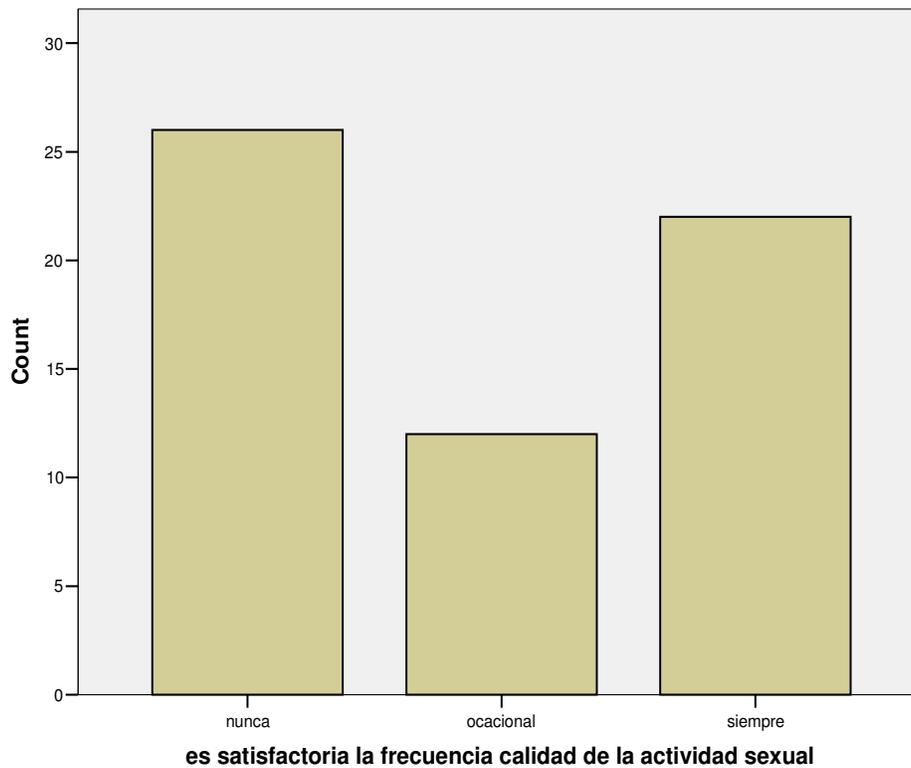
## ES SATISFATORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	28	45.2	46.7	46.7
	ocasional	12	19.4	20.0	66.7
	siempre	20	32.3	33.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



## ES SATISFATORIA LA FRECUENCIA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	26	41.9	43.3	43.3
	ocasional	12	19.4	20.0	63.3
	siempre	22	35.5	36.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



## FUNCION DE AFECTO

### SE INTERESA POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	16	25.8	26.7	26.7
	ocasional	21	33.9	35.0	61.7
	siempre	23	37.1	38.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### PERCIBE QUE SON QUERIDOS POR LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	5	8.1	8.3	8.3
	ocasional	22	35.5	36.7	45.0
	siempre	33	53.2	55.0	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### EXISTEN MANIFESTACIONES FISICAS DE AFECTO EN LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	9.7	10.0	10.0
	ocasional	22	35.5	36.7	46.7
	siempre	32	51.6	53.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## EL TIEMPO QUE SE DEDICA A LA PAREJA ES GRATIFICANTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	9	14.5	15.0	15.0
	ocasional	25	40.3	41.7	56.7
	siempre	26	41.9	43.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

# **FUNCION DE TOMA DE DECISIONES**

## **LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE**

### **ESTADISTICA**

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		2.42
Median		2.00
Mode		3
Std. Deviation		.619

## **LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	4	6.5	6.7	6.7
	ocasional	27	43.5	45.0	51.7
	siempre	29	46.8	48.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

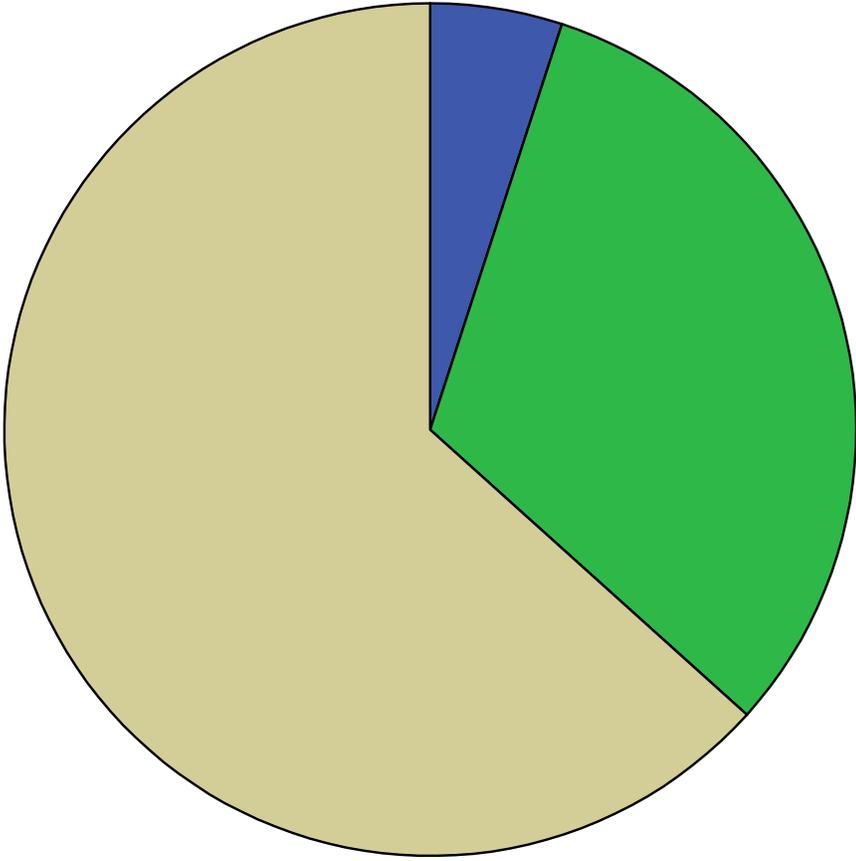
# TOTALES DEL TEST DEL FUNCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

## ESTADISTICA CALIFICACIONES FINALES DE DISFUNCION

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		2.58
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.591

## CALIFICACIONES FINALES DE DISFUNCION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-40 parejas severamente disfuncional	3	4.8	5.0	5.0
	41-70 parejas moderadamente disfuncional	19	30.6	31.7	36.7
	71-100 pareja funcional	38	61.3	63.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



calificaciones finales de disfuncion

- 0-40 parejas severamente disfuncional
- 41-70 parejas moderadamente disfuncional
- 71-100 pareja funcional

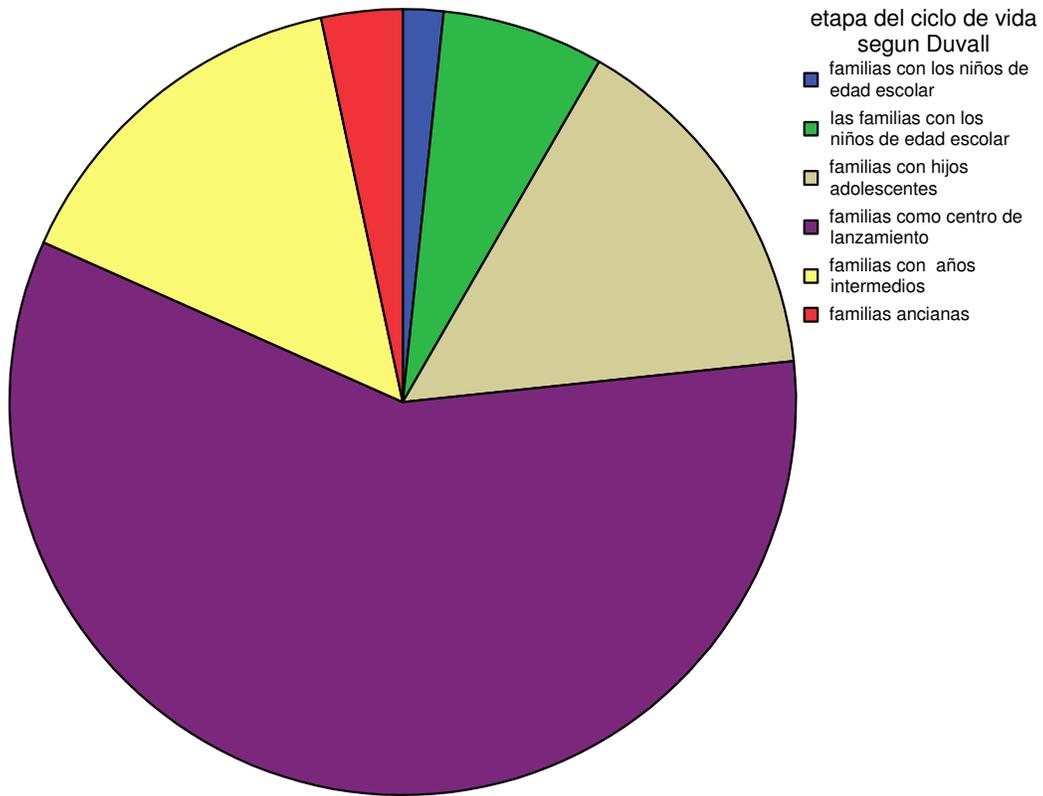
ESTADISTICA

**ETAPA DEL CICLO DE VIDA SEGUN DUVALL**

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		5.88
Median		6.00
Mode		6
Std. Deviation		.922

**ETAPA DEL CICLO DE VIDA SEGUN DUVALL**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	familias con los niños de edad escolar	1	1.6	1.7	1.7
	las familias con los niños de edad escolar	4	6.5	6.7	8.3
	familias con hijos adolescentes	9	14.5	15.0	23.3
	familias como centro de lanzamiento	35	56.5	58.3	81.7
	familias con años intermedios	9	14.5	15.0	96.7
	familias ancianas	2	3.2	3.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
	Total	62	100.0		

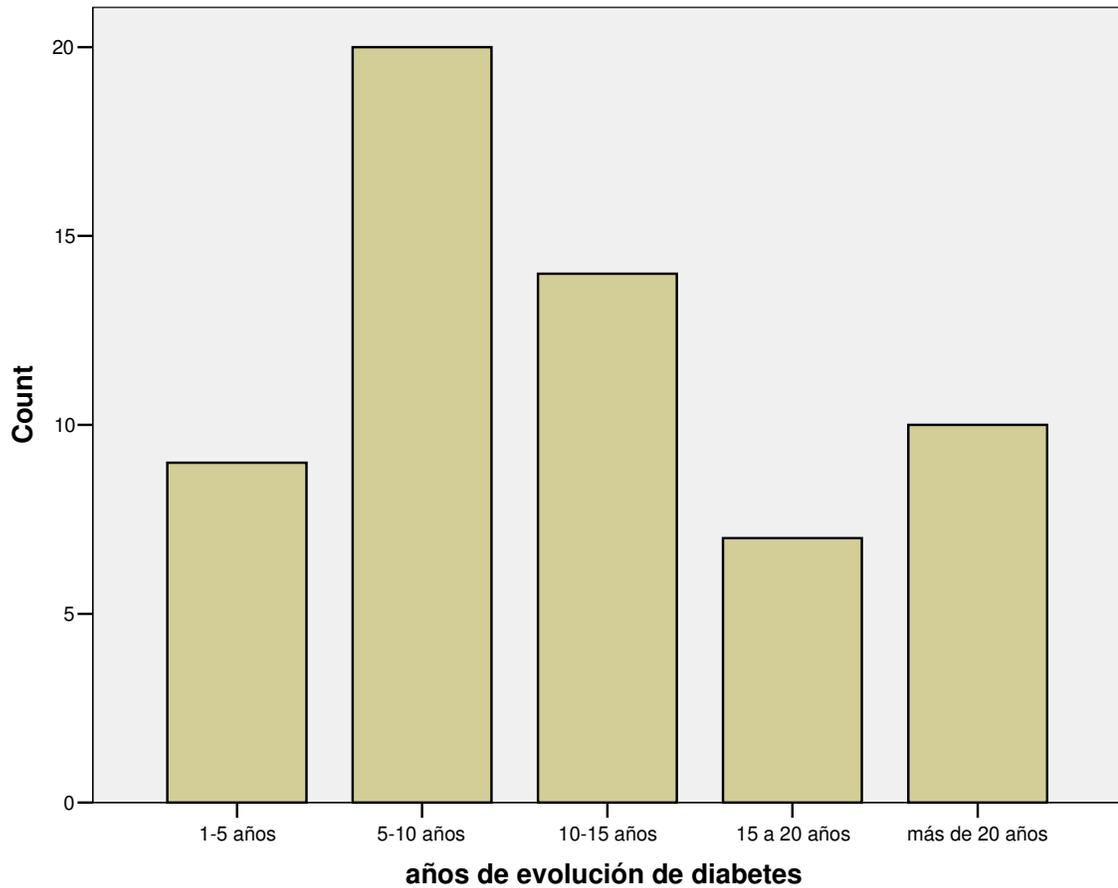


**ESTADISTICA**  
**AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIABETES**

N	Valid	60
	Missing	2
	Mean	2.82
	Median	3.00
	Mode	2
	Std. Deviation	1.308

## AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIABETES TIPO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 años	9	14.5	15.0	15.0
	5-10 años	20	32.3	33.3	48.3
	10-15 años	14	22.6	23.3	71.7
	15 a 20 años	7	11.3	11.7	83.3
	más de 20 años	10	16.1	16.7	100.0
	Total		60	96.8	100.0
Missing	System	2	3.2		
	Total	62	100.0		





## CONCLUSIONES

Las mujeres con Diabetes mellitus tipo 2 del HGZ No 8 y Chignahuapan del IMSS presentan una adecuada función conyugal, estas se diferencian de otros grupos humanos en la duración, intensidad y función de sus relaciones.

Esta crea un desarrollo psicológico individual e interacción emocional con el mantenimiento de la autoestima, para uno mismo y para los demás integrantes de la familia.

En la etapa de centro de lanzamiento según Duball, el primer hijo que se va hasta que el último abandona el hogar. Es parte de la etapa del ciclo de vida de la familia, se pueden presentar problemas de depresión y ansiedad, y prepara a la pareja para el nido vacío al retiro.

Esta debe de crear una homeostasis para desarrollarse y mantenerse equilibrio,

aunque se presente una enfermedad crónica en este caso como la DMT2.

El rubro de satisfacción sexual es importante para afrontar las necesidades del ser humano que se presentó una disfunción.

Por lo que como Médico Familiar permite identificar parejas que se encuentren severamente disfuncionales y realizar terapia familiar.



## BIBLIOGRAFIA

1. Lazcano-Burciaga G, Rodríguez-Moran M, Guerrero Romero F. Eficiencia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Med. IMSS 1999;39-44.
2. Zúñiga-González S, Islas Andrade S. Educación del paciente diabético: Un problema ancestral: Rev. MED IMSS 2000: 38 (3): 187-191.
3. Escobedo- De la Peña J, Rico-Verdín R. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Méx. 1996; 38(4):236-242.
4. Sociedad mexicana de nutrición y Endocrinología asociación de medicina Interna de México, sociedad de Nutriología. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. Rev. investí Clin 2000;52(3):325-263.
5. Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21 (4):348-357.
6. Saucedo-García JM, Foncerrada MM. La exploración de la familia: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS 1981; 19(2):155-163.
7. Saucedo García JM. Psicología de la vida familiar una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29(1):61-68.
8. Rodríguez-Moran M, Guerrero Romero JF, importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Publica Mex 1997;39(1):44-47.

9. Robles-silva L. Mercado Martinez FJ, Ramos Herrera IM, Alcántara-Hernández E, Moreno-Leal NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública Mex* 1995;37(1):37-46.
10. Irigoyen-Coria A. Morales López. Elementos esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina familiar... *Arch. Med. Fam.* 2005. Vol 7 (1). S15 y S16
11. Tamashiro. R.T. developmental stages in the conceptualization of marriage. *The family coordinator*, 27, (237-244). 1978.
12. Duvall, E.; *Family development* (3<sup>rd</sup>, Edi.) J.B. Lippincott. Co. New York, 1967.
13. Minuchin, S. *Families and family therapy*. Harvard University Press. Cambridge, MA. 1974.
14. Carter, E.A.; & McGoldrick, M. *The family life cycle: A framework for family therapy*. Gardner Press. New York. 1980.
15. McGoldrick, M y Gearson, R.; *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa editorial Buenos Aires, 1987.
16. Satir, V *The new people making*. Science and behavior Books. Mountain View, CA. 1988.
17. Satir, V. *Making contact*. Celestial Art. Millbrae, CA. 1976.
18. Scharf, D. & SHarf, J. *Objects relations family therapy*. Jason Aroson. New York, 1987.
19. Bowen, M.; *family therapy in clinical practice*. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345-374. 1966.

20. Sager, C.; Contrto matrimonial y terapia de pareja. Amorrortu editores. Buenos aires, 1980.
21. Gottman J. (1999) The marriage clinic. A scientifically based marital therapy. New York, WW Norton & Company
22. Kiecolt-Glaser J., et al (1997) Marital conflict in older adults : Endocrinological and inmunological correlates Psychosom Med, 59 (4) : 339-349
23. Carels R., et als (1998) Blood pressure and marital distress in employed. Psychosom Med 60 (5) : 639-643
24. Shields C., Rousseau S (2004) A pilot study of an intervención for breast cancer survivord and treir spouses Family Process 43 (1) : 95
25. Fisher L., et al. (2000) Resolving disease management problems in european-american and latino couples with typo 2 Diabetes: The effects of ethnicity and patient gender Family Porcess 39: 403-416
26. Harkness J., Garcia K., Tyndel L. (2004) Parkinson´s disease and the couple relationship: A qualitative analysis. Family, Systems & Health, 22 ( 1 ): 101-118
27. Navarro J., Pereira J. (2000) Parejas en situaciones especiales. Buenos Aires, Paidos
28. Torres P., Marassi P. (2004) El cuerpo como escenario: Psicodrama, psicotrauma y enfermedades psicósomáticas. Santiago de Chile, UME (En prensa)
29. Leñero L. etapa constitutiva de la familia: en: La familia. México: Ed. ANUIS, 1976: 87-107.
30. Duball EM. Family development, citado por Medalie JH. En: medicina familiar, principios y prácticas. México: Ed. Limusa, 1987:150.

31. Watzlawick P, Helmick BJ, Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. En: Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Ed: Herder, 1981:49-72.
  
32. Medalie JH. Op.cit. Etapa pre y postmatrimonial temprana, p. 155.
  
33. Chávez Aguilar, Victor y cols. Disfunciones familiares del subsistema conyugal criterios para su evaluación. Rev.Méd. IMSS (Méx.) 1994;32:39-43.

# GRAFICAS Y TABLAS

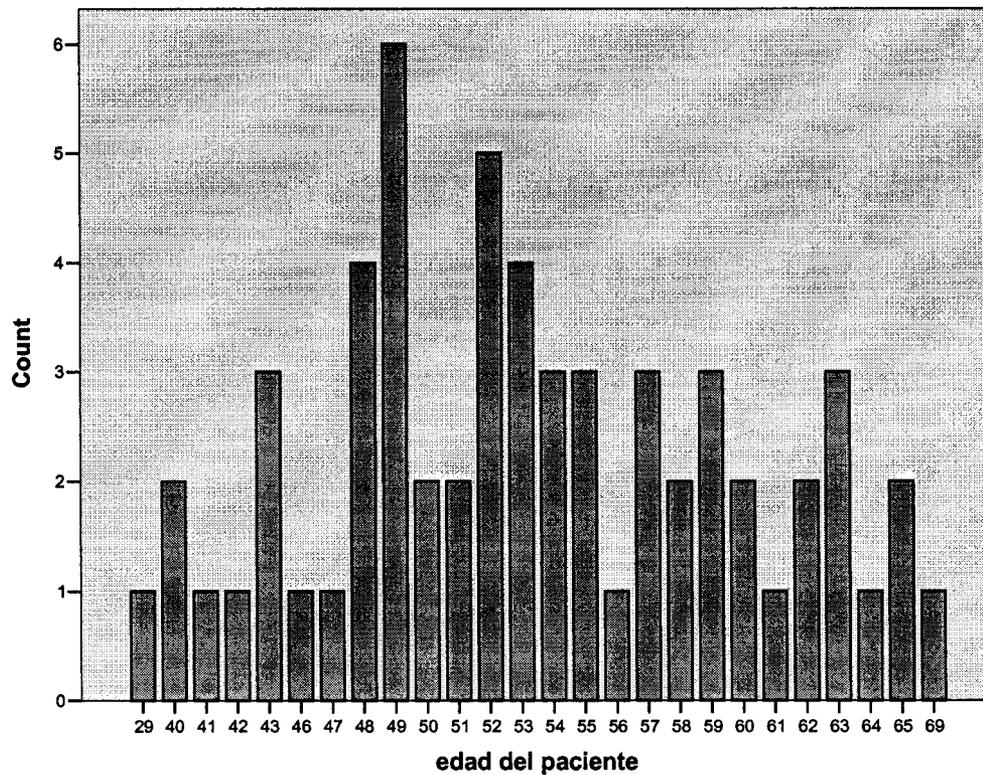
TABLA DE EDAD DEL PACIENTE

N	Valid	60
	Missing	2
Media		52.97
Mediana		53.00
Moda		49
Std. Deviacion		7.490

EDAD DEL PACIENTE TABLA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 29	1	1.6	1.7	1.7
40	2	3.2	3.3	5.0
41	1	1.6	1.7	6.7
42	1	1.6	1.7	8.3
43	3	4.8	5.0	13.3
46	1	1.6	1.7	15.0
47	1	1.6	1.7	16.7
48	4	6.5	6.7	23.3
49	6	9.7	10.0	33.3
50	2	3.2	3.3	36.7
51	2	3.2	3.3	40.0
52	5	8.1	8.3	48.3
53	4	6.5	6.7	55.0
54	3	4.8	5.0	60.0
55	3	4.8	5.0	65.0
56	1	1.6	1.7	66.7
57	3	4.8	5.0	71.7
58	2	3.2	3.3	75.0
59	3	4.8	5.0	80.0
60	2	3.2	3.3	83.3
61	1	1.6	1.7	85.0
62	2	3.2	3.3	88.3
63	3	4.8	5.0	93.3
64	1	1.6	1.7	95.0
65	2	3.2	3.3	98.3
69	1	1.6	1.7	100.0
Total	60	96.8	100.0	
Missing System	2	3.2		
Total	62	100.0		

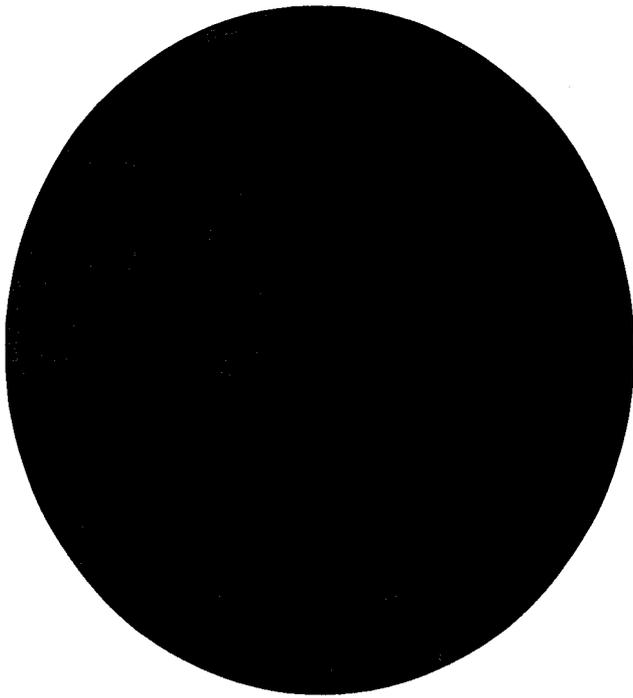
## GRAFICA DE LA EDAD DE LA PACIENTE



## ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casado	26	41.9	43.3	43.3
	union libre	34	54.8	56.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## GRAFICA DE ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

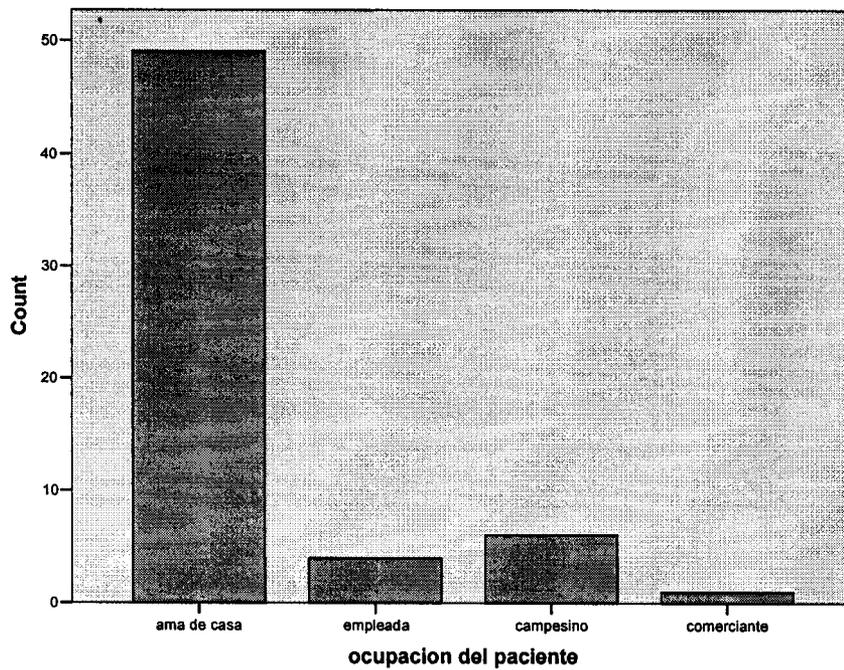


estado civil del paciente

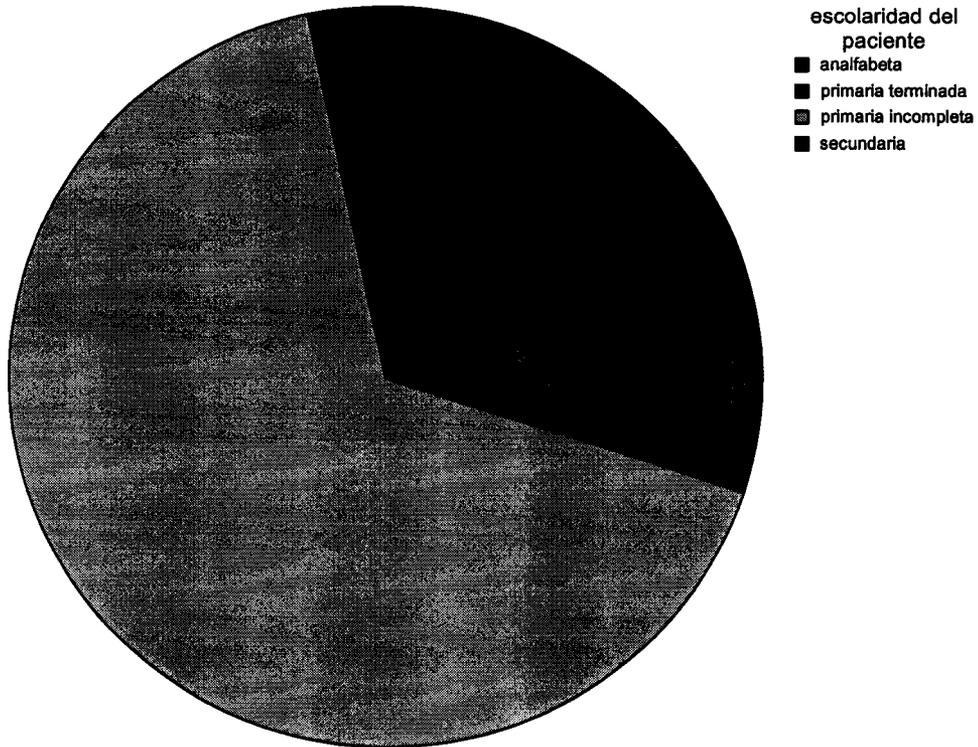
- casado
- union libre

## OCUPACION DEL PACIENTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ama de casa	49	79.0	81.7	81.7
	empleada	4	6.5	6.7	88.3
	campesino	6	9.7	10.0	98.3
	comerciante	1	1.6	1.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



## ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS



**Escolaridad del paciente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	analfabeta	8	12.9	13.3	13.3
	primaria terminada	10	16.1	16.7	30.0
	primaria incompleta	40	64.5	66.7	96.7
	secundaria	2	3.2	3.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**PREGUNTAS SOBRE TEST DE CHAVEZ FUNCION  
COMUNICACION  
VALORES ESTADISTICOS**

		se comunica directamente con su pareja	son satisfactorios los roles que asume la pareja	existe congruencia entre la comunicacion verbal y la analogica
N	Valid	60	60	60
	Missing	2	2	2
Mean		2.63	2.62	2.62
Median		3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3
Std. Deviation		.581	.585	.585

**EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACION VERBAL Y LA  
ANALOGICA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	17	27.4	28.3	33.3
	siempre	40	64.5	66.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**SON SATISFATORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	17	27.4	28.3	33.3
	siempre	40	64.5	66.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	16	25.8	26.7	31.7
	siempre	41	66.1	68.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES

### VALORES ESTADISTICOS

		la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	son satisfactorios los roles que asume la pareja	se propicia el intercambio de roles entre la pareja
N	Valid	60	60	60
	Missing	2	2	2
Mean		2.57	2.55	2.48
Median		3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3
Std. Deviation		.593	.594	.676

### LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	20	32.3	33.3	38.3
	siempre	37	59.7	61.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA

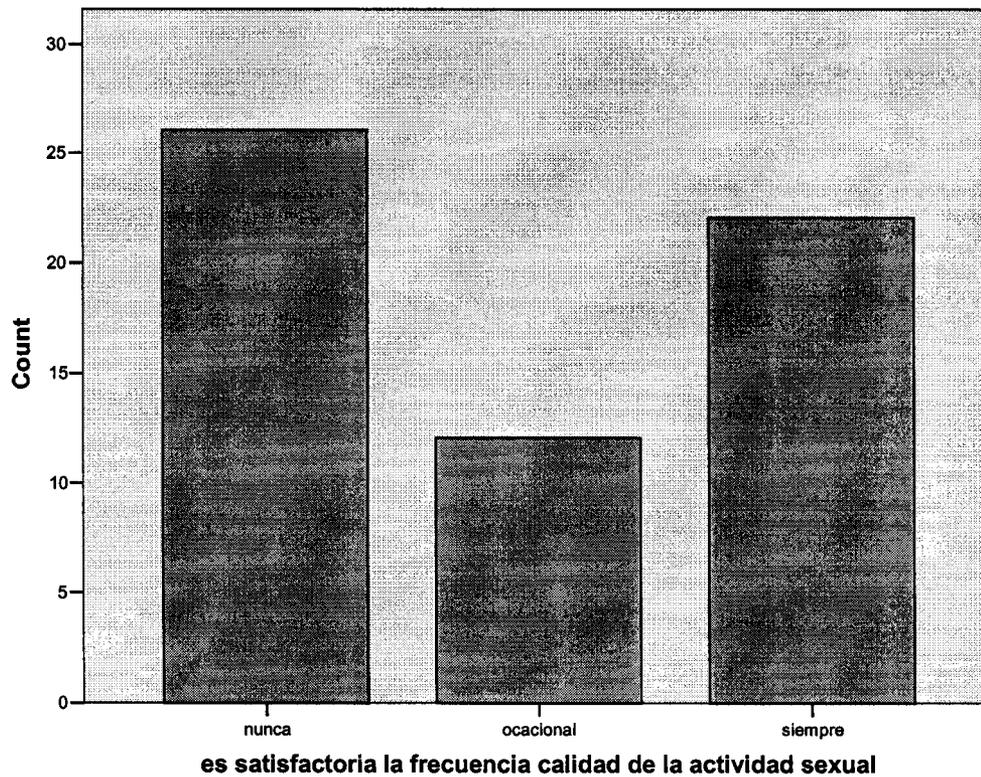
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	9.7	10.0	10.0
	ocasional	19	30.6	31.7	41.7
	siempre	35	56.5	58.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

**SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	4.8	5.0	5.0
	ocasional	21	33.9	35.0	40.0
	siempre	36	58.1	60.0	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

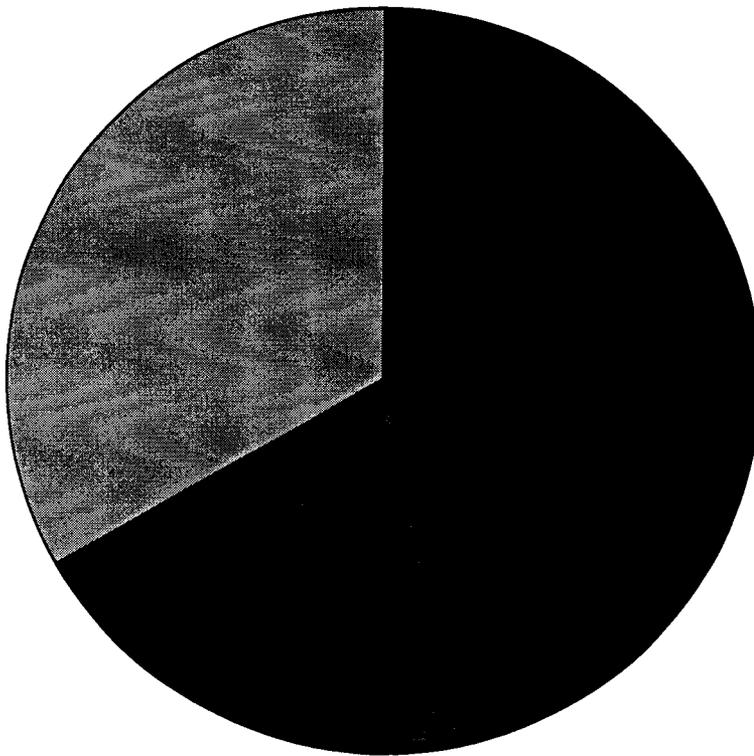
## FUNCION SATISFACCION SEXUAL VALORES ESTADISTICOS

		es satisfactoria la frecuencia calidad de la actividad sexual	es satisfactoria la calidad de la actividad sexual
N	Valid	60	60
	Missing	2	2
Mean		1.93	1.87
Median		2.00	2.00
Mode		1	1
Std. Deviation		.899	.892



## ES SATISFACTORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	28	45.2	46.7	46.7
	ocasional	12	19.4	20.0	66.7
	siempre	20	32.3	33.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

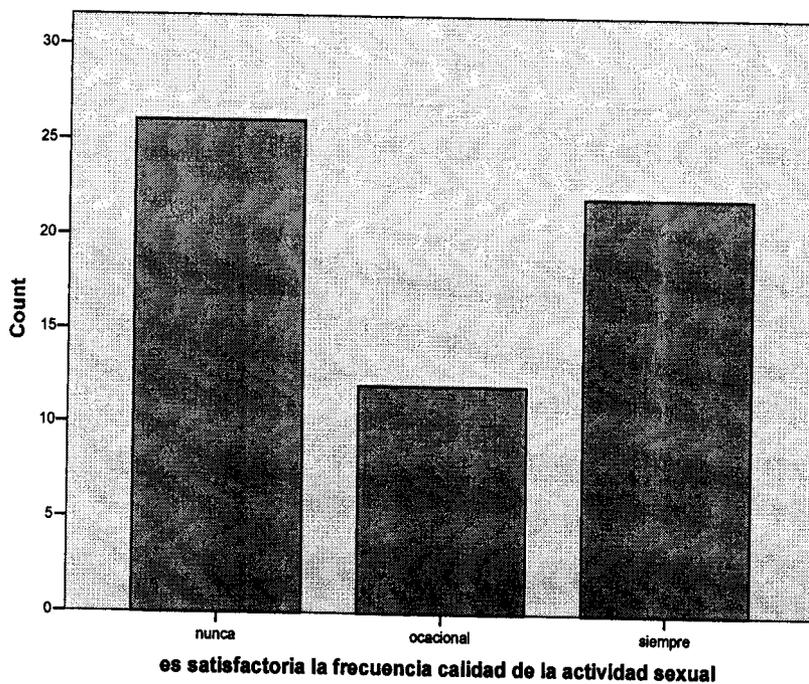


es satisfactoria la  
calidad de la actividad  
sexual

- nunca
- ocasional
- siempre

**ES SATISFATORIA LA FRECUENCIA CALIDAD DE LA  
ACTIVIDAD SEXUAL**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	26	41.9	43.3	43.3
	ocasional	12	19.4	20.0	63.3
	siempre	22	35.5	36.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



## FUNCION DE AFECTO

### SE INTERESA POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	16	25.8	26.7	26.7
	ocasional	21	33.9	35.0	61.7
	siempre	23	37.1	38.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### PERCIBE QUE SON QUERIDOS POR LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	5	8.1	8.3	8.3
	ocasional	22	35.5	36.7	45.0
	siempre	33	53.2	55.0	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### EXISTEN MANIFESTACIONES FISICAS DE AFECTO EN LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	9.7	10.0	10.0
	ocasional	22	35.5	36.7	46.7
	siempre	32	51.6	53.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

### EL TIEMPO QUE SE DEDICA A LA PAREJA ES GRATIFICANTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	9	14.5	15.0	15.0
	ocasional	25	40.3	41.7	56.7
	siempre	26	41.9	43.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

## FUNCION DE TOMA DE DECISIONES

### LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE

#### ESTADISTICA

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		2.42
Median		2.00
Mode		3
Std. Deviation		.619

### LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	4	6.5	6.7	6.7
	ocasional	27	43.5	45.0	51.7
	siempre	29	46.8	48.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		

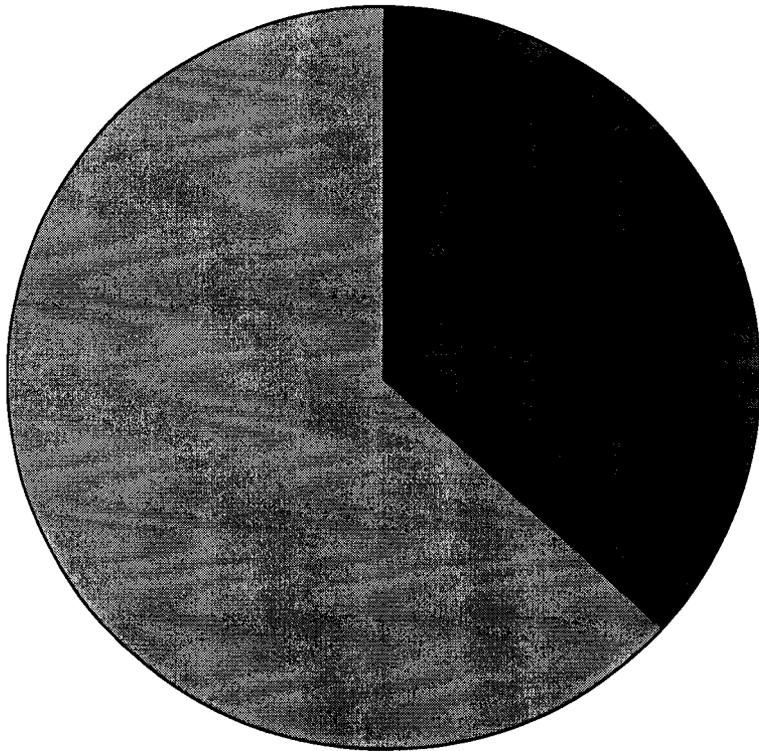
# TOTALES DEL TEST DEL FUNCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

## ESTADISTICA CALIFICACIONES FINALES DE DISFUNCION

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		2.58
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.591

## CALIFICACIONES FINALES DE DISFUNCION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-40 parejas severamente disfuncional	3	4.8	5.0	5.0
	41-70 parejas moderadamente disfuncional	19	30.6	31.7	36.7
	71-100 pareja funcional	38	61.3	63.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
Total		62	100.0		



calificaciones finales de  
disfuncion

- 0-40 parejas  
severamente  
disfuncional
- 41-70 parejas  
moderadamente  
disfuncional
- 71-100 pareja funcional

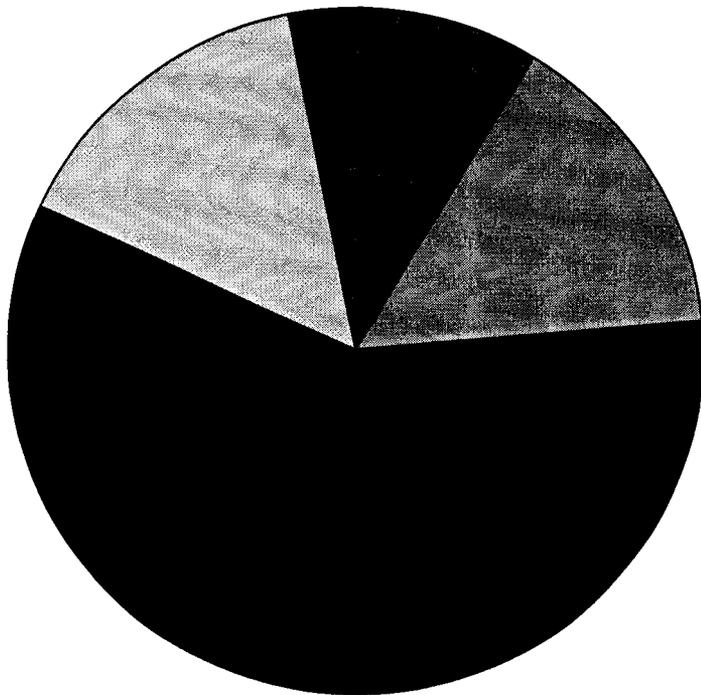
ESTADISTICA

ETAPA DEL CICLO DE VIDA SEGUN DUVALL

N	Valid	60
	Missing	2
Mean		5.88
Median		6.00
Mode		6
Std. Deviation		.922

ETAPA DEL CICLO DE VIDA SEGUN DUVALL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	familias con los niños de edad escolar	1	1.6	1.7	1.7
	las familias con los niños de edad escolar	4	6.5	6.7	8.3
	familias con hijos adolescentes	9	14.5	15.0	23.3
	familias como centro de lanzamiento	35	56.5	58.3	81.7
	familias con años intermedios	9	14.5	15.0	96.7
	familias ancianas	2	3.2	3.3	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
	Total	62	100.0		



etapa del ciclo de vida  
segun Duvall

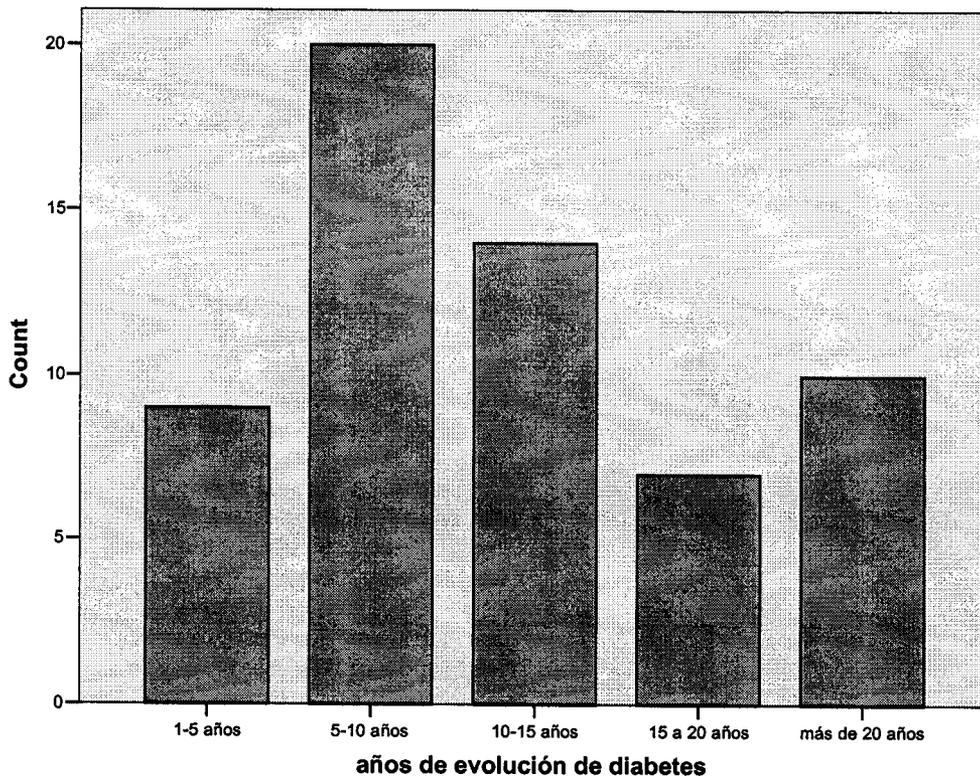
- familias con los niños de edad escolar
- las familias con los niños de edad escolar
- familias con hijos adolescentes
- familias como centro de lanzamiento
- familias con años intermedios
- familias ancianas

ESTADISTICA  
**AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIABETES**

N	Valid	60
	Missing	2
	Mean	2.82
	Median	3.00
	Mode	2
	Std. Deviation	1.308

## AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIABETES TIPO 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 años	9	14.5	15.0	15.0
	5-10 años	20	32.3	33.3	48.3
	10-15 años	14	22.6	23.3	71.7
	15 a 20 años	7	11.3	11.7	83.3
	más de 20 años	10	16.1	16.7	100.0
	Total	60	96.8	100.0	
Missing	System	2	3.2		
	Total	62	100.0		



**TEST EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA  
CONYUGAL**

<b>FUNCION</b>		<b>NUNC A</b>	<b>OCASIO NAL</b>	<b>SIEMP RE</b>	<b>ELL A</b>	<b>EL</b>
<b>COMUNICACION</b>		<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>		
<b>ROLES</b>	a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>		
	b. Son satisfactorias los roles que asuma la pareja					
	c. Se propicia el intercambio de roles entre las pareja					
<b>SATISFACCION SEXUAL</b>	a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales.	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>		
	b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.					
<b>AFECTO</b>	a. Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>		
	b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificamente					
	c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja					
	d. Percibe que son queridos por su pareja					
<b>TOMA DE DECISIONES</b>	a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>		
<b>TOTALES</b>						

**0-40 PAREJAS SEVERAMENTE DISFUNCIONAL**

**41-70 PAREJAS MODERADAMENTE DISFUNCIONAL**

**71-100 PAREJA FUNCIONAL**

## CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Consentimiento para la participación en la encuesta “**Disfunción conyugal en mujeres con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital general de zona No 8 San Ángel IMSS y Hospital Rural Chignahuapan**”. Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que usted nos proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que algunas de las preguntas o más le causan incomodidad, o le molesta, tienen la libertad de no contestarlo (a) respetando su pensamiento y decisión,

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario tiene una duración de aproximadamente 20 minutos, no existen preguntas buenas o malas, solo se le pide que sus respuestas sean honestas y sinceras

¿Acepta usted contestar el cuestionario? Si..... No.....

Gracias por su participación voluntaria.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Original: Inglés

## **DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL**

### **Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos**

Adoptada por la  
18ª Asamblea Médica Mundial  
Helsinki, Finlandia, Junio 1964  
y enmendada por la  
29ª Asamblea Médica Mundial  
Tokio, Japón, Octubre 1975  
35ª Asamblea Médica Mundial  
Venecia, Italia, Octubre 1983  
41ª Asamblea Médica Mundial  
Hong Kong, Septiembre 1989  
48ª Asamblea General  
Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996  
y la  
52ª Asamblea General  
Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de  
la AMM,  
Washington 2002

#### **A. INTRODUCCION**

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

## **B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA**

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de

información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente

debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible

hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo

está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación

que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

## **C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA**

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando en la atención de un enfermo los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados han resultado ineficaces o no existen, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no comprobados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

**Nota de Clarificación del Párrafo 29 de la Declaración de Helsinki**

La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente.

Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico o;
- Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética apropiada.