

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO**

***Disfunción conyugal en la pareja con un  
integrante hipertenso en comparación con  
pareja con integrante diabético del Hospital  
General de Zona / UMF No 8 IMSS***

**TESIS**

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

**PRESENTA:**

***DRA. MUÑOZ BENITEZ MARIA DEL REFUGIO***

***México, DF.2006***



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.

## **Asesores**

**Dra. Martha Beatriz Altamirano García**  
**Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Titular**

**Dr. Eduardo González Montoya**  
**Médico Familiar Adscrito al Servicio de Medicina Familiar**  
**HGZ / UMF No. 8**  
**Asesor de Tesis**

**Dr. Fernando Cruz Castillo**  
**Médico Familiar Adscrito al Servicio de Urgencias**  
**HGZ / UMF No. 8**  
**Asesor Metodológico**

**Dra. Martha Beatriz Altamirano García**  
**Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Titular**  
**Jefe de Enseñanza**  
**Hospital General de Zona UMF No. 8**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Gracias a ese ser Divino que nunca me abandono.**

**Gracias a mis Padres y hermanos  
Por el apoyo brindado y la paciencia otorgada.**

**Gracias a Mlo.  
Por su gran lección de vida y amor.**

**Gracias a mis compañeros de Especialidad  
Que fomentaron el desarrollo dentro de la Especialidad**

**Gracias a PA  
Por su apoyo académico y personal durante estos tres años**

# Índice

Asesores.....	2
Agradecimientos.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	6
Planteamiento del problema .....	8
Marco teórico.....	9
Objetivos.....	18
Hipótesis.....	19
Justificación.....	20
Materiales y métodos.....	21
Diseño de estudio.....	22
Resultados.....	26
Análisis.....	28
Conclusiones.....	30
Consideraciones éticas aplicadas al estudio.....	31
Referencias.....	34
Anexos.....	36

## RESUMEN

El aumento de la expectativa de vida de la población general en las últimas décadas ha producido un cambio en los patrones epidemiológicos. La tendencia en los últimos años es un aumento de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas principalmente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva en ocasiones a un desgaste que supone desencadena situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otro miembro de la familia. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el propio enfermo. Los Médicos, y los profesionales de salud, con frecuencia se centran en la atención del enfermo y pasan por alto el sufrimiento o conflictos que se producen en el cónyuge, descuidando sus necesidades físicas y emocionales.

**OBJETIVO:** Determinar la disfunción conyugal en la pareja con un enfermo diabético en comparación con enfermo hipertenso en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona 8. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se utilizó instrumento de evaluación familiar sobre la Disfunción Conyugal del Dr. Chávez, este se aplicó a 114 pacientes captados en el servicio de Urgencias del HGZ/UMF No.8.

**RESULTADOS:** se realizó la encuesta a 114 pacientes que acudieron al servicio de urgencias de HGZ/UMF No. 8, encontrándose una población de 52.6% de diabéticos y 47.4% de pacientes hipertensos. De estos el sexo fue de 54.4% femenino y 45.55% masculino. Se reportó en base a la encuesta que un 19.35% de las parejas son severamente disfuncionales, 57% moderadamente funcional y 23.7% funcionales, de las cuales se encontró que los diabéticos cursan con disfuncionalidad severa en un 7% y los hipertensos en un 12.2%, teniendo así mayor disfuncionalidad. Se ve afectada más las áreas de adjudicación de roles, sexualidad y toma de decisiones.

## **SUMMARY**

The increase of the life expectation of the general population in the last decades has produced a change in the epidemiological bosses. The trend in the last years is patients' increase with diseases chronically degenerative principally the arterial hypertension and the diabetes mellitus. The process of the chronic disease needs an adjustment of the whole family to the new situation. This bears in occasions to a wear that he supposes unleashes situations of conflict and sometimes of disease of another member of the family.

The spouses of the chronic patients often experience a subjective major suffering that the own patient. The Doctors, and the professionals of health, often centre on the attention of the patient and there happen for high the suffering or conflicts that take place in the spouse, neglecting his physical and emotional needs.

**AIM:** To determine the conjugal dysfunction in the pair with a diabetic patient in comparison with hypertense patient in the service of Urgencies in the General Hospital of Zone 8. **MATERIAL AND METHODS:** market, transverse Study, observacional and descriptive. I use instrument of family evaluation on the Conjugal Dysfunction of the Dr. Chávez, this I apply to him 114 patients caught in the service of Urgencies of the HGZ/UMF No 8. **RESULT:** the survey is realized to 114 patients who came to the service of HGZ/UMF urgencies No. 8, being a population of 52.6% diabetics and 47.4 % of hypertense patients. Of these the sex was of 54.4 % femininely and 45.55 % masculine. I report on the basis of the survey that 19.35 of the pairs are severely dysfunctional, 57 % moderadamente functionally and 23.7% functional, of which one thought that the diabetics deal with disfuncionalidad severe in 7 % and the hypertense ones in 12.2 %, having major disfuncionalidad like that. One sees affected the areas of adjudication of roles, sexuality and capture of decisions.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*¿Existe diferencia en la dinámica conyugal en parejas con un enfermo diabético en comparación con parejas con un enfermo hipertenso, que acuden al servicio de Urgencias en Hospital General de Zona UMF 8?*

## MARCO TEÓRICO

El subsistema conyugal es parte de la estructura familiar a la que se enfoca este estudio.

Los vínculos que se encuentran dentro de la estructura familiar, el ser humano nace y vive en un mundo de vínculos. Los vínculos se definen como una unión, termino derivado del latín *vinculum* (*vincere*) que significa unión o atadura de una persona con otra, sujeción con ligaduras o nudos.

La estructura familiar se describe como una serie de vínculos que ligan una serie de lugares ocupados por un *yo*.

Los vínculos de alianza liga los lugares de esposo y esposa ocupados por el *yo* de cada uno de ellos; el vinculo de filiación liga los lugares de los padres con el de los hijos y el vinculo de consaguinidad liga los lugares de hermanos.

Este vínculo es una experiencia emocional correspondiente a la ligadura entre dos o más personas en una familia, una persona y un grupo. Lo emocional se refiere a un conjunto de vivencias y sentimientos, con los que la mente se pone en contacto, susceptibles a ser registrados y evocados; aunque contiene trazos de memoria de experiencias originales existe una relación reversible.

El amor denomina sentimientos relacionados al acercamiento entre dos o más sujetos con tolerancia a ser dos y no uno, aunque se unan. El odio es el nombre de los afectos por los cuales el deseo mayor es el alejamiento del otro, con intolerancia a su presencia, porque este produce un sentimiento de peligro y amenaza del *yo*. El conocimiento denomina la toma de contacto físico con lo desconocido del otro o de si mismo, con el cuerpo o la mente y mediante su asimilación conceptual del *yo* para el *yo*. El aspecto simbólico comprende los fenómenos inconscientes, estructurados como un lenguaje y que tienen un significado particular. Tiene la posibilidad de usar un pensamiento abstracto y darle un valor simbolizado a la palabra; en los aspectos simbólicos de cada cultura.

El vínculo de alianza matrimonial es sinónimo de lo que fue un vínculo de afinidad; esta concepción lleva implícitas las nociones de reciprocidad e intercambio por las cuales el parentesco se define y se les transforma en pareja con el acuerdo de transferir un valor de la familia a la otra.

La importancia de los vínculos radica en la atención familiar ante situaciones concretas como lo es la convivencia con un enfermo crónico en la familia. En el caso de las enfermedades crónicas el Médico tiene información adecuada para evaluar aspectos biomédicos en el control de la hipertensión arterial, riesgos cardiovasculares y complicaciones de Diabetes Mellitus, pero no estamos preparados para hacer frente a los aspectos psíco-sociales de estos padecimientos.

El impacto que provoca en la familiar y la actuación de ésta ante el padecimiento, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad en el paciente afectado. Cuneado en una familia se encuentra un paciente con enfermedad crónica la madre o esposa es la que toma el papel de cuidadora, aunque en el caso contrario el esposo o padre juega un papel importante emocionalmente. La persona cuidadora es la que se ocupa de las atenciones materiales del paciente, y junto con la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente.

El proceso de la enfermedad crónica requiere aun adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva en ocasiones a un desgaste que supone desencadena situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otro miembro de la familia.

La mayoría de los pacientes y sus familiares se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. En otras situaciones con pacientes crónicos en la familia se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse (divorcio), la institucionalización o la muerte.

Las etapas en la vida de una pareja, conceptualizada por Tamashiro en 1978, describe como evoluciona a través de cuatro fases:

- ❖ Fase Mágica
- ❖ Convencional idealizada
- ❖ Individualista
- ❖ Afirmación

El autor describe los sistemas característicos del matrimonio como “intrínsecamente similares y unificado”. (1)

Duval hipotetiza que las familias crecen a través de estadios predecibles del desarrollo que pueden ser entendidos en términos de desarrollo del individuo y de la familia en conjunto (2). Perfila las tareas del desarrollo sobre un ciclo complejo de la vida sintetizando conceptos de Freud, Erikson y Piaget, su esquema progresa a través de ocho estadios:

Estadio 1: Comienzo de las familias (pareja sin hijos)

Estadio 2: Familia procreando (Hijos desde el nacimiento hasta los 30 meses)

Estadio 3: Familias con niños en edad escolar (Hijos de 30 meses a 6 años)

Estadio 4: Familia con niños en edad escolar (Hijos de 6 a 13 años)

Estadio 5: Familia con adolescentes (Hijos de 13 a 20 años)

Estadio 6: Familia como centro de lanzamiento (Primer hijo se va, hasta el último)

Estadio 7: Familia con años intermedios (Del nido vacío hasta el retiro)

Estadio 8: Familia anciana (Retiro a la muerte de uno o ambos cónyuges)

Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el propio enfermo. Los Médicos, y los profesionales de salud, con frecuencia se centran en la atención del enfermo y pasan por alto el sufrimiento o conflictos que se producen en el cónyuge, descuidando sus necesidades físicas y emocionales.

Se debe prestar atención mas estrecha para atender estas demandas y establecer una mejor relación con todos los miembros de la familia e involucrarse en la labor de co-terapeuta en la asistencia del enfermo. (3)

Nosotros los médicos tenemos una oportunidad única de colaborar con los pacientes y sus familias durante el transcurso de una enfermedad crónica, teniendo los elementos necesarios para ayudar alas familias a encontrar la forma mas sana de hacer frente a la enfermedad crónica.

Mc Daniel y col., recomienda 6 consejos para la implementación del enfoque familiar psicoeducativo en el tratamiento de las enfermedades crónicas, que se enumeran en la siguiente tabla:

Tabla 1

◆ Informar y enseñar al paciente y su familia cuestiones relativas a la enfermedad específica.
◆ Ayudar a la familia a reclamar sus derechos y de los pacientes ante los servicios de salud y los recursos de la comunidad.
◆ Animar a la familia a discutir abiertamente sobre la enfermedad y las reacciones emocionales que se suscitan.
◆ Facilitar la involucración del la familia en el cuidado del paciente mediante la negociación con él.
◆ Ayudar a la familia a establecer un adecuado equilibrio entre las necesidades del miembro enfermo y las necesidades de crecimiento y desarrollo tanto del paciente como de los restantes componentes de la familia.
◆ Identificación de las familias y derivación oportuna con el terapeuta.

(4)

El Dr. Chávez realiza un instrumento que considera las principales funciones del subsistema conyugal para evaluar su funcionamiento en base a cinco áreas, como son:

- a) Funciones de comunicación: se evalúan pautas comunicacionales establecidas por Watzlawick (5) siendo características la claridad, la congruencia y la dirección del lenguaje, tanto analógico como verbal.
- b) Funciones de adjudicación y asunción de roles: la pareja se adjudica roles y asumen las funciones de este, siendo evaluada la congruencia, satisfacción y la flexibilidad.
- c) Función de satisfacción sexual: por la complejidad y variabilidad de esta función se evalúa solo la frecuencia y satisfacción.
- d) Función de afecto: se evalúa manifestaciones o expresiones que pueden ser físicas, de convivencia y reciprocidad.
- e) Función de toma de decisiones: para evaluar la participación de ambos cónyuges, siendo esta individual o conjunta. (6)

El aumento de la expectativa de vida de la población general en las últimas décadas ha producido un cambio en los patrones epidemiológicos. La tendencia en los últimos años es un aumento de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas principalmente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Para el diagnóstico de Hipertensión arterial se cuenta con el Séptimo informe de JNC sobre la prevención, detección evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. La clasificación es aplicada en pacientes desde los 18 años de la siguiente manera.

Clasificación PA	PAS* mmhg	PAD* mmhg	Estilos de vida	INICIO DE TERAPIA	
				Sin indicación clara	Con indicación clara
<b>NORMAL</b>	<120	<80	Estimular	Sin indicación clara	Con indicación clara
<b>Prehipertensión</b>	120-139	80-89	Si	No indicado	Tratamiento indicado***
<b>Estadio 1</b>	140-159	90-99	Si	Tiazidas en la mayoría, considerar IECA, ARA II, BB, BCC o combinación	Fármacos según indicaciones.*** Otros antihipertensivos (diuréticos, IECA, ARA II, BB, BCC) según sea necesario
<b>Estadio 2</b>	>160	>100	Si	Combinación de dos fármacos en la mayoría ** (usualmente tiazídicos, IECA, ARA II, BB ó BCC)	Fármacos según indicaciones.*** Otros antihipertensivos (diuréticos, IECA, ARA II, BB, BCC) según sea necesario

\*Tratamiento determinado por la elevación de la PA

\*\*La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

\*\*\*Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80mmhg

(7)

En este reporte los autores concluyen que los diuréticos son superiores a los otros antihipertensivos para prevenir uno o mas formas mayores de enfermedad cardiovascular, son menos caros y deben ser preferidos como primera opción para el tratamiento de la hipertensión.(8)

El reporte también modifica la clasificación apareciendo el término de pre-hipertensión y las tres categorías anteriores ahora se agrupan en dos, sin embargo en este contexto el informe abandona el nivel de riesgo; porque no es lo mismo tener una presión estadio I en un paciente con colesterol normal, mujer y no fuma, que tener 140/100 mmhg y ser diabético.

Los diuréticos tiazidicos, según el reporte son los medicamentos de primera elección para el manejo hipertensivo, pero sus efectos farmacológicos pueden llevar a disminuir su uso, ya que causan excreción de potasio y en los paciente diabéticos pueden inducir hiperglucemias, y reducir el efecto farmacológico de los hipoglucemiantes orales. Esto se debe a tres mecanismos: disminuyen la secreción de insulina en respuesta a la elevación de glucosa plasmática; aumento de la glucogénesis y disminución de la glucogénesis. Además la depleción de potasio se ve involucrada en la intolerancia de glucosa, por la inhibición de secreción de insulina (9).

De acuerdo a la revista Mexicana de Cardiología (10), El tratamiento de la Hipertensión arterial debe tener como pilar a los procesos educativos, que lleven al paciente y en particular a su familia y la sociedad a adoptar estilos de vida sana, ya que los beneficios de llevarla son evidentes y son el único recurso útil para poder modificar la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones, con el mejor costo beneficio.

Cuando el estilo de vida de un individuo no cumple con criterios de “vida sana”, se debe recomendar, asesorar y vigilar el cumplimiento de las modificaciones del estilo de vida que en cada uno procedan, para evitar el desarrollo de la enfermedad, y en caso de ya existir, evitar el daño orgánico y disminuir la morbilidad y mortalidad, aumentando así la esperanza y calidad de vida de la población (10).

La diabetes mellitus (DM) constituye, también, una de las principales causas de morbilidad en México. Su prevalencia se incremento en forma significativa en la última década y aproximadamente afecta, hoy en día, al 8% de la población mayor de 20 años.

Esta enfermedad es resultado de un proceso autoinmunitario que se relaciona con predisposición genética y se desencadena por factores ambientales.

En México uno de cada cuatro pacientes mayores de 50 años tienen diabetes, destaca también la prevalencia aproximada de un 5% de DM tipo 1 en individuos jóvenes (35-45 años). Estas cifras son aun mayores en la población mexicana que emigra a EEUU, donde la prevalencia se duplica, relacionándose este aumento por los cambios de estilos de vida, en particular alimentarios y la presencia de sedentarismo, que favorecen un incremento de la masa corporal.

Con base a los datos epidemiológicos las predicciones sugiere que la incidencia continuara en aumento guardando estrecha relación con los cambios de estilo de vida, el sedentarismo y la predisposición a la obesidad.

La diabetes mellitus es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de la insulina; siendo absoluta o relativa. Los mecanismos que producen este síndrome pueden ir desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta hasta situaciones en donde solo se observa la resistencia a la insulina. Aunque la hiperglucemia es el marcador bioquímico de la diabetes, el síndrome se caracteriza por profundas alteraciones del metabolismo intermedio que afecta proteínas, lípidos y carbohidratos.(11)

Los criterios diagnósticos de esta enfermedad han ido en constante cambio, tomando en cuenta los niveles sanguíneos de glucosa que en cada revisión se disminuye los niveles para poder mejorar y prevenir la aparición de DM, desde el año 1979 hasta la última actualización revisada y aprobada en enero del 2004 y publicada por la American Diabetes Association (ADA). (12)

En el último reporte del Comité de Expertos sobre el Diagnóstico y de la clasificación de la Diabetes Mellitus en Estados Unidos de América de noviembre del 2003, se recomienda la disminución de los puntos de corte para la glucemia de ayuno de menor a igual a 110mg/dl, a menor o igual a 100mg/dl.

De tal manera se establece oficialmente el diagnóstico de pre-diabetes para sujetos con glucemia de ayuno de 100 – 125mg/dl y 2 horas poscarga oral de 75g de glucosa en niveles de 140 – 190mg/dl. Estas nuevas recomendaciones tienen fuertes implicaciones sobre los aspectos epidemiológicos, preventivos, de detección y tratamiento de la DM. (13)

<b>CRITERIO</b>	<b>Año de reporte</b>		
	<b>1979-1980</b>	<b>1997-1999</b>	<b>2003</b>
<b>GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNO</b>			
<i>Diabetes</i>	$\geq 140\text{mg/dl}$	$\geq 126\text{mg/dl}$	$\geq 126\text{mg/dl}$
<i>Glucosa anormal en ayuno</i>	-----	110-115mg/dl	100-125mg/dl
<b>GLUCOSA PLASMÁTICA DE 2 HORAS</b>			
<i>Diabetes</i>	$\geq 200\text{mg/dl}$	$\geq 200\text{mg/dl}$	$\geq 200\text{mg/dl}$
<i>Intolerancia a la glucosa</i>	140-199mg/dl	140-199mg/dl	140-199mg/dl

*Evaluación de los criterios diagnósticos para la diabetes tipo 2 y estados glucémicos anormales.  
(12)*

*La DM tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes a causa de sus complicaciones a largo plazo, siendo imprescindible dar la importancia a los padecimientos coadyuvantes como la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias y el tabaquismo entre otras, con objeto de reducir la aparición de problemas cardiovasculares*

La hiperglucemia resulta en daño manifestándose como neuropatía, microangiopatía, retinopatía y nefropatía. En la actualidad el panorama en este sentido es desalentador; las complicaciones crónicas tienden a una prevalencia muy elevada, además de ser una de las principales causas de ingreso hospitalario y demanda de consulta externa.(11)

Es prioritario brindar ayuda integral a todos los pacientes y fomentar cambio en los estilos de vida que ayuden a mejorar el control metabólico y prevenir las complicaciones. Cuando éstas estén presentes, nosotros, como personal de salud, debemos ayudar a enfrentarlas y ofrecer mejores alternativas.

Esta enfermedad, como cualquier otra, afecta todo el entorno familiar del paciente, por lo que hay que aprender a escuchar a él y a sus familiares, así como comprender sus necesidades.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la disfunción conyugal en la pareja con un enfermo diabético en comparación con enfermo hipertenso en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona 8

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- a) Determinar la disfunción conyugal en parejas con un enfermo diabético que acuden al servicio de urgencias al HGZ
- b) Determinar la disfunción conyugal en parejas con un enfermo hipertenso que acuden al servicio de urgencias al HGZ
- c) Determinar que la disfunción conyugal en pareja con un enfermo diabético es mayor debido al tipo de complicaciones que presenta

## **HIPÓTESIS GENERAL.**

HA: La disfunción conyugal es diferente en parejas con Diabetes Mellitus que en parejas con Hipertensión Arterial Sistémica.

HO: La disfunción conyugal es igual en parejas con Diabetes Mellitus que en parejas con Hipertensión Arterial Sistémica.

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

De acuerdo a los índices de salud enfermedad, los padecimientos crónico degenerativos se han incrementado hasta en un 10% exponencialmente y dentro de esta se encuentran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que unidas, representan porcentaje de 34.6%; lo que las hace un problema de salud pública. En el que debemos emplear todos los recursos físicos y humanos para minimizar las complicaciones tardías, ya que de acuerdo al informe de la comunidad europea las cifras económicas se elevaron un 35% aproximadamente; esto en los países en vías de desarrollo superaría cualquier economía ya que la esperanza de vida se ha incrementado, alargando los tratamientos. Y no solo afecta el ámbito económico, si no la vida familiar causando una desestabilización y crisis que no llegan a ser superadas. Es por eso que queremos relacionar en cual de las dos patologías se ve afectado el estado de relación conyugal, por medio de el instrumento elaborado por el Dr. Chávez Aguilar Víctor (6), que principalmente evalúa, desde el punto de vista integral de la familia, la relación conyugal en sus diferentes áreas como son comunicación, roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. De esta forma podremos evaluar su funcionalidad o disfuncionalidad y crear estrategias que nos permitan mejorar la atención integral del paciente, sobre todo en el sistema conyugal, mejorando así las redes de apoyo que promoverían una calidad de vida mejor y el control de su enfermedad evitando así la aparición de complicaciones mas tempranamente.

## **RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS QUE SE EMPLEARAN:**

### *a) Recursos materiales*

- Hojas
- Lápices
- Goma
- Calculadora
- Computadora

### *b) Recursos humanos*

- Pacientes que acudan al servicio de urgencias en HGZ No.8
- Investigador: Dra. Muñoz Benitez María del Refugio R3 Medicina Familiar.

## **TIPO DE ESTUDIO:**

\*Prospectivo.- La información se recogerá después de la planeación de la investigación

\*Transversal.- Por una sola medición

\*Observacional.- La investigación solo va a describir el fenómeno estudiado

\*Descriptivo.- Se cuenta con una sola población para describir el fenómeno a investigar

## **DISEÑOS DEL ESTUDIO**

### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Se realizara el estudio a todos los pacientes que acudan al servicio de Urgencias y cursen con DM y HAS de 5 años de evolución, que cumplan criterios de inclusión; aplicándose instrumento de evaluación para la disfunción conyugal, con el cual se determinará la funcionalidad o la no funcionalidad en un periodo comprendido del 01 octubre del 2005 al 31 de octubre del 2006 en el Hospital General de Zona 8 San Ángel.

### **AMBITO GEOGRAFICO EN EL QUE SE DESARROLLA INVESTIGACIÓN:**

La investigación se realizará en área de urgencias de HGZ /UMF No.8 SAN ANGEL. Delegación sur del D.F, IMSS

### **CRITERIOS.**

**1.-Criterios de inclusión:**

- a) *Pareja de paciente con Diabetes Mellitus.*
- b) *Pareja de paciente con Hipertensión Arterial Sistémica.*
- c) *Cinco años de evolución de padecimiento.*
- d) *Acuda al servicio de consulta de urgencias*
- e) *Convivencia bajo mismo techo mínimo 5 años.*
- f) *Ambos géneros, sin importar edad.*
- g) *Población adscrita a HGZ No. 8 Urgencias*
- h) *Pacientes que deseen participar en el protocolo*

**2.- Criterios de no inclusión**

- a) *Pacientes no adscritos a HGZ No. 8 Urgencias*
- b) *No diagnóstico con Diabetes Mellitus y Hipertensión Arterial Sistémica menor a 5 años*
- c) *Convivencia bajo mismo techo menor de 5 años.*
- d) *Pacientes que no deseen participar en estudio.*

**3.- Criterios de exclusión**

- a) *Pacientes que fallezcan por cualquier complicación dentro del periodo de estudio.*
- b) *No deseen participar más.*

**ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES:**

**a) VARIABLE DEPENDIENTE:**

Disfunción Conyugal

Evaluada con Instrumento de abordaje integral subsistema conyugal (6)  
(Anexo2)

**b) VARIABLES INDEPENDIENTES:**

Diabetes Mellitus.

Hipertensión arterial sistémica.

### **Definición operacional de las variables**

#### **Variable dependiente**

**Disfunción conyugal:** Las principales características para evaluar las funciones conyugales son la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. (6)

#### **Variable independiente**

**Hipertensión Arterial.-** La hipertensión arterial es un aumento de las cifras de tensión arterial por encima de los límites normales aceptados, esto conlleva a un aumento en el riesgo de padecer entre otros eventos alteraciones neurológicas, renales y cardíacas. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con tratamiento médico de más de 5 años de diagnóstico.

**Diabetes Mellitus:** aumento de las concentraciones de glucosa por encima de los niveles normales aceptados, que conlleva a un aumento de riesgo de complicaciones renales, neurológicas y cardiovasculares. Pacientes con 5 años de diagnóstico y bajo tratamiento farmacológico.

### **Especificación de los indicadores de las variables**

Variable dependiente: Disfunción conyugal	<b>Cualitativa</b>
Variable independiente: Hipertensión arterial	<b>Cualitativa</b>
Variable independiente: Diabetes mellitus	<b>Cualitativa</b>

### **PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA:**

Del universo total de pacientes usuarios de la consulta de URGENCIAS del HGZ 8 SAN ANGEL, se tomara la población hipertensa y diabética con más de 5 años de evolución.

Método:

Encuesta realizada por medio de TEST de funcionamiento del subsistema conyugal que consta de 13 ítem (Anexo 2). Aplicada a pacientes, que acudieron al servicio de Urgencias de HGZ/UMF No.8, con Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica.

Consentimiento informado que es de carácter anónimo y confidencial, permitiendo a los pacientes decidir participar en estudio.

#### **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE MUESTRA:**

Se determinara con la formula para determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones

Fórmula para menor de 10000

Cálculo de la muestra para proporción de dos grupos:

$$n = \frac{z^2 \cdot pq}{p^2}$$

z = Valor z del grado de significancia (a) o valor de p de 0.05 (95%), para dos colas . = 1.96

p = Valor asignado 0.8 % de la población

q = Valor de significancia 1 — p = 0.8758

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.08) (0.87)}{(0.05)}$$

$$n = 112$$

## **RESULTADOS:**

Se realizó encuesta a 114 pacientes, de acuerdo al tamaño de muestra especificada, de los cuales 54.4% son del sexo femenino y 45.6% son del sexo masculino. La media de edad fue de 52 años, con un mínimo de 34 años y máximo de 84 años, dentro de los cuales el 52.6% padece diabetes mellitus y el 47.4% padece hipertensión arterial sistémica. (ver anexo3)

De acuerdo a la evaluación de funcionalidad conyugal general se obtiene que el 19.3% de las parejas son severamente disfuncionales, el 57% es moderadamente funcional y el 23.7 son funcionales.

Es importante mencionar que del total de 60 pacientes diabéticos 13.3% cursan con disfunción conyugal severa, 60.1% con función moderada y 26.6% son prácticamente funcionales; de los 54 paciente hipertensos encontramos que 26% son severamente disfuncionales, 53.7% son moderadamente funcionales y 20.3% son funcionales.

Con respecto al sexo, de los 52 pacientes del sexo masculino encontramos que 13.4% cursan con disfunción conyugal severa, 50% son moderadamente funcional y 36.6% son funcionales; de los 62 pacientes del sexo femenino se encuentra que 24.1% son severamente disfuncionales, 63% son moderadamente funcionales y 12.9% son funcionales dentro del subsistema conyugal. (ver anexo 4)

La encuesta realizada y los resultados obtenidos permiten también evaluar que área se encuentra más afectada dentro del subsistema conyugal, enmarcadas por el instrumento utilizado para este fin.

Encontrando que los pacientes diabéticos presentan afectación mínima en le área de comunicación ya que de los pacientes diabéticos presentan una mínima disfunción en esta área, mientras que los pacientes hipertensos cursan con una comunicación afectada.

En el área de adjudicación y asunción de roles se encuentra que ambos grupos cursan con disfunción en esta área con un predominio de pacientes hipertensos.

El área de satisfacción sexual se encuentra mas afectada en el grupo de pacientes diabéticos, que de pacientes hipertensos.

El área de afecto se encuentra mas afectada en los pacientes diabéticos que hipertensos y por último la toma de decisiones se ve más afectada en los hipertensos que en los diabéticos. (ver anexo 5)

Por lo tanto se encuentra que los pacientes diabéticos tienen menor disfuncionalidad que los pacientes hipertensos de acuerdo a los resultados representados en los anexos.

## **ANÁLISIS:**

El instrumento utilizado para la valoración de la funcionalidad conyugal ante la presencia de un miembro de este subsistema se encuentra cursando un padecimiento crónico degenerativo, como lo es la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica.

Por medio de la interpretación de estos resultados podemos encontrar que de los 114 pacientes encuestados, la disfunción conyugal severa se encuentra en un 19.2%, un 57% cursa con funcionalidad moderada y 23.6% son funcionales.

De estos los diabéticos cuentan con un porcentaje total de disfuncionalidad de 7% y los hipertensos de 12.2%, por lo tanto las parejas con mayor índice de disfuncionalidad , contrario a la hipótesis planteada en este estudio, ya que se esperaba que las parejas con paciente diabético presentarían mayor disfuncionalidad .

Se observa que el sexo que presenta mayor disfuncionalidad con respecto al padecimiento es el sexo femenino con un 13.1 % de disfuncionalidad con respecto al sexo masculino con un 6.1%.

Se observa que a pesar que no existe un gran porcentaje de disfuncionalidad severa, el mayor porcentaje concentrado esta en la funcionalidad moderada siendo un 57% de las parejas encuestadas, correspondiendo un 55% a los pacientes diabéticos y 45% a los pacientes hipertensos. Con relación al sexo la funcionalidad moderada se representa por 40% en el sexo masculino y un 60% en el sexo femenino , ambos del total de pacientes con disfunción moderada.

Cabe señalar que dentro de esta disfuncionalidad los pacientes presentan mayor afectación en ciertas áreas evaluadas, siendo motivo de aplicación de estrategias para mejorar la disfuncionalidad. Este concepto basado en los siguientes resultados:

En el área de comunicación se encuentra un 7% de disfuncionalidad en pacientes diabéticos contra los pacientes hipertensos que no presentan esta disfunción.

En el área de adjudicación y asunción de roles se encuentra que un 7% de los pacientes diabéticos presentan severa disfunción mientras que los hipertensos no presentan disfunción severa.

En el área de sexualidad se observa un 14% de disfuncionalidad severa en los pacientes diabéticos en comparación con un 12.2% de los pacientes hipertensos.

En el área de afecto se observa 3.55% de los pacientes hipertensos presenta disfuncionalidad severa mientras que es nula en pacientes hipertensos.

En el área de toma de decisiones se observa un 13.1% de disfuncionalidad severa en pacientes hipertensos comparado con un 10.5% de los pacientes diabéticos.

De acuerdo a la prueba estadística utilizada (Mann-Whitney) se reporta una Z con valor de (-1.534) que se traduce por debajo de  $p < 0.05$  por lo cual la prueba no es estadísticamente significativa, además de haber sido rechazada la hipótesis planteada para este estudio (ver anexo 6)

## **CONCLUSIONES:**

La disfuncionalidad conyugal evaluada en este estudio se observa mas evidente en las parejas que se encuentran con un paciente hipertenso que en las que se encuentran con un paciente diabético, pero en cuestión de áreas son mas afectadas la comunicación, adjudicación de roles y sexualidad.

A pesar del curso y evolución del padecimiento, los resultados desprendidos de esta evaluación reportan mayor disfuncionalidad en el sexo femenino que en el masculino y con predominio en pacientes hipertensos.

Dado que la prueba no es estadísticamente significativa, se puede observar que este instrumento cuenta con ventajas para la evaluación del subsistema conyugal, aun con las deficiencias que se llegan a presentar al no evaluar todos los parámetros de la misma forma y no tomar en cuenta el estado cultural de las parejas.

Se concluye que la aprueba aporta importantes datos que nos permiten identificar el área mas afectada y así permitir la realización de intervenciones en terapia familiar para mejorar la funcionalidad del subsistema y fomentar un mejor control de su enfermedad por medio de las redes de apoyo y evitándose el ingreso al servicio de urgencias por complicaciones propias dela enfermedad que pueden ser retrasadas de acuerdo al fomento del autocuidado.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICADAS AL ESTUDIO:

Es indudable que la Medicina, como ciencia, debe sus avances a la experimentación. El progreso de la humanidad va de la mano con el desarrollo de las Investigaciones científicas al servicio del Hombre. La aplicación del Método científico ayuda a que el hombre vaya descubriendo los secretos de la naturaleza, con el fin de contribuir al bien de la humanidad. Cuando el científico experimenta debe hacerlo siempre con el propósito de que la humanidad progrese, y de que sea el hombre, el ser humano el receptor de estos beneficios (14).

### *Declaración de Helsinki.*

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y encomendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia 1938) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989).

### Principios Básicos.

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizarán investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios.

Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos

previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de incapacidad jurídica, física o mental, o cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionará las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

El presente protocolo se apega a las declaraciones que en materia de investigación, toma en cuenta la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio. (15).

“Nada puede justificar el que llegue a reducir al hombre a un simple objeto, ni siquiera al valor de la ciencia”

#### CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.

\*La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º., publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

\*La Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987; en su Artículo 2º. Fracción VII, 68 fracción IV, 96 fracción I a VII, 97,98,99 y 100 fracciones I a VII; 101 y 102 fracciones I a IV, 103 y 115 fracciones V; 119 fracción I; 141,160,164 y 168 fracciones VI; 174 fracción I; 186 y 189 fracción I; 238, 321 y 324.

\*El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.

\*El acuerdo con el que crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

\*El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

\*La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

\*Los acuerdo 5/95 al 55/95 del 11 de enero 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización del Instituto.

\*El manual de organización de la dirección de prestaciones médicas fechado en 1996

\*Manual de Organización y operación del fondo para el fomento de la investigación médica (FOFOI), 1999.

\*El acuerdo numero 27991 (19-IV-1991) del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social que establece la creación de la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del IMSS.

*Este estudio es observacional y descriptivo, de manera que no hace uso de experimentación, sin embargo, dado que se estudiarán respuestas personales, se realizará con Carta de Consentimiento informado de los participantes y se respetará su decisión de no ser incluidos en este Estudio (Anexo 1).*

## REFERENCIAS.

- (1) Tamashiro, R.T. Developmental stages in the conceptualization of marriage. The Family coordinator. 27 (237-244) 1978.
- (2) Duvall, E. Family development 3er Edición J.B. Lippincott.Co. New York, 1967
- (3) Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de salud. Verlag 1998
- (4) Principios y práctica Médica de Medicina Familiar. Robert B Taylor. Editores asociados Quinta Edición 2001 Mex.
- (5) Watzlawick P., Helmick BJ., Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. Teoría de la comunicación Humana. Barcelona Editorial Herdert 1981: 49-72.
- (6) Dr Chavez Aguilar Victor. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Aceptado 09 de noviembre de 1993 Rev. Mex. Med. Fam. (1989;3(2): 49-67)
- (7) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-2572
- (8) Dr. Luís Alcocer Díaz Barreiro. Jefe de servicio de Cardiología HG de México.
- (9) Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Diuréticos y otros agentes empleados en la movilización del edema. Pp701-703. 1993 8a edición. Editorial Panamericana
- (10) Cardona MEG y cols. Tratamiento de Hipertensión Arterial Revista Mexicana de Cardiología 2005; 16(1): 19-27

(11) Dr. Israel Lerman Garber. M Atención integral al paciente Diabético Capitulo 2  
Clasificación y Diagnóstico dela Diabetes Mellitus Pp 7-24 2000 2a Edición  
McGraw-Hill Interamericana

(12) American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of diabetes  
mellitus. Diabetes Care 2004:27 Suppl 1:S5-S10

(13) Revista de Endocrinología y Nutrición 2004: 12(2) Abril-Junio 90-96

(14) Roldán González Julio. Etica Médica. Librería Parroquial de Clavería. 1990.  
3ª Edición. 23-30, 57-60 p.

(15) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la  
18ª Asamblea General de WMA Helsinki, Finlandia, Junio 1964, modificada por la  
29ª Asamblea General de WMA, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea  
General de WMA, Venecia, Italia, Octubre 1989; la 48ª Asamblea General de  
WMA, Hong Kong, Septiembre 1989; la 41ª Asamblea General de WMA,  
Somerset west, República de Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General  
de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000.

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México DF., a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2006

El presente estudio pretende valorar el estado funcional de la pareja que cuenta con un integrante con hipertensión arterial o diabetes mellitus, aplicando un instrumento de evaluación. Esto permitirá plantear alternativas de atención médica y mostrar la importancia de la valoración funcional del subsistema conyugal

Yo \_\_\_\_\_, acepto contestar el Cuestionario anexo a este documento, una vez que se me ha explicado clara y ampliamente que será para la conducción de una Investigación de Relevancia enfocada para la mejor atención del paciente haciéndolo de manera libre y honesta.

---

Firma

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE EVALUACION

Instrumento de abordaje para el estudio integral de la salud familiar.

ESCALA EVALUATIVA	Nunca	Ponderación ocasional	Siempre
<b>1 Función de comunicación</b>			
a) cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica.	0	5	10
<b>2 Función de adjudicación y asunción de roles</b>			
a) la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
<b>3 Función de satisfacción sexual</b>			
a) es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b) es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10

ESCALA EVALUATIVA	Nunca	Ponderación ocasional	Siempre
<b>4 Función de afecto</b>			
a) existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) se interesa por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) percibe que son queridos por su pareja	0	2.5	5
<b>5 Función de toma de decisiones</b>			
a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15

## EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Funciones	Parámetros	Calificación asignada	Porcentaje
<b>Comunicación</b>	a) clara	10	<b>30</b>
	b) directa	10	
	c) congruente	10	
<b>Adjudicación y asunción de roles</b>	a) congruencia	5	<b>15</b>
	b) satisfacción	5	
	c) flexibilidad	5	
<b>Satisfacción sexual</b>	a) frecuencia	10	<b>20</b>
	b) satisfacción	10	
<b>Afecto</b>	a) manifestaciones físicas	5	<b>20</b>
	b) calidad de convivencia	5	
	c) interés por el desarrollo de la pareja	5	
	d) reciprocidad	5	
<b>Toma de decisiones</b>	a) conjunta	15	<b>15</b>
	b) individual	0	
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### CALIFICACION.

Detecta de manera cuantitativa el área o áreas que ameritan atención y ajuste, se califica sumando el puntaje observado de la siguiente manera:

Porcentaje obtenido	Clasificación y evaluación
0-40%	<b><i>PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL</i></b>
41-70%	<b><i>PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL</i></b>
71-100%	<b><i>PAREJA FUNCIONAL</i></b>

(6)

## ANEXO 3

### sexo del paciente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	52	43.0	45.6	45.6
	femenino	62	51.2	54.4	100.0
	Total	114	94.2	100.0	
Missing	System	7	5.8		
Total		121	100.0		

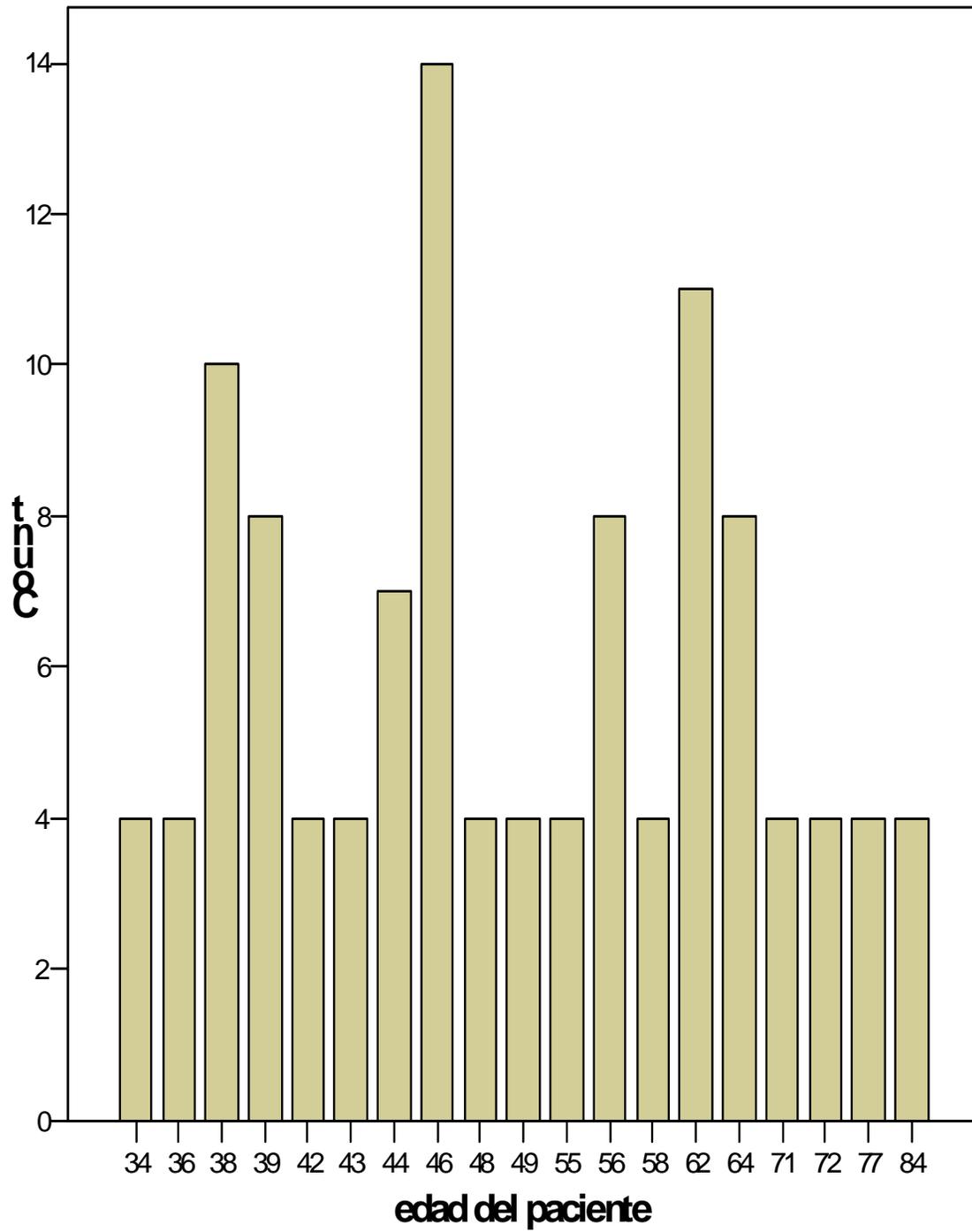
### Statistics

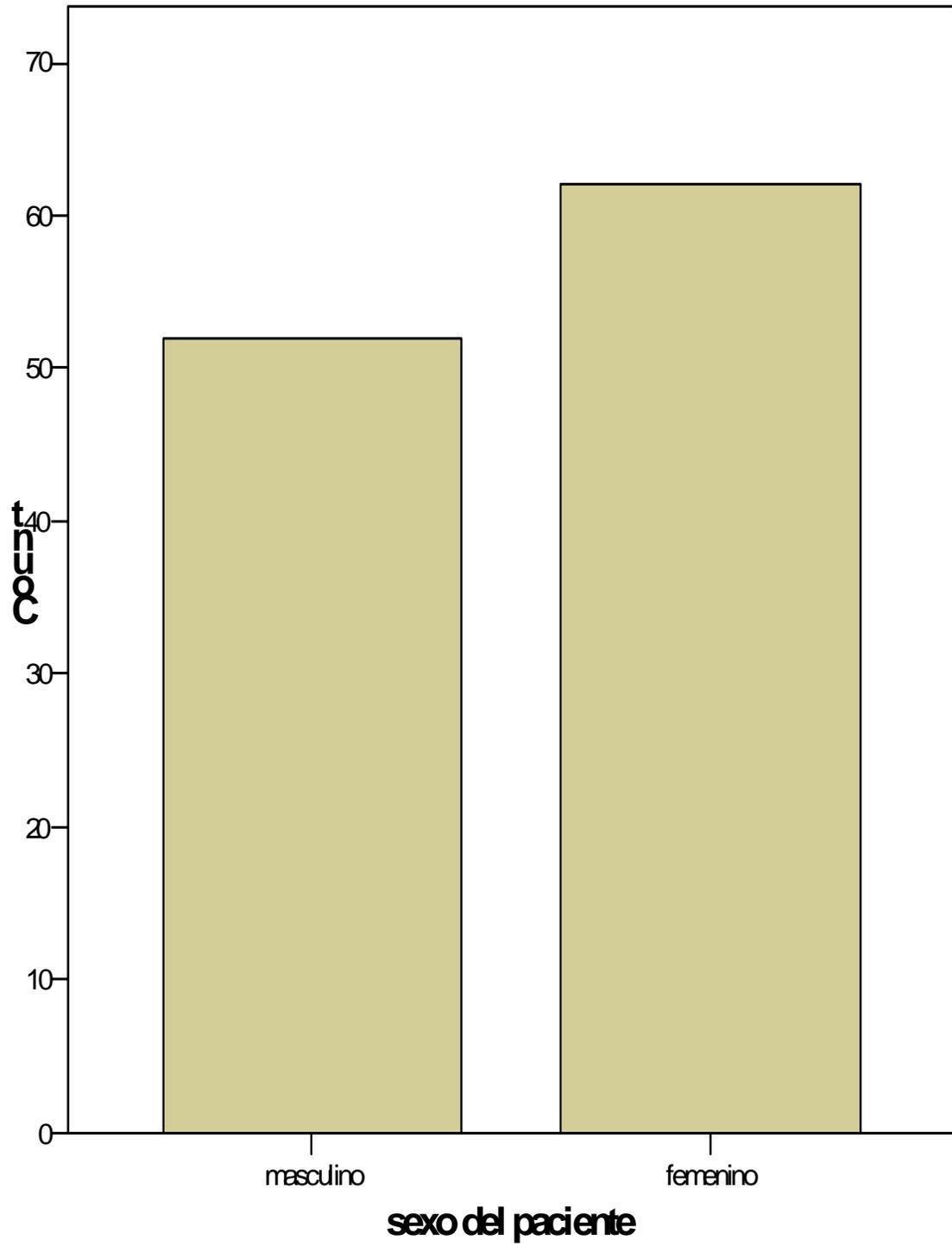
#### edad del paciente

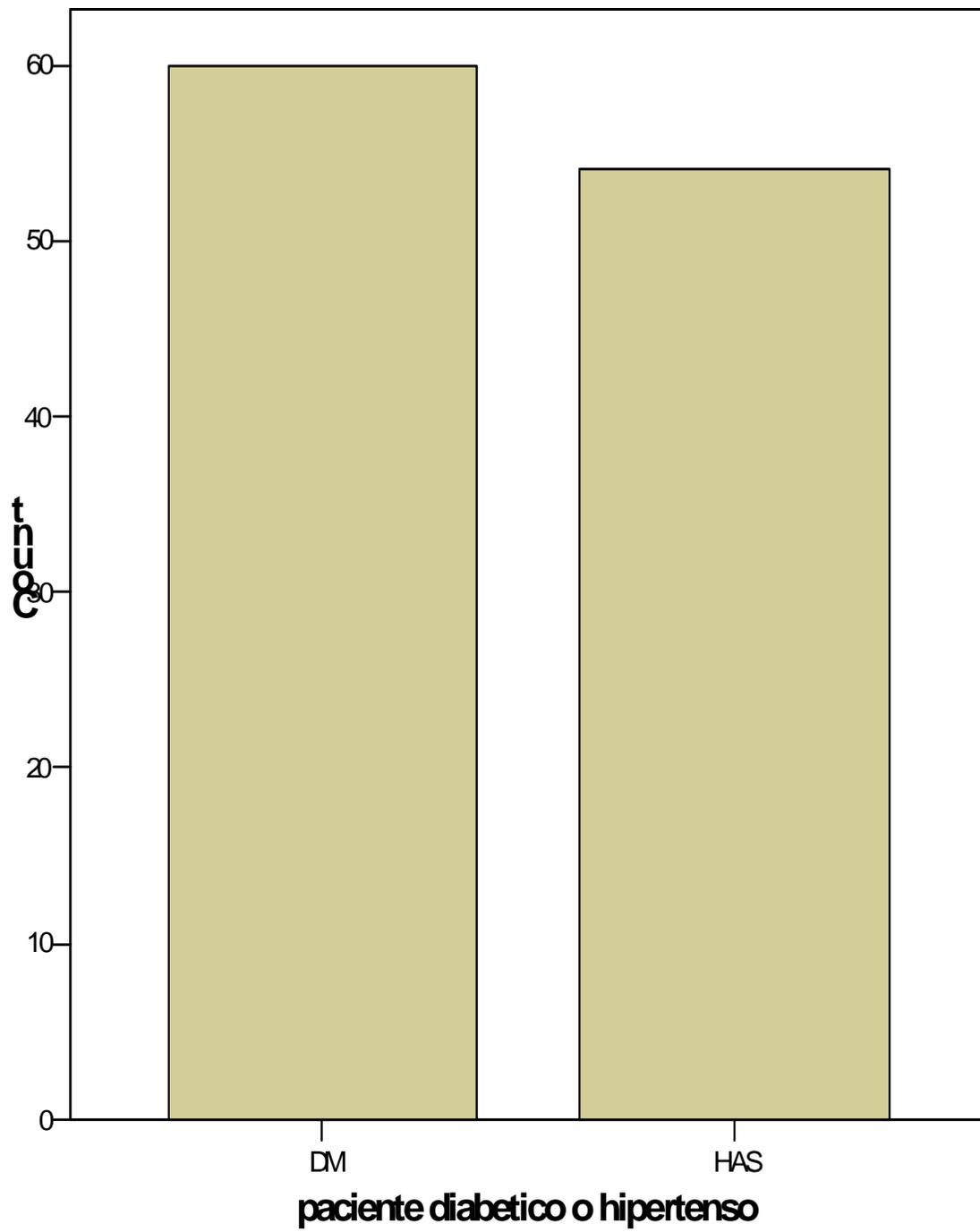
N	Valid	114
	Missing	7
Mean		52.30
Median		48.00
Mode		46
Std. Deviation		13.169
Range		50
Minimum		34
Maximum		84

### paciente diabetico o hipertenso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DM	60	49.6	52.6	52.6
	HAS	54	44.6	47.4	100.0
	Total	114	94.2	100.0	
Missing	System	7	5.8		
Total		121	100.0		







## ANEXO 4

### clasificacion y evaluacion

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pareja severamnete disfuncional	22	18.2	19.3	19.3
	paraje moderadamente funcional	65	53.7	57.0	76.3
	pareja funcional	27	22.3	23.7	100.0
	Total	114	94.2	100.0	
Missing	System	7	5.8		
Total		121	100.0		

### paciente diabetico o hipertenso \* clasificacion y evaluacion Crosstabulation

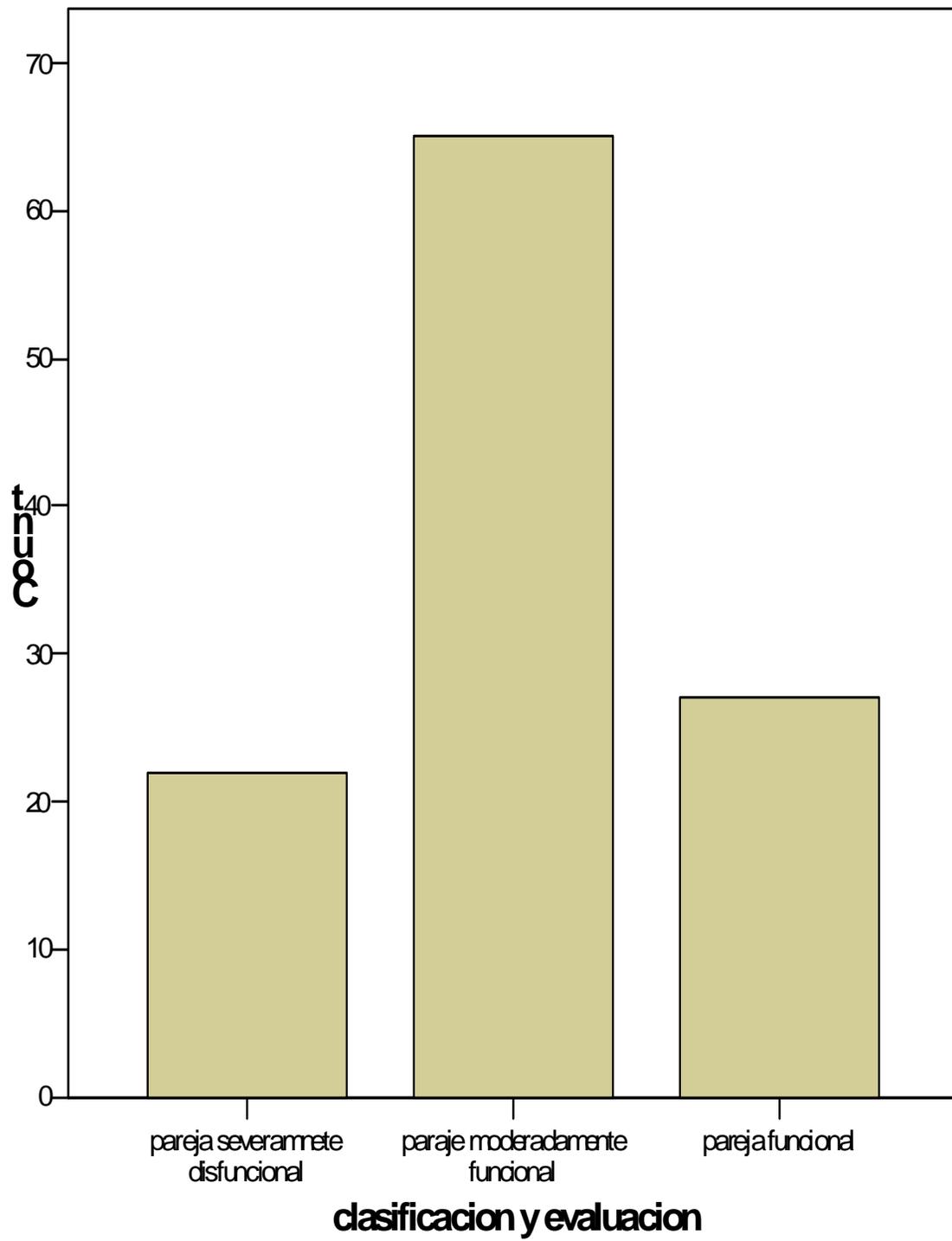
Count

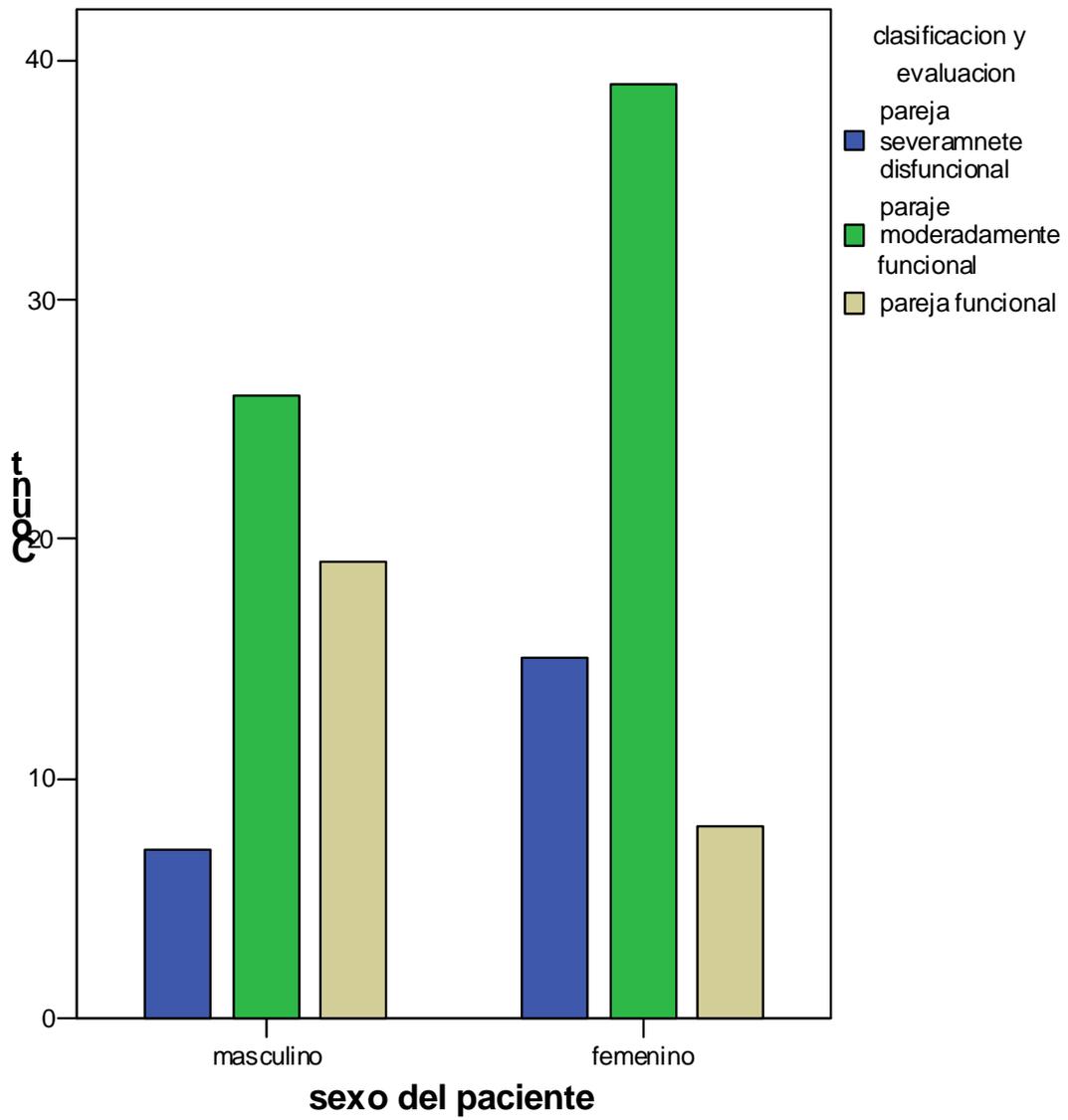
		clasificacion y evaluacion			Total
		pareja severamnete disfuncional	paraje moderadame nte funcional	pareja funcional	
paciente diabetico o hipertenso	DM	8	36	16	60
	HAS	14	29	11	54
Total		22	65	27	114

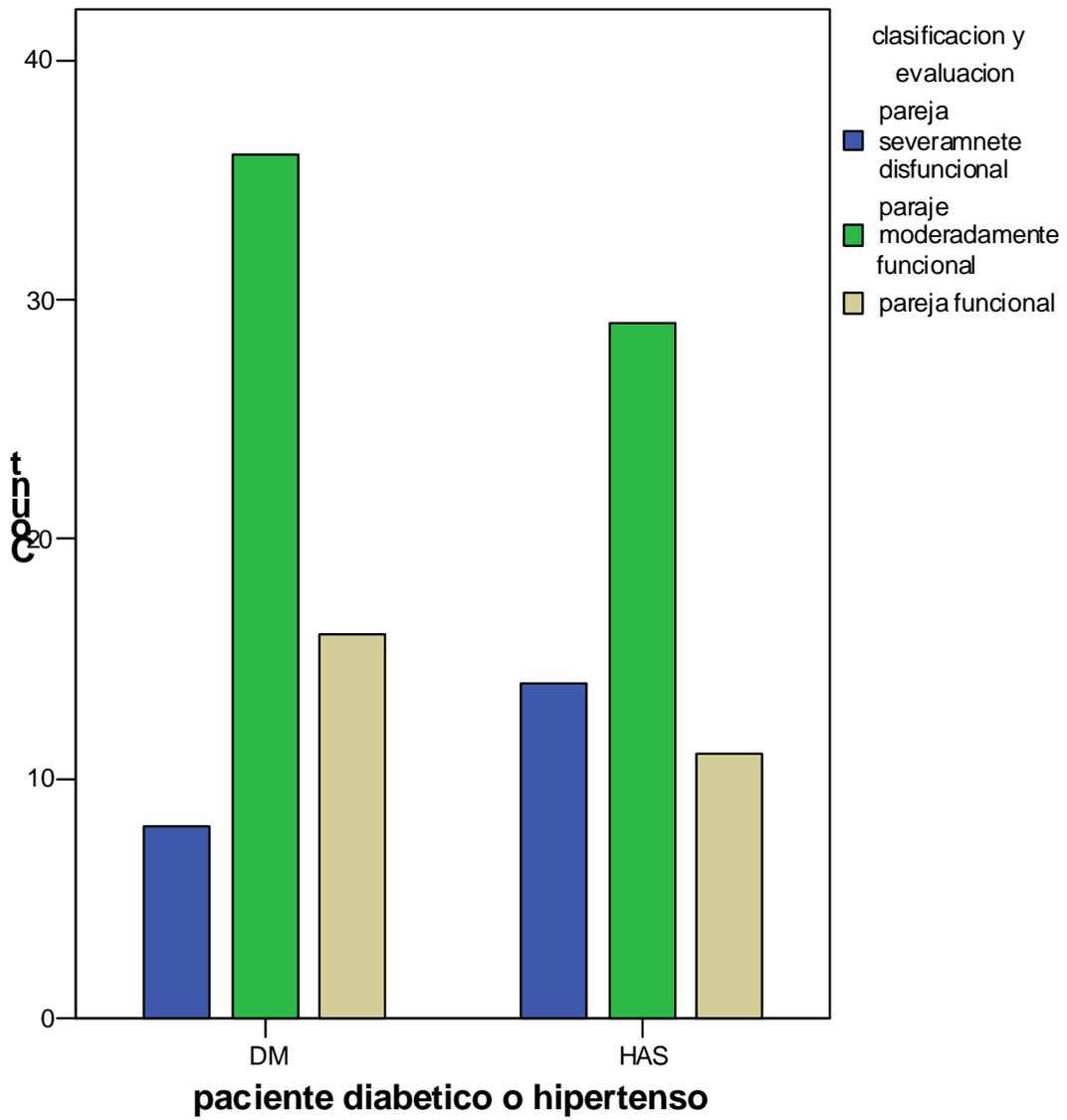
### sexo del paciente \* clasificacion y evaluacion Crosstabulation

Count

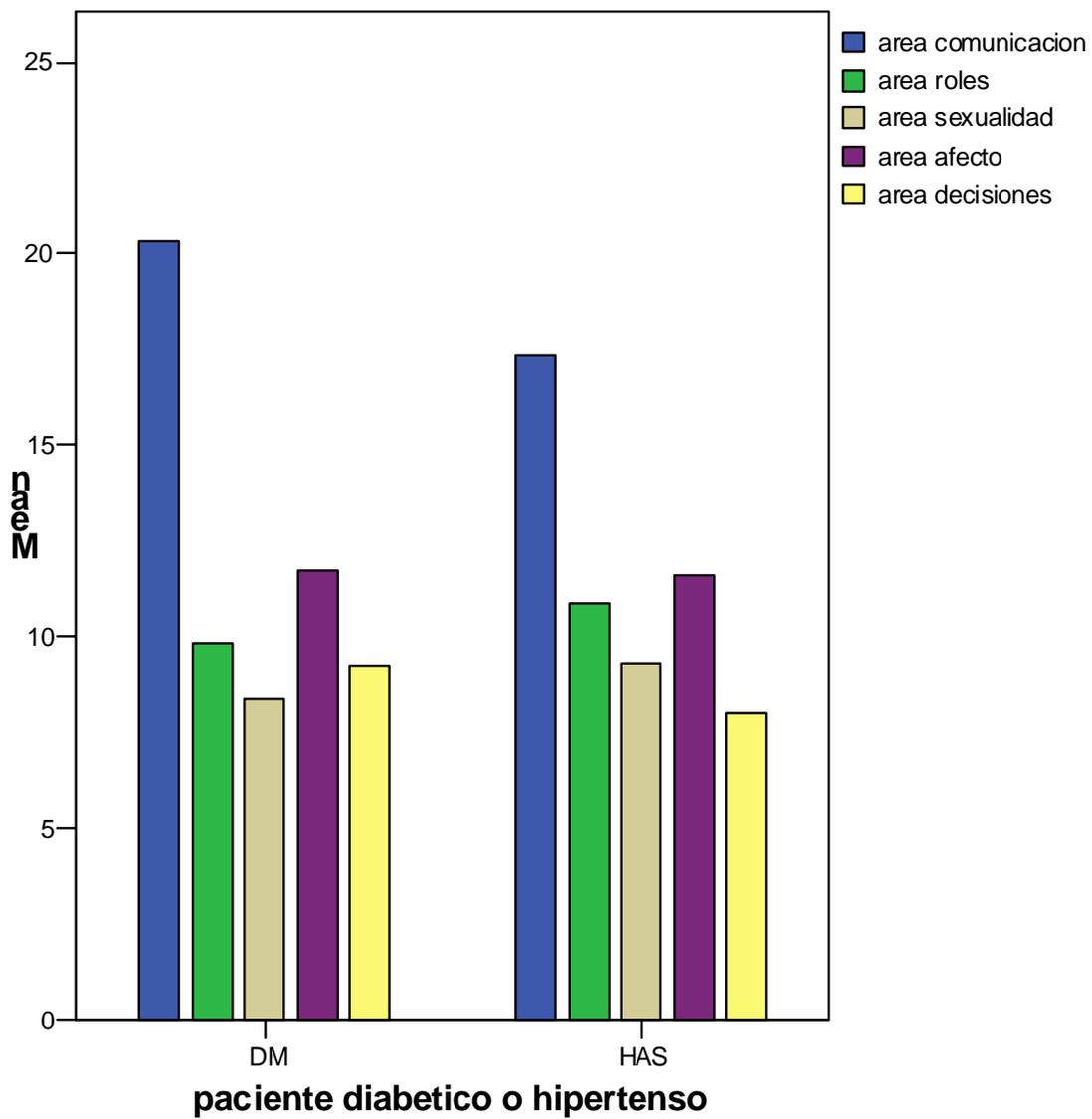
		clasificacion y evaluacion			Total
		pareja severamnete disfuncional	paraje moderadame nte funcional	pareja funcional	
sexo del paciente	masculino	7	26	19	52
	femenino	15	39	8	62
Total		22	65	27	114







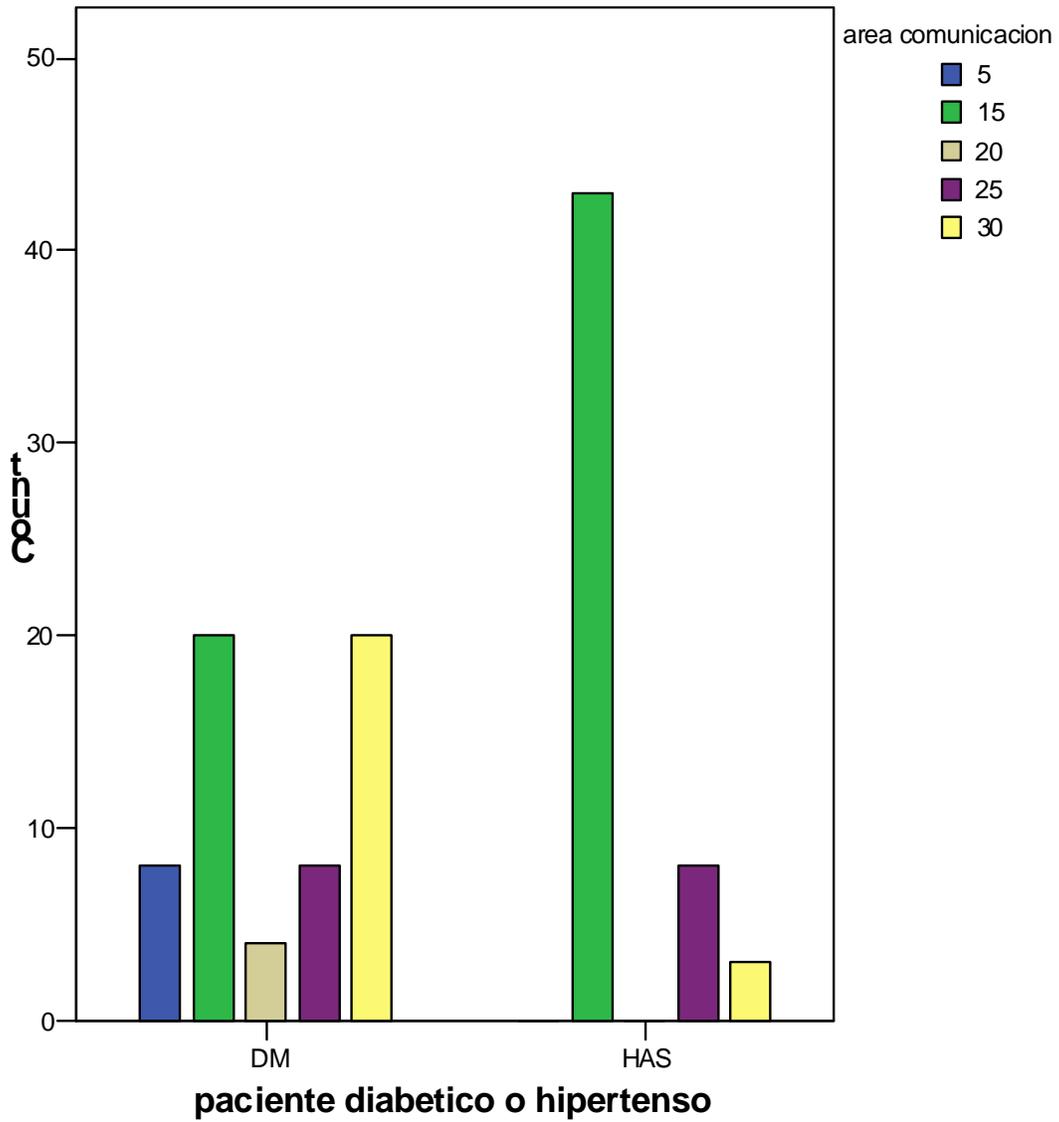
## ANEXO 5



**paciente diabetico o hipertenso \* area comunicacion Crosstabulation**

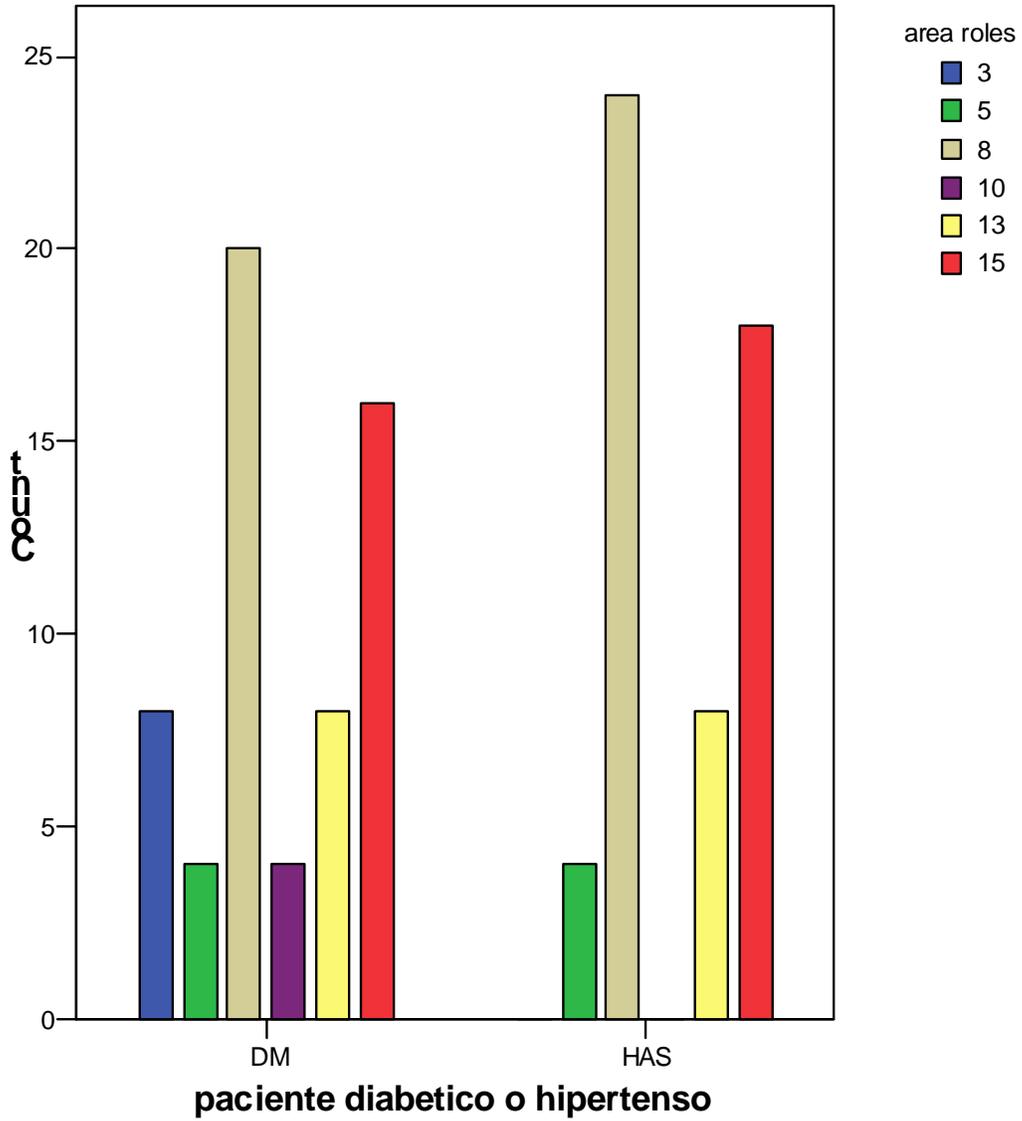
Count

		area comunicacion					Total
		5	15	20	25	30	
paciente diabetico	DM	8	20	4	8	20	60
o hipertenso	HAS	0	43	0	8	3	54
Total		8	63	4	16	23	114



**paciente diabetico o hipertenso \* area roles Crosstabulation**

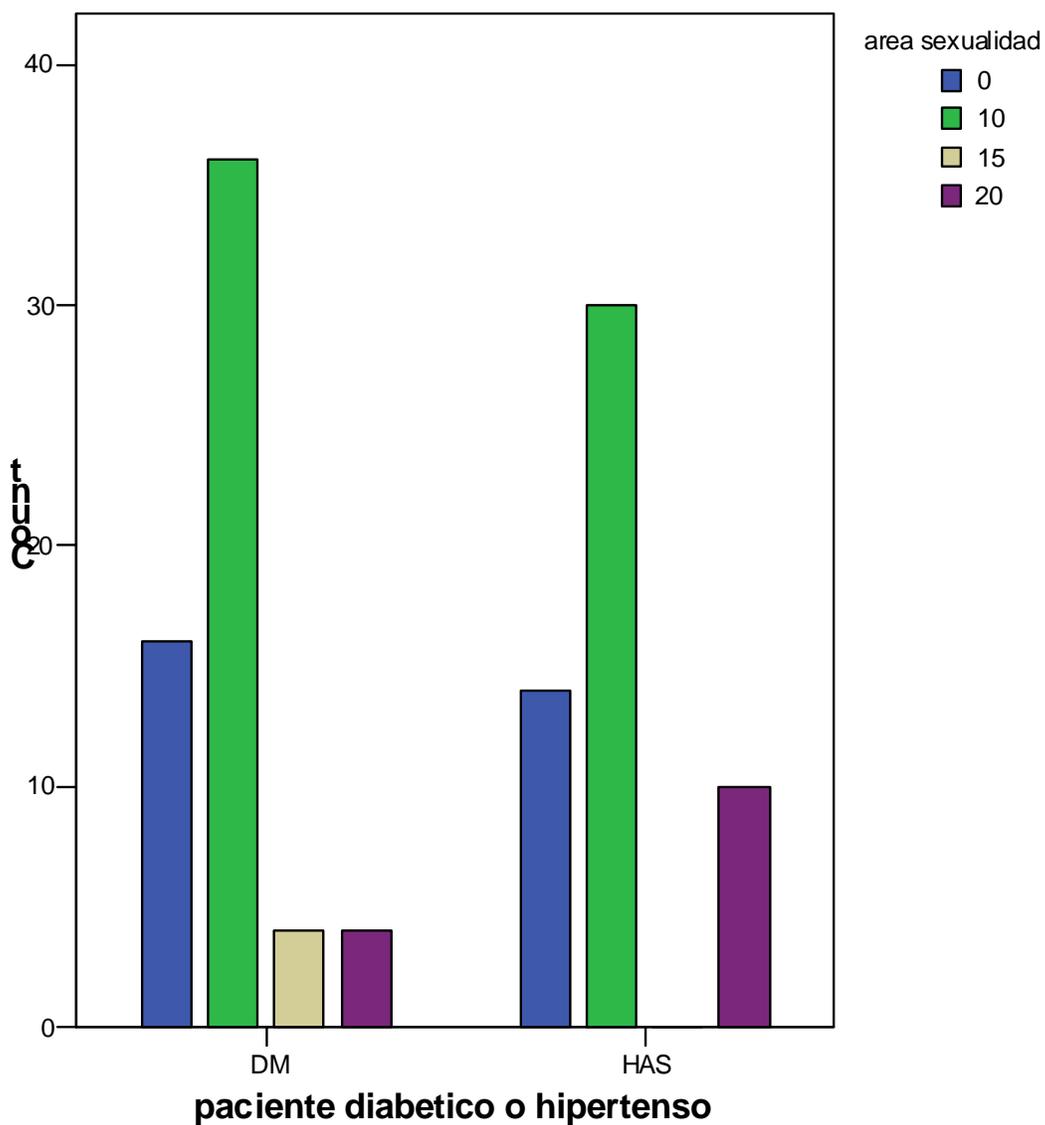
Count		area roles						Total
		3	5	8	10	13	15	
paciente diabetico	DM	8	4	20	4	8	16	60
o hipertenso	HAS	0	4	24	0	8	18	54
Total		8	8	44	4	16	34	114



**paciente diabetico o hipertenso \* area sexualidad Crosstabulation**

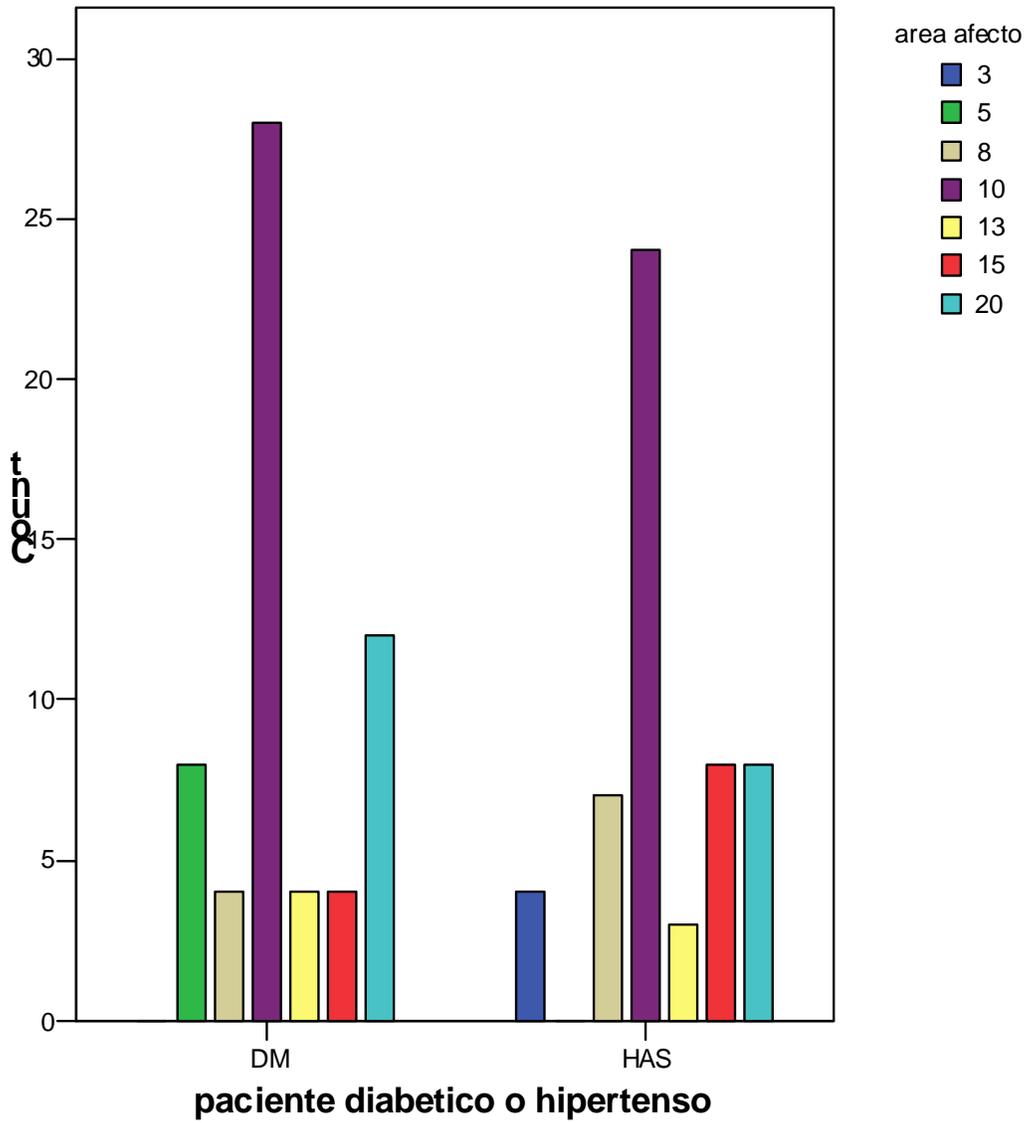
Count

		area sexualidad				Total
		0	10	15	20	
paciente diabetico	DM	16	36	4	4	60
o hipertenso	HAS	14	30	0	10	54
Total		30	66	4	14	114



paciente diabetico o hipertenso \* area afecto Crosstabulation

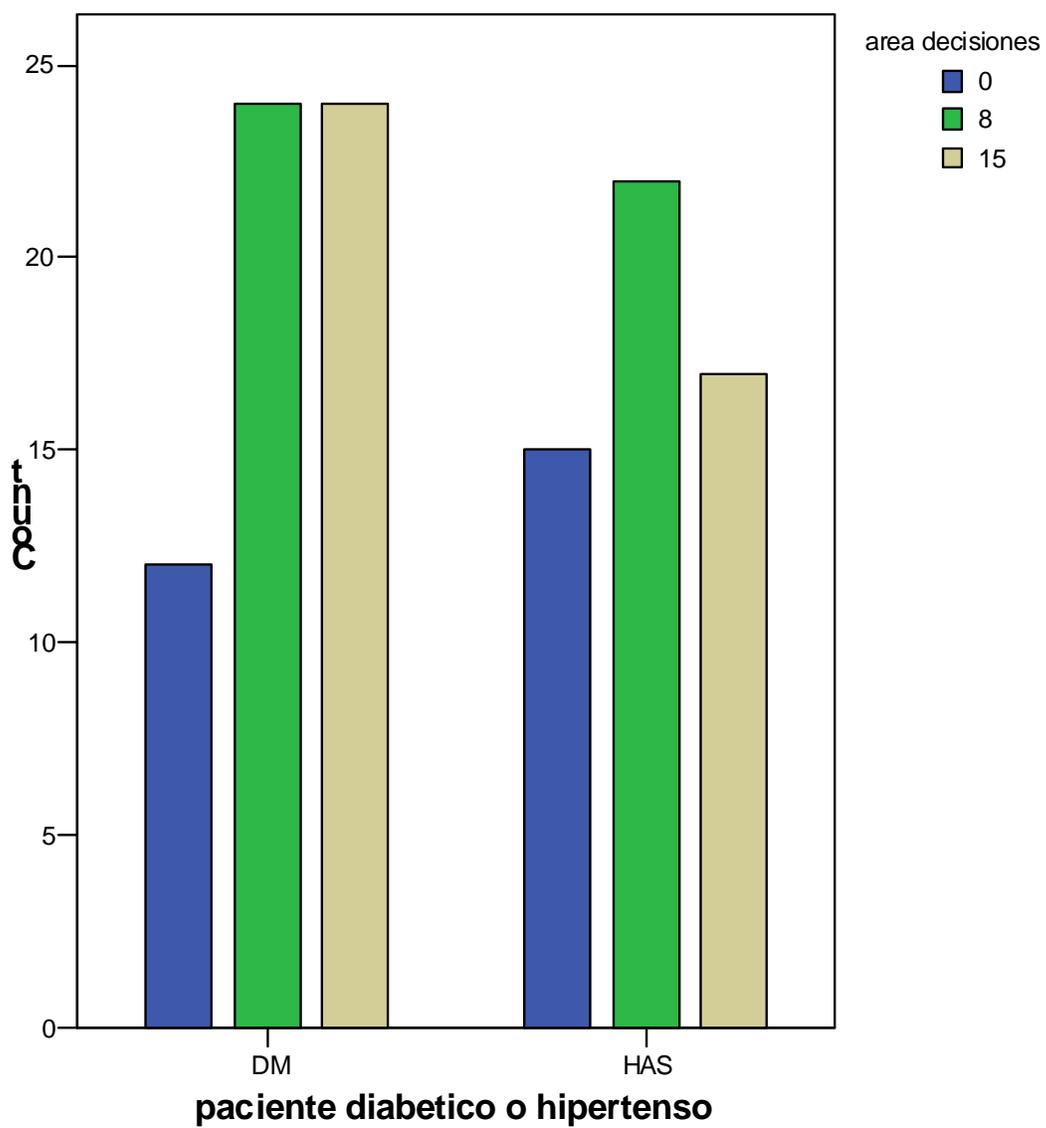
Count		area afecto							Total
		3	5	8	10	13	15	20	
paciente diabetico	DM	0	8	4	28	4	4	12	60
o hipertenso	HAS	4	0	7	24	3	8	8	54
Total		4	8	11	52	7	12	20	114



**paciente diabetico o hipertenso \* area decisiones Crosstabulation**

Count

		area decisiones			Total
		0	8	15	
paciente diabetico	DM	12	24	24	60
o hipertenso	HAS	15	22	17	54
Total		27	46	41	114



## ANEXO 6

### Test Statistics(a)

	paciente diabetico o hipertenso
Mann-Whitney U	579.000
Wilcoxon W	2724.000
Z	-1.534
Asymp. Sig. (2-tailed)	.125