



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**“EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL  
EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HGZ/UMF 8”**

## **Protocolo de Investigación**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN  
LA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DRA MEJIA CARRANZA YESSICA**

**ASESOR METODOLOGICO:  
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**ASESOR CLINICO:  
DRA GUADALUPE A.R. DAMKEN ROBLES**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
ENCARGADO DE LA COOCDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGZ/UMF NO. 8 “DR. GILBERTO  
FLORES IZQUIERDO” I.M.S.S.**

**CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2011.**



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.

**“EVALUACIÓN DE LA  
DISFUNCIÓN EN EL  
SUBSISTEMA CONYUGAL EN  
PACIENTES CON DIABETES  
TIPO 2 DEL HGZ/UMF 8”**

## RESUMEN

### **EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**

**AUTORES:** DRA MEJIA CARRANZA YESSICA, DR GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO, DRA DAMKEN ROBLES GUADALUPE,

**INSTITUCION:** Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”

**OBJETIVO:** Evaluar la disfunción de pareja de pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudiaron 239 pacientes diabéticos tipo 2 a quienes se aplicó el instrumento de evaluación del subsistema conyugal para medir la funcionalidad de este subsistema conyugal. Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, no comparativo. Se utilizó el programa SPSS 12 de Windows para el análisis de los resultados.

**RESULTADOS:** se encontró 47 (19.7%) presentaron disfunción, 192 (80.3%) funcionales. Del sexo femenino 24 (42.7%) disfunción, 99 (41.4%) funcional, sexo masculino 23 (9.7%) disfunción, 93 (38.9%) funcional. En edad de 20 a 59 años 29 (12.2%) disfunción, 118 (49.4%) funcional, de 60 y más años, 18 (7.6%) disfunción, 74 (31.0%) funcional. En tiempo de vivir en pareja menos de 10 años 10 (4.2%) disfunción, 9 (3.8%) funcional, de 10 a 25 años 13 (5.4%) disfuncionales, 58 (24.3%) funcional. En pacientes con menos de 5 años de diabéticos 23 (9.6%) disfunción, 59 (24.7%) funcional, de más de 5 a 10 años 12 (5.1%) disfunción, 63 (26.4%) funcional, de más de 10 años 12 (5%) disfunción 70 (29.3%) funcional

**CONCLUSIONES:** El estudio muestra que 192 (80.3%) funcional en el subsistema conyugal. Los rangos más afectados fueron: edad de 20 a 59 años, sexo femenino, pacientes con más de 25 años de vivir en pareja y los que tienen menos de 5 años de ser diabéticos.

## AUTORIZACIONES

---

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**  
**DIRECTOR DEL HGZ/UMF No 8**  
**“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**ENCARGADO DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E**  
**INVESTIGACION EN SALUD DEL HGZ/UMF No 8**  
**“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR JESUS ANDRES GONZÁLEZ ZEPEDA**  
**PROFESOR ADJUNTO**  
**DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL HGZ/UMF No 8**  
**“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**ASESOR CLINICO**  
**DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES**  
**MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 140**

---

**ASESOR EXPERIMENTAL**  
**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**ENCARGADO DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E**  
**INVESTIGACION EN SALUD DEL HGZ/UMF No 8**  
**“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi Familia**

#### **En especial a mis padres Jerónimo y Lucia**

Por el amor y apoyo incondicional por ser el ejemplo a seguir, por todo lo que me han dado que nunca podre terminar de agradecer, por darme la vida y la oportunidad de ser quien soy Por siempre estar a mi lado, por su lucha incansable.....Mil Gracias

**Papito te quiero mucho gracias por haber sido el gran hombre que fuiste**

**A mis hermanas y hermano Nadime, Soraima Delma y Valentín**

**A mis sobrinos Jaqui, Omar, Sebastián y Andrés**

Por el apoyo en todo momento y porque sin ustedes mi vida no sería la misma

### **A Fer**

Por tu amor, tolerancia, paciencia, cariño, por todos los bellos momentos y por enseñarme a amar y querer por sobre todas las cosas, por la lucha constante codo a codo. Mil gracias por todo el amor que me das .....Te amo

### **A mis amigos y amigas**

#### **En especial a Lucely, Myrna, Isra, Naye, Kari y Chivis**

Confidentes de toda la vida

Desde hace muchos años y de no tantos

Gracias por su amistad, paciencia y apoyo en momentos difíciles, por escucharme y aconsejarme y estar conmigo siempre a pesar del tiempo y la distancia

### **A mis asesores y profesores**

Por enseñarme a ser mejor y por enseñarme a amar mi especialidad por sobre todas las cosas

### **A mis compañeros y medico adscritos**

Por enriquecer mi formación y vida personal

## INDICE

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	10
Objetivos.....	11
Hipótesis.....	12
Materiales y métodos.....	13
Diseño de la investigación.....	14
Población o universo.....	15
Ubicación temporal y espacial de la población.....	15
Muestra.....	16
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	17
VARIABLES.....	18
Definición conceptual de variables.....	19
Definición operativa de las variables.....	20
Diseño estadístico.....	21
Instrumentos de recolección.....	22
Métodos de recolección de datos.....	23
Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	24
Cronograma.....	25
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	27
Consideraciones éticas.....	28
Resultados.....	29
Tablas y graficas.....	32
Discusión.....	48
Conclusiones.....	49
Bibliografía.....	53



## **“EVALUACION DE LA DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HGZ/UMF 8”**

### **ANTECEDENTES**

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica con gran impacto en la salud pública y los sistemas de salud. La prevalencia actual de esta enfermedad en nuestro país es del 10.7%.<sup>[1]</sup>

La Diabetes Mellitus implica grandes gastos de recursos económicos y humanos para el tratamiento, control o rehabilitación por su elevada letalidad. Actualmente se ha presentado en pacientes adultos jóvenes, adolescentes y hasta en niños, lo que tiene grandes complicaciones durante la vida económicamente activa, además de ser la principal causa de amputaciones no traumáticas y ceguera en nuestro país.<sup>[2]</sup>

La Diabetes Mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia resultado de los defectos de secreción, acción o formación inadecuada de la insulina. La etiología de esta enfermedad está ligada a los estilos de vida además de tener una contribución genética importante. Entre las causas de diabetes se encuentran las inmunológicas, las de deficiencias en la resistencia a la insulina y la inadecuada respuesta de la secreción de esta hormona. Sin embargo también existen otras causas predisponentes de diabetes como pueden ser: los defectos genéticos de la célula beta pancreática ó de la acción de insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías como de la hormona del crecimiento, epinefrina, cortisol y glucagon, así como la desencadenada por algunos fármacos, infecciones, síndromes genéticos que se asocian a DM e incluso de la diabetes gestacional.<sup>[3]</sup>

La Diabetes Mellitus se puede clasificar en tipos 1 y 2, la tipo 1 generalmente se debe a alteraciones inmunológicas o a una deficiencia absoluta de la secreción de insulina, mientras que la tipo 2 es causada por una combinación de la resistencia a la acción de insulina con una respuesta compensatoria inadecuada a la secreción de este polipéptido.

Los síntomas característicos de la enfermedad son poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa, además de haber una predisposición aumentada para infecciones agudas.<sup>[3]</sup>

El diagnóstico de diabetes mellitus se hace con tres criterios:

1. Glucosa en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl.
2. Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) más una glucosa al azar mayor o igual a 200 mg/dl.
3. Glucosa plasmática mayor o igual a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de tolerancia a la glucosa. <sup>[3]</sup>

La hiperglucemia crónica ocasionada por la DM, condiciona alteraciones a diversos órganos lo que condicionará complicaciones a largo plazo como pueden ser: el daño renal, el daño vascular periférico, la neuropatía periférica que puede llevar a la amputación y articulaciones de Charcot además la neuropatía autónoma que lleva a alteraciones viscerales como las gastrointestinales, genitourinarias, cardiovasculares, retinopatía lo cual a largo plazo llevará a la discapacidad y muerte. Dentro de las complicaciones viscerales se encuentran también las urológicas que conllevan disfunciones sexuales, la prevalencia de estas aumenta con la presencia de desórdenes en los lípidos, enfermedades cardiovasculares y coronarias, la edad, el índice de masa corporal, el tabaquismo, las complicaciones no urológicas de la diabetes así como los años de padecer la enfermedad. Así mismo la DM es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad aterosclerótica cardiovascular, arterial periférica, cerebrovascular, hipertensión o alteraciones de los lípidos. <sup>[3]</sup>

También hay complicaciones agudas como la cetoacidosis y el estado hiperosmolar. <sup>[3]</sup>

La mayoría de los médicos que tratamos a pacientes diabéticos la mayor parte de las veces nos enfocamos a las complicaciones funcionales de algunos órganos, como el riñón, ojo, corazón, sistema nervioso periférico, que si bien su correcto funcionamiento garantiza una mejor calidad de vida, algunas veces nos olvidamos del aspecto de la sexualidad que también es importante para el ser humano dejando a un lado las disfunciones sexuales y eréctil que también afectan de forma importante la calidad de vida de hombres y mujeres con diabetes. Las disfunciones sexuales en el hombre incluyen: la disminución de libido, eyaculación retrograda y disfunción eréctil, la cual tienen un prevalencia estimada de 20 a 72%; mientras que en las mujeres la prevalencia estimada es de 18-42% e incluyen disminución del deseo, disminución de la excitación y dispaurenia.

A pesar de los tratamientos que existen para tratar la disfunción eréctil en hombres,

algunos estudios han demostrado que el control glucémico y el aumento de actividad física mejoran en un 50 a un 70% la disfunción eréctil en pacientes diabéticos. [4,5]

La disfunción sexual en las mujeres está asociada a factores biológicos, sociales y psicológicos, incrementándose si se asocia a enfermedades cardiovasculares, histerectomía y alteraciones neurológicas. La disfunción sexual en la mujer diabética aumenta con las complicaciones de la enfermedad de base así como con los factores psicológicos sobretodo la depresión, la adaptación a la diabetes y la calidad de su relación de pareja. [6]

El tratamiento de la DM debe ser integral contemplando al médico y al paciente a quien se debe de educar sobre el cuidado personal, esta educación debe estar dada por un grupo multidisciplinario en donde la intención es enseñar al paciente el autocuidado, la adecuada alimentación, así como dar un apoyo psicológico, clínico, nutricional, entre otros, con el fin de que el paciente diabético lleve un adecuado control de su enfermedad, tenga un programa de actividad física y alimentación determinado con adecuado apego a estos junto al tratamiento farmacológico, las metas se fijaran de acuerdo a parámetros establecidos, para monitorizar el adecuado control se toma en cuenta los niveles de glucemia plasmática, colesterol, presión sanguínea y hemoglobina glucosilada.

Es importante educar al paciente con el fin de que comprenda la importancia de llevar un adecuado control para así mejorar la calidad de vida y evitar las complicaciones. [7]

El equipo de salud debe de hacer un plan de tratamiento para cada paciente el cual deberá basarse en la historia clínica que debe incluir entre otros la edad del paciente, la evolución, tratamiento previo, la actividad física que realiza, si lleva plan nutricional, si ha tenido complicaciones agudas y de qué tipo (hipoglicemia, hiperglucemia) y si presenta complicaciones crónicas y cuáles son las que presenta, y si presenta patología concomitante, se debe incluir una exploración física completa, así como una evaluación de laboratorios iniciales que como mínimo deben tener perfil de lípidos, perfil hepático, depuración de creatinina, medición de excreción de albumina urinaria y la relación albumina/creatinina, dentro del tratamiento se debe incluir referencias anuales para la revisión de fondo de ojo, el envío a planificación familiar en caso de

que sea mujer, envió con el profesional de salud mental de ser necesario y saber qué tipo de educación de automanejo tiene. En el plan de tratamiento se debe de incluir el automonitoreo de la glucosa posprandial, con el fin de que el paciente identifique las cifras de hipo o hiperglucemia oportunamente y saber que tiene un control adecuado al presentar una glucosa de 95 mg/dl en ayuno, de 140 mg/dl 1 hr posprandial y de 120 mg/dl a las 2 hrs posprandial, también debe de realizarse monitoreo de la hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>) lo cual nos dirá si el paciente realmente estaba controlado en los tres meses anteriores, este valor para ser ideal debe ser menos de 7%, el mantener estos dos parámetros siempre dentro de lo normal reduce el riesgo de complicaciones crónicas. En cuanto al plan de alimentación indica que la dieta debe ser balanceada baja en carbohidratos (aproximadamente 130), se deben de eliminar todos los azúcares no nutritivos así como el alcohol, en cuanto a los lípidos esto deben de sumar menos de 7% de calorías y evitar en medida de lo posible los ácidos grasos *trans*, se debe de complementar con antioxidantes como la vitamina E y C. La intención de la dieta además de mantener el control es que el paciente diabético con sobrepeso disminuya su Índice de Masa Corporal (IMC) y disminuir la resistencia a la insulina. En casos de obesidad es aconsejable el tratamiento quirúrgico.<sup>[8]</sup>

En lo que se refiere a la actividad física se debe de incitar al paciente a que realice ejercicio aeróbico de moderado o intenso 30 minutos diarios o al menos 30 minutos tres veces por semana, siempre y cuando no existan contraindicaciones.<sup>[8]</sup>

El envío al especialista de salud mental es importante para que el paciente tenga un bienestar emocional que permita un adecuado apego al tratamiento y esto lo determinará el médico tratante en caso de que existan trastornos como: depresión, falta de aceptación a la enfermedad o sus complicaciones, entre otras.<sup>[8]</sup>

Dentro del tratamiento integral también se debe de incluir la prevención de enfermedades oportunistas por ello se debe de aplicar inmunizaciones contra influenza y neumococo.<sup>[8]</sup>

En cuanto al tratamiento farmacológico se han realizado estudios para ver cuál es la línea más afectiva. Dentro de los medicamentos más usados están las biguanidas, las silfunilureas y la insulina, otros medicamentos usados son las pioglitazonas y los agonistas de péptido parecido al glucagón-1 (agonistas GLP-1). Actualmente las guías

muestran que hay terapias bien validadas, dentro de estas tenemos el primer nivel del algoritmo, en donde la estrategia terapéutica mejor establecida, más efectiva y de mejor costo-beneficio para alcanzar las metas glucémicas es la modificación del estilo de vida, el paso uno de la guía de manejo es el empleo de la metformina. Si este paso fracasa en alcanzar o mantener un nivel de HbA<sub>1c</sub> menos a 7% debe adicionarse otro medicamento dentro de los siguientes 2 a 3 meses. El nivel de HbA<sub>1c</sub> determina, en parte; cual agente debe seleccionarse para continuar el tratamiento, es decir, la mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de DM tipo 2 usualmente responderán a una biguanida, por lo que se usa metformina más una insulina basal si existe HbA<sub>1c</sub> >8.5% o síntomas de hiperglucemia, o se añade una sulfonilurea. Si estos esquemas no son funcionales entonces se comienza el paso tres del primer nivel de la guía de tratamiento que consiste en la administración de metformina e insulina intensiva. En el segundo nivel de la guía de tratamiento, se habla de terapias menos validadas en donde el primer paso es la combinación de metformina con una pioglitazona o un agonista GLP-1, en caso de que esto no funcione, el siguiente paso es la combinación de metformina más pioglitazona más sulfonilurea, o metformina más insulina basal. Es importante mencionar que las insulinas combinadas no están indicadas en ningún caso y que en la insulino terapia es aún más importante llevar un adecuado auto monitoreo así como un adecuado régimen alimenticio. <sup>[9]</sup>

Como ya hemos visto el tratamiento del diabético es integral y requiere de educación del equipo médico y sobre todo del paciente y su familia, ya que los integrantes de la familia tienen un gran riesgo de desarrollar la enfermedad, ya que dentro de una familia se comparten estilos de vida predisponentes para esta enfermedad crónica, por lo que es indispensable involucrarla en el tratamiento y evitar el desarrollo de la enfermedad.

Dentro del marco del tratamiento del paciente diabético se ha demostrado que el papel de la relación matrimonial es crucial para lograr el control glucémico y el apego adecuado al tratamiento, ya que es necesario un cambio en el estilo de vida no solo del paciente si no de su familia quien será su mayor red de apoyo, cayendo el mayor peso en el subsistema conyugal. <sup>[10,11,12,13]</sup>

La estructura y calidad de las relaciones de pareja pueden influir no solo en el tratamiento y control de las enfermedades crónicas si no también en la percepción que

tienen los pacientes en cuanto a su salud física, mental y emocional.<sup>[14,15]</sup>

La adecuada estructura y organización de una familia puede hacer que el paciente tenga un buen apego y manejo de su enfermedad. De tal forma que un ambiente familiar hostil traerá un efecto negativo en la salud y control del enfermo crónico y por el contrario un ambiente familiar cordial hará que los pacientes tengan un efecto positivo en su enfermedad. Sin embargo aquí también es importante la percepción que tiene el paciente del apoyo que le recibe de la familia, su pareja o cualquier otro apoyo social que pueda tener (amigos, personal de salud, etc.).<sup>[16]</sup>

La familia establece los roles y las normas de las relaciones familiares y labores dentro y fuera de esta, las cuales se van organizando desde que se une la pareja. Al construirse la pareja, sus miembros crean expectativas sobre como llevarán a cabo su vida futura, la cual puede verse amenazada por la presencia de enfermedades crónicas. Es necesario que al formarse la nueva pareja se establezcan nuevas reglas de convivencia diaria, en donde la comunicación, la negociación y las actividades que realizan cada uno influirán en la armonía familiar.

Se ha estudiado que la insatisfacción sexual, la deslealtad, la falta de privacidad y de comunicación, la distribución inadecuada de las actividades del hogar, la intervención de la familia de origen, las cuestiones de género, la distribución inequitativa de poder, los hijos y los problemas económicos son áreas de conflicto en una pareja que pueden llevar a un divorcio. Las áreas mencionadas son en gran medida funciones básicas del subsistema conyugal.<sup>[17]</sup>

El análisis de la funcionalidad de la pareja es trascendental para todo el grupo familiar ya que se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.<sup>[18]</sup>

La pareja no se constituye con el matrimonio, desde el punto de vista de funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo que es determinante para definir y afianzar factores significativos de la pareja.

Algunos autores señalan que para que una pareja sea funcional contribuye la forma de elección de pareja para ello los individuos que se unirán deben compartir ciertos intereses como pueden ser los de tipo económico, cultural, educacional, así como el

pertenecer a una comunidad o cierto círculo social y disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual, de tal forma que los acuerdos e intereses de la pareja deben conciliar para poder incorporarse como una familia.

Una vez que inicia la vida conyugal la forma de interactuar dependerá mucho de la forma que se han relacionado con la familia de origen, lo cual se manifestará en todas las funciones de la pareja sobre todo en la toma de decisiones, además de la interacción, las funciones también se ven influenciadas por los acuerdos iniciales que haya tenido la pareja.

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.

La comunicación debe ser clara y directa, es decir debe ir dirigida a un receptor sin distorsión, y no ser matizados por mensajes enmascarados o con un significado distinto o contrario a lo que se dice, debe estar dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia.

Asunción y adjudicación de roles se realiza recíprocamente y son necesarios para la adecuada funcionalidad de la familia del tal forma que debe ser congruentes con las capacidades y aspiraciones del cónyuge que la realice, debe dar satisfacción permitiendo el sentido de utilidad y bienestar. Los roles deben ser flexibles es decir debe propiciarse el intercambio de roles entre la pareja.

La satisfacción sexual se evalúa con la frecuencia y la satisfacción generada por la actividad sexual. Esta función es de vital importancia ya que una relación sexual poco satisfactoria puede generar ansiedad y sentimiento de culpa.

El afecto se evalúa con manifestaciones físicas, la calidad de convivencia y la reciprocidad en la pareja.

Para evaluar la toma de decisiones es indispensable investigar la forma en que la pareja toma las decisiones si exponen ambos sus opiniones o si solo es uno el que decide sin tomar en cuenta al otro.

El instrumento de evaluación del subsistema conyugal evalúa solo la funcionalidad de la pareja, abordando las funciones que debe de llevar a cabo este subsistema, a la cual se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. El instrumento debe ser empleado por el entrevistador. La calificación puede detectar el grado de funcionalidad de la pareja.<sup>[18]</sup>

Como hemos visto el papel de la pareja y su funcionalidad son de vital importancia para el manejo de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus que conlleva muchas complicaciones físicas y psicológicas, ya que el subsistema conyugal será el mayor apoyo social del paciente diabético para tener una buena adaptación a su nuevo estilo de vida y por lo tanto un control glucémico adecuado, de allí la importancia de evaluar la existencia de disfunción del subsistema conyugal de los pacientes diabéticos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Diabetes Mellitus está caracterizada por hiperglucemia resultado de los defectos de secreción, acción, o formación de la insulina. La etiología de esta enfermedad está ligada a los estilos de vida además de tener una contribución genética. La hiperglucemia crónica puede condicionar alteraciones a diversos órganos entre los cuales se encuentra el ojo, el riñón, los vasos los nervios y el corazón, lo cual puede condicionar alteraciones a nivel sexual, discapacidad y muerte. La familia es una importante red de apoyo, sobre todo para el cambio de estilo de vida. Uno de los subsistemas más importantes de la familia es el conyugal, por lo que consideramos que para un paciente diabético que probablemente ya presenta alguna complicación que puede alterar la funcionalidad del subsistema conyugal, por lo cual surge la duda de saber si la diabetes es un factor condicionante para la presencia de disfunción en el subsistema conyugal lo cual nos lleva a preguntarnos: ¿Cuál es la frecuencia de disfunción del subsistema conyugal en pacientes con Diabetes Mellitus de la HGZ No 8 San Ángel?

## JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia resultado de los defectos de secreción, acción, o formación de insulina. La hiperglucemia crónica puede condicionar alteraciones a diversos órganos entre los cuales se encuentra el ojo, el riñón, los vasos, los nervios y el corazón, lo cual puede condicionar alteraciones a nivel sexual, discapacidad y muerte. La etiología de esta enfermedad está ligada a los estilos de vida además de tener una contribución genética importante. Actualmente la Diabetes Mellitus se ha presentado en pacientes adultos jóvenes, adolescentes y hasta en niños, los cuales tendrán complicaciones durante su vida económicamente activa y como consecuencia pueden generar discapacidad en este grupo etario, lo que implica grandes gastos de recursos económicos y humanos para tratamiento, control o rehabilitación.

La familia es una importante red de apoyo, tanto para el paciente diabético como para los demás integrantes de la familia, pues es en el núcleo familiar donde se debe de realizar un cambio de estilo de vida. Para el paciente diabético el cónyuge puede ser su mayor apoyo, pero por desgracia las complicaciones pueden afectar la satisfacción sexual y la adjudicación de roles los cuales pueden causar alteraciones en la funcionalidad de la pareja, creando una red de apoyo deficiente para el cambio de estilo de vida y la prevención de complicaciones. De todo esto surge la duda de saber si la diabetes es un factor condicionante de disfunción conyugal o si es independiente, de tal manera que nos permita atender este aspecto que en muchas ocasiones se deja de lado sin saber que es condicionante del mal apego a tratamiento y por ende descontrol y complicaciones secundarias.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- ❖ Evaluar la frecuencia de disfunción en el subsistema conyugal en pacientes diabéticos del HGZ/UMF No 8.

## **HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

- ❖ **H1:** Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 tienen algún grado de disfunción en el subsistema conyugal.

### **HIPÓTESIS NULA**

- ❖ **H0:** Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 no tienen disfunción en el subsistema conyugal.

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

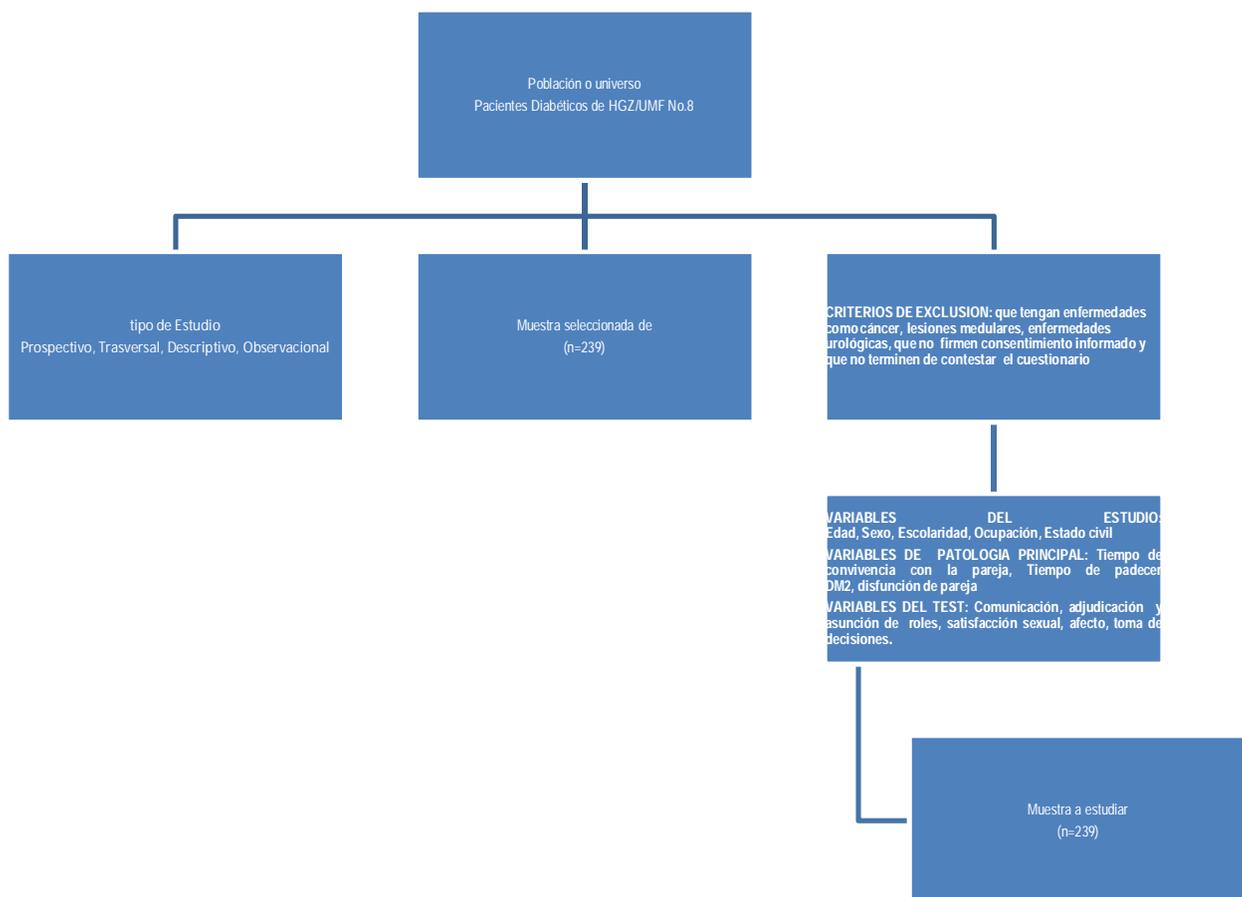
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



## **POBLACION Ó UNIVERSO**

El estudio se realizará en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se realizará en las mismas instalaciones del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 “Gilberto Flores Izquierdo” el cual se encuentra ubicado en avenida Río Magdalena No. 289 en la Colonia Tizapan San Ángel en la delegación Álvaro Obregón del Distrito Federal

## **MUESTRA**

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 239 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

### **DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Nuestra población diana serán pacientes diabéticos del programa de control y seguimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 que sean regulares a su consulta. Se incluirán a todos los pacientes diabéticos sin distinción de sexo, de más de 25 años edad, casados o en unión libre, sin importar el tiempo que tienen de ser diabéticos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluirán a los pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado, así como a los pacientes con tratamiento médico de modificaciones del estilo de vida y que tengan un tratamiento exclusivamente dietético o que no sea responsable del tratamiento el médico familiar, o que tengan enfermedades como cáncer, lesiones medulares ó enfermedades urológicas.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Fallecimiento del paciente, porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS o que no se contesten en su totalidad el instrumento de evaluación.

## **VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Disfunción del subsistema conyugal

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Diabetes Mellitus 2
- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Tiempo de convivencia de la pareja
- Tiempo de ser diabético

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO
<b>Funcionalidad del subsistema conyugal:</b>	Capacidad del subsistema para enfrentar y superar las crisis que atraviese	De acuerdo a la evacuación del subsistema conyugal se califica como pareja severamente disfuncional, moderadamente disfuncional o funcional	Dependiente
<b>Diabetes Mellitus</b>	Enfermedades metabólica caracterizada por hiperglucemia ligada a los estilos de vida	Glucosa mayor de 126 mg/dl en ayuno o de más de 200 mg/dl posprandial más la presencia de Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso.	Independiente
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	20 a 59 años, 60 y más años	Independiente
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Femenino, masculino	Independiente
<b>Escolaridad</b>	Duración de los estudios en un centro docente	Grado máximo de estudios. Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, carrera técnica	Independiente
<b>Ocupación</b>	Actividad que se realiza e impide emplear el tiempo en otra cosa	Desempleado, empleado, ama de casa, jubilado	Independiente
<b>Estado civil</b>	Condición social que tiene una persona	Casado, Unión libre	Independiente
<b>Tiempo de convivencia con la pareja</b>	Intervalo de años en que se ha vivido con la pareja	Menos de 10 años de vivir en pareja, de 10 a 25 años de vivir en pareja, más de 25 años de vivir en pareja	Independiente
<b>Tiempo de ser diabético</b>	Intervalo de años desde que le paciente tiene el diagnóstico de DM2	Menos de 5 años de ser diabético, De 5 a 10 años de ser diabético, Más de 10 años de ser diabético	Independiente

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

<b>Nombre de variables</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores de las variables</b>
<b>Edad</b>	Cualitativa	Nominal	1= de 20 a 59 años 2= de 60 y más años
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal	1=femenino 2=masculino
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	1= empleado 2= desempleado 3=ama de casa 4=jubilado
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa	Nominal	1=analfabetas 2=primaria 3=secundaria 4=preparatoria 5=licenciatura 6=carrera técnica
<b>Estado civil</b>	Cualitativa	Nominal	1=casado 2=unión libre
<b>Tiempo de convivencia con su pareja</b>	Cualitativa	Nominal	1= menos de 10 años 2= de 10 a 25 años 3= más de 25 años
<b>Tiempo de padecer DM2</b>	Cualitativa	Nominal	1= menos de 5 años 2= de 5 a 10 años 3= más de 10 años
<b>Grado de disfunción de la pareja</b>	Cualitativa	Nominal	1= severa 2=moderada 3= funcional

ELABORO: YECCIA MEJIA CARRANZA HGZ/UMF No. 8 2011.

## **DISEÑO ESTADISTICO**

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizarán frecuencias y porcentajes El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevaecía del 10.7% para el análisis de la evacuación del subsistema conyugal

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada la cual contiene datos generales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de convivir con la pareja, tiempo de ser diabético y se utilizará la evaluación del subsistema conyugal el cual se ha usado desde 1990 y tuvo validez en 1993, presentado a la comunidad de médicos familiares en 1994. Este instrumento aborda las principales funciones del subsistema conyugal que deben de cumplir agregando a cada función un criterio cuantitativo a través de algunos indicadores para evaluar cada una de las funciones por medio de una escala evaluativa. La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste. El instrumento debe ser empleado por el médico entrevistador o por el entrevistado, si es por el primero cuidar de no producir sesgos por interpretación, deberá ser completado en un máximo de 30 minutos, en un lugar en donde el paciente se sienta cómodo y está conformado por 13 preguntas, (que corresponden a las áreas de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones); las cuales cuentan con tres opciones de respuesta a las cuales se les asigna un valor para que al final la suma de estas nos den el grado de funcionalidad de la pareja y de esa manera discriminar y canalizar a las pacientes a terapia familiar.

## **MÉTODO DE RECOLECCION**

Se otorgará el instrumento de forma individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria o platicas de orientación de diabetes mellitus que se realiza por parte de trabajo social se dará un tiempo de 30 minutos para la realización de la evaluación de disfunción del subsistema conyugal, si el paciente por alguna causa no puede hacerlo de forma individual, el entrevistador podrá leer el instrumento cuidando de no manipular las respuestas, considerando el mismo tiempo ya estipulado anteriormente.. Toda esta información se obtendrá en un plazo de un año.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se debe de aplicar la evaluación del subsistema conyugal de forma individual de preferencia dentro de un consultorio o área privada. Se aplicara a adultos de más de 25 años de edad, en un lapso de 30 minutos máximo. Los sujetos deben ser informados de que no es necesario responder a todas las preguntas si no la entienden o no lo desean. El examinador debe decir: Usted puede dejar de contestar una pregunta si lo desea, cuando no quiera contestar pero intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACION DE LA DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HGZ/UMF 8”

FECHA	Oct 2009	Nov 2009	Dic 2009	Ene 2010	Feb 2010	Mar 2010	Abr 2010	May 2010	Jun 2010	Jul 2010	Agos 2011	Sep 2011
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO			X									
ANALISIS ESTADISTICO			X									
CONSIDERACIO- NES ETICAS			X									
RECURSOS				X								
BIBLIOGRAFIA				X								
ASPECTOS GENERALES				X								
ACEPTACION					X							



## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador que será el aplicador de cuestionarios y recolector de datos, se espera la participación del asesor clínico y metodológico para la orientación de la realización de la investigación, así como para la evaluación del subsistema conyugal. Para la realización de esta investigación se contara con:

- Una laptop TOSHIBA con procesador Intel Pentium Inside,
- Un USB para almacenar la investigación.
- Servicio de fotocopiado para reproducir la evaluación del subsistema conyugal y carta de consentimiento informado
- Lápices y plumas

Los gastos en general se absorberán por la residente de medicina familiar Yessica Mejía Carranza.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. La evaluación del subsistema conyugal, se encuentra en anexos.

## RESULTADOS

Se estudió la disfunción de pareja de 239 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" de los cuales 123 (51.5%) pacientes pertenecen al sexo femenino y 116 (48.5%) al sexo masculino (Ver tabla y grafica 1).

En relación a la edad 147 (61.5%) pacientes tienen 20 a 59 años, 92 (38.5%) 60 y más años (Ver tabla y grafica 2).

En relación al estado civil 201 (84.1%) pacientes son casados, 38 (15.9%) unión libre (Ver tabla y grafica 3).

En cuanto a escolaridad 35 (14.6%) pacientes son analfabetas, 93 (38.9%) tienen primaria, 46 (19.2%) secundaria, 36 (15.1%) preparatoria, 14 (5.9%) licenciatura y 15 (6.3%) carrera técnica (Ver tabla y grafica 4).

De acuerdo a la ocupación 72 (30.1%) pacientes se encuentran empleados, 48 (20.1%) desempleados, 60 (25.1%) son amas de casa, y 59 (24.7%) son jubilados (Ver tabla y grafica 5).

En relación al tiempo de vivir en pareja se encontró que 10 (4.2%) parejas tienen menos de 10 años, 71 (29.7%) parejas de 10 a 25 años, y 158 (66.1%) parejas más de 25 años (Ver tabla y grafica 6).

En cuanto al tiempo de ser diabético 82 (34.3%) pacientes tienen menos de 5 años, 75 (31.4%) 5 a 10 años y 82 (34.3%) más de 10 años (Ver tabla y grafica 7).

En la variable de disfunción de pareja 6 (2.5%) pacientes tienen disfunción severa, 41 (17.2%) disfunción moderada, 192 (80.3%) eran funcionales (Ver tabla y grafica 8).

En relación al sexo femenino 3 (1.3%) tienen disfunción severa, 21 (8.8%) disfunción moderada, 99 (41.4%) funcional. En el sexo masculino 3 (1.3%) tienen

disfunción severa, 20 (8.4%) disfunción moderada y 93 (38.9%) tienen una relación funcional. (Ver tabla y grafica 9).

En edad de 20 a 59 años 3 (1.3%) pacientes tienen disfunción severa, 26 (10.9%) disfunción moderada y 118 (49.4%) funcional. De 60 y más años 3 (1.3%) pacientes disfunción severa, 15 (6.3%) disfunción moderada, 74 (31.0%) funcional (Ver tabla y grafica 10).

En cuanto a estado civil 6 (2.5%) pacientes casados tienen disfunción severa, 37 (15.5%) disfunción moderada, 158 (66.1%) funcional. En unión libre 4 (1.7%) pacientes con disfunción moderada y 34 (14.2%) funcionales (Ver tabla grafica 11).

En relación a la escolaridad 1 (0.4%) paciente analfabeta tiene disfunción severa, 4 (1.7%) disfunción moderada, 30 (12.6%) funcional. Los pacientes con primaria 2 (0.8%) con disfunción severa, 16 (6.7%) disfunción moderada, 75 (31.4%) funcional. En escolaridad Secundaria 1(0.4%) pacientes con disfunción severa, 9 (3.8%) disfunción moderada, 36 (15.1%) funcional. Con Preparatoria 1(0.4%) pacientes tienen disfunción severa, 7 (2.9%) disfunción moderada, 28 (11.7%) funcional. Pacientes que estudiaron Licenciatura 2 (0.8%) tienen disfunción moderada y 12 (5.0%) funcionales. Carrera técnica 1 (0.4%) pacientes con disfunción severa, 3 (1.3%) disfunción moderada, 11 (4.6%) funcional (Ver tabla y grafica 12).

En el rubro de ocupación en la categoría de empleado 14 (5.9%) pacientes con disfunción moderada, 58 (24.3%) con función adecuada. Desempleados 2 (0.8%) pacientes con disfunción severa, 5 (2.1%) con disfunción moderada, 41(17.2%) funcional. Amas de casa 3 (1.3%) con disfunción severa, 14 (5.9%) disfunción moderada, 43 (18%) funcional. Jubilados 1 (0.4%) disfunción severa, 8 (3.3%) disfunción moderada, 50 (20.9%) funcional. (Ver tabla y grafica 13).

Los pacientes que tienen menos de 10 años de vivir en pareja 1 (0.4%) tienen disfunción moderada, 9 (3.8%) con funcionalidad, con 10 a 25 años de vivir en pareja 1 (0.4%) pacientes tienen disfunción severa, 12 (5.0%) disfunción moderada, 58 (24.3%) funcional (Ver tabla y grafica 14).

En relación al tiempo de ser diabético los pacientes con menos de 5 años 2 (0.8%) disfunción severa, 21 (8.8%) disfunción moderada, 59 (24.7%) funcional. Con 5 a 10

años de ser diabéticos 3 (1.3%) pacientes tienen disfunción severa, 9 (3.8%) disfunción moderada, 63 (26.4%) funcional. Los pacientes con más de 10 años de ser diabéticos 1 (0.4%) disfunción severa, 11 (4.6%) disfunción moderada, 70 (29.3%) funcional (Ver tabla y grafica 15).

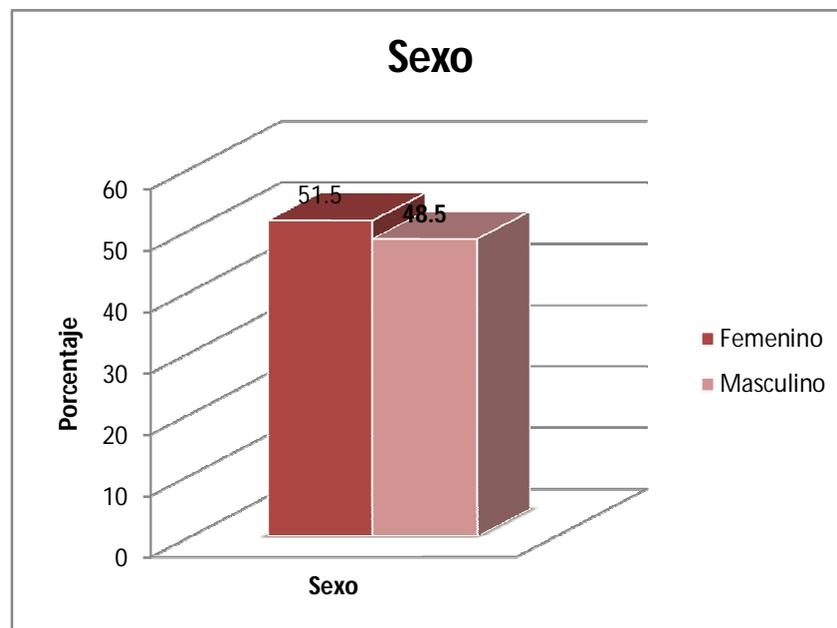
## TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1.SEXO

Sexo	Porcentaje
Femenino	51,5
Masculino	48,5
Total	100

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 1 SEXO



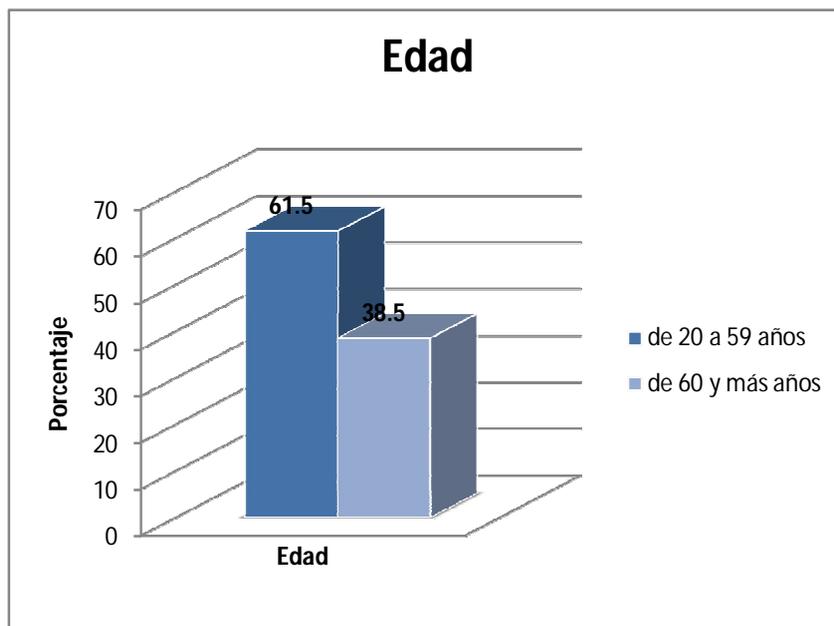
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 2.EDAD

Edad	Porcentaje
de 20 a 59 años	61,5
de 60 y más años	38,5
<b>Total</b>	<b>100</b>

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 2.EDAD



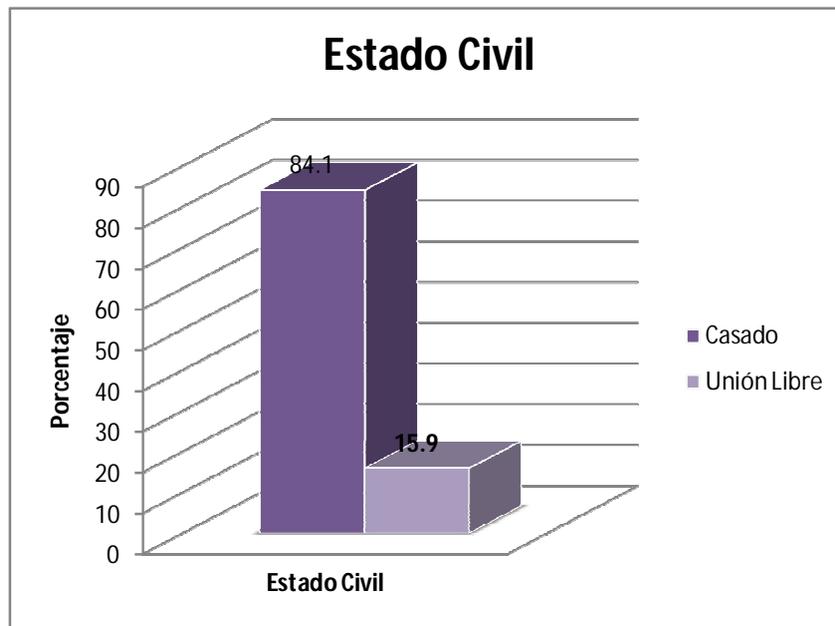
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 3 ESTADO CIVIL

Estado Civil	Porcentaje
Casado	84,1
Unión Libre	15,9
Total	100

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 3 ESTADO CIVIL



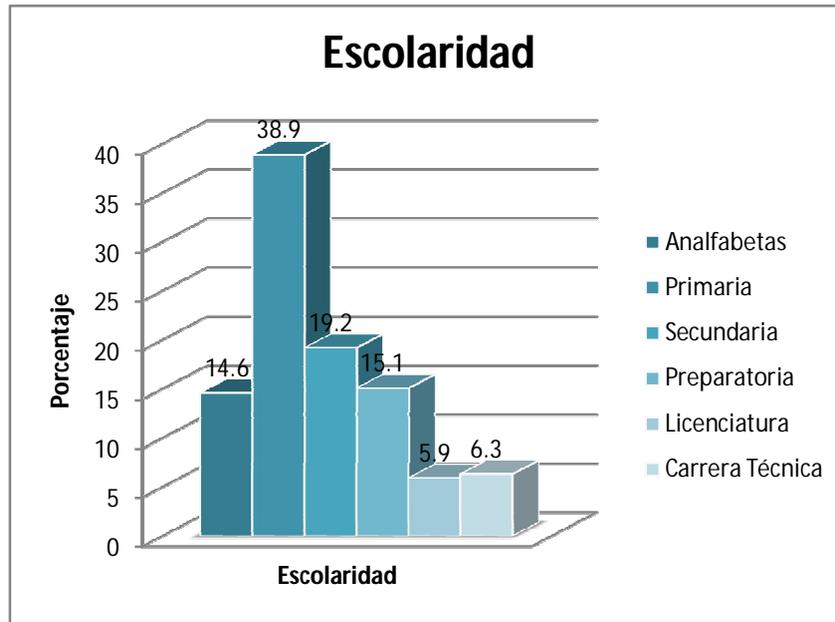
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 4 ESCOLARIDAD

Escolaridad	Porcentaje
Analfabetas	14,6
Primaria	38,9
Secundaria	19,2
Preparatoria	15,1
Licenciatura	5,9
Carrera Técnica	6,3
<b>Total</b>	<b>100</b>

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 4 ESCOLARIDAD



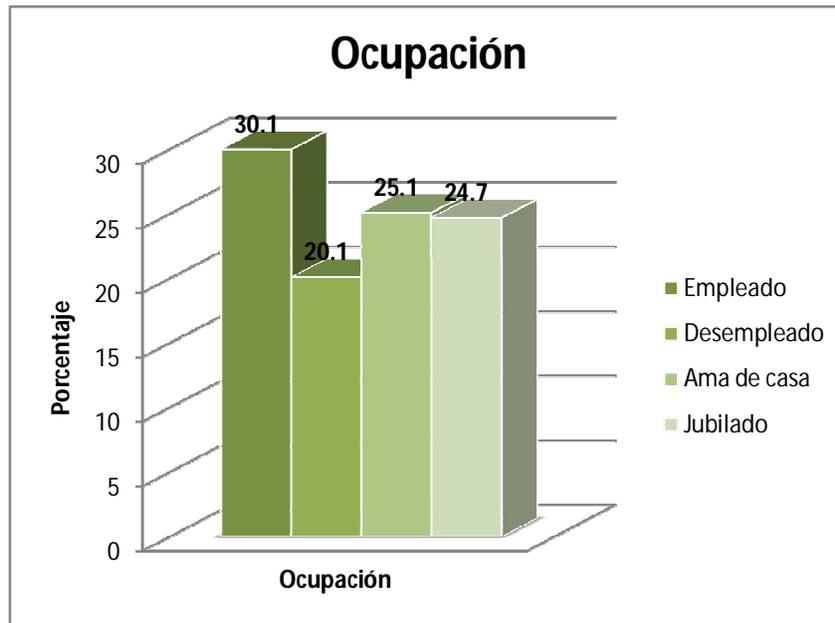
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 5 OCUPACIÓN

Ocupación	Porcentaje
Empleado	30,1
Desempleado	20,1
Ama de casa	25,1
Jubilado	24,7
<b>Total</b>	<b>100</b>

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 5 OCUPACIÓN



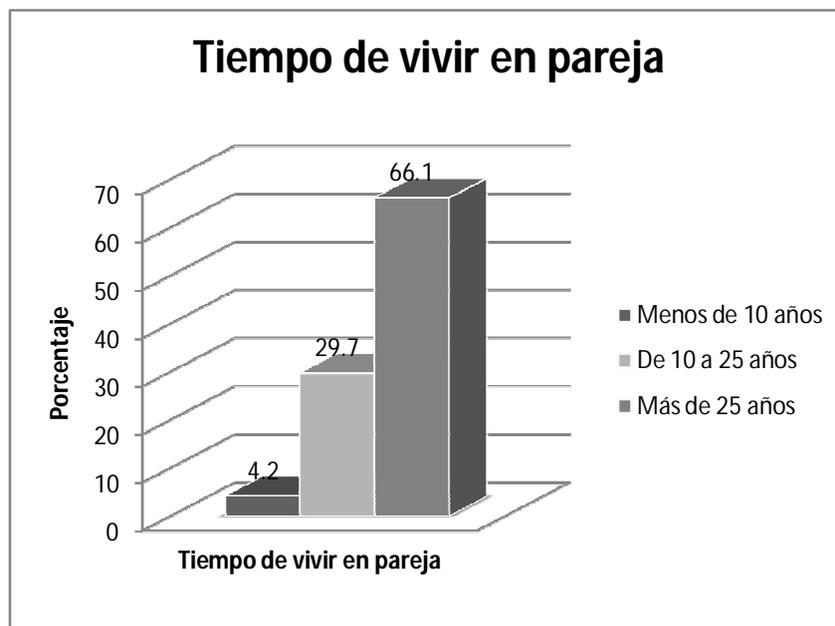
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 6 TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA

Tiempo de vivir en pareja	Porcentaje
Menos de 10 años	4,2
De 10 a 25 años	29,7
Más de 25 años	66,1
<b>Total</b>	<b>100</b>

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 6 TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA



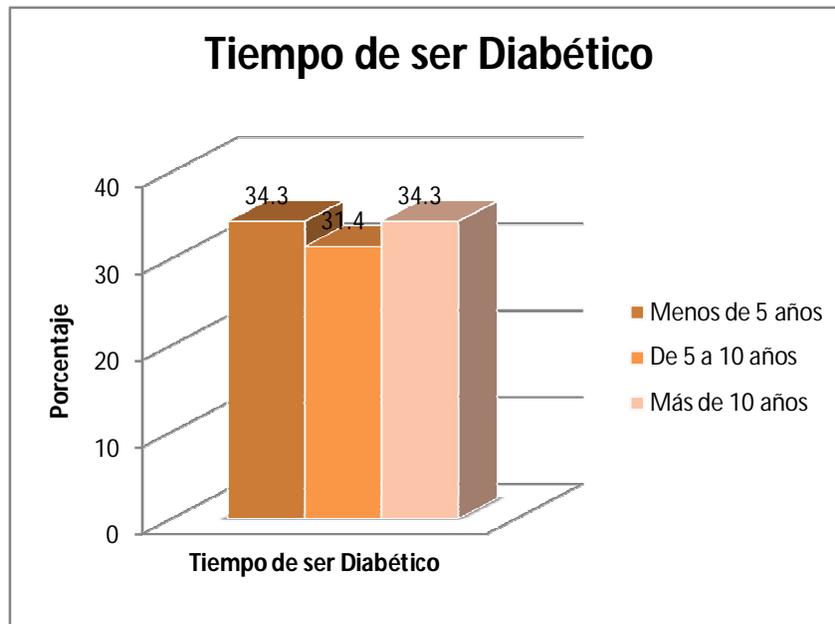
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 7 TIEMPO DE SER DIABÉTICO

Tiempo de ser diabético	Porcentaje
Menos de 5 años	34,3
De 5 a 10 años	31,4
Más de 10 años	34,3
<b>Total</b>	<b>100</b>

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 7 TIEMPO DE SER DIABÉTICO



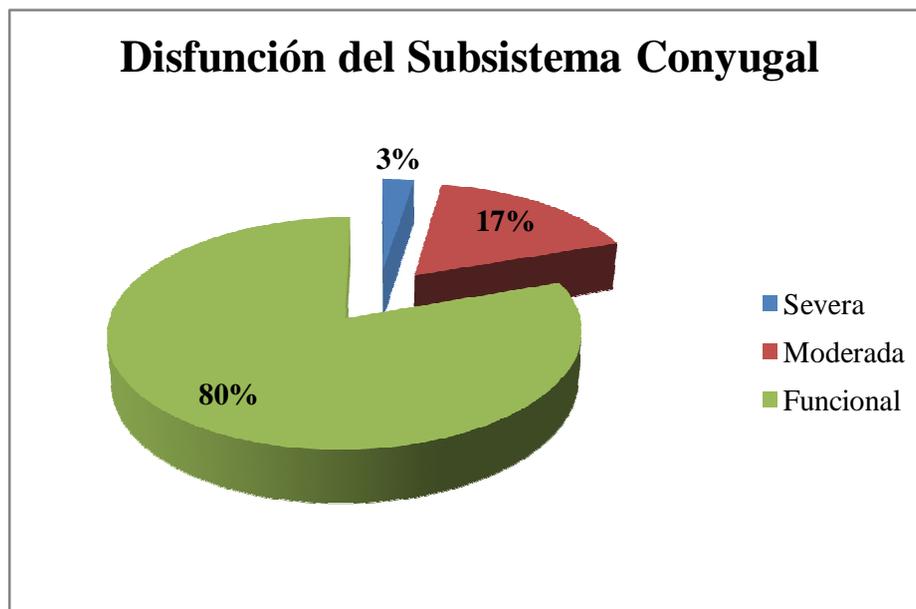
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 8 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Funcionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Severa	6	2,5
Moderada	41	17,2
Funcional	192	80,3
Total	239	100,0

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 8 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL



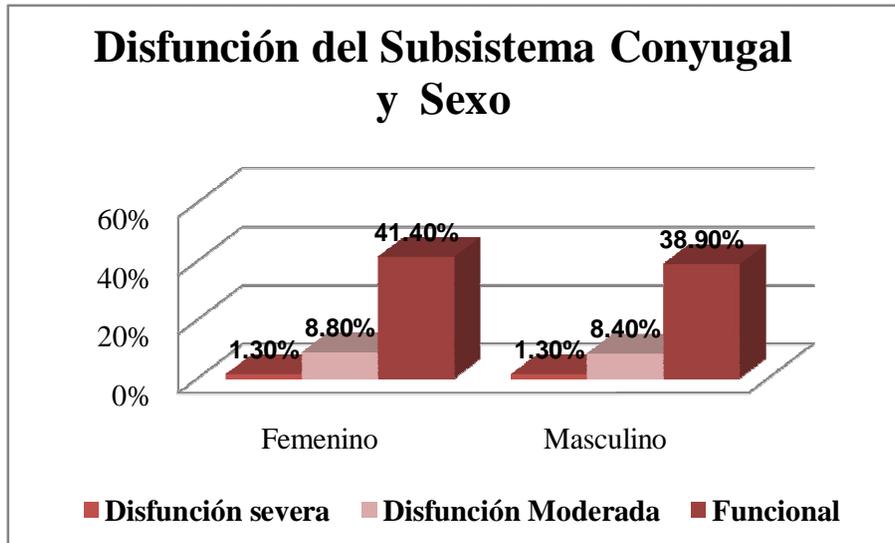
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 9 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y SEXO

Sexo		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Femenino	Frecuencia	3	21	99	123
	Porcentaje	1,3%	8,8%	41,4%	51,5%
Masculino	Frecuencia	3	20	93	116
	Porcentaje	1,3%	8,4%	38,9%	48,5%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 9 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y SEXO



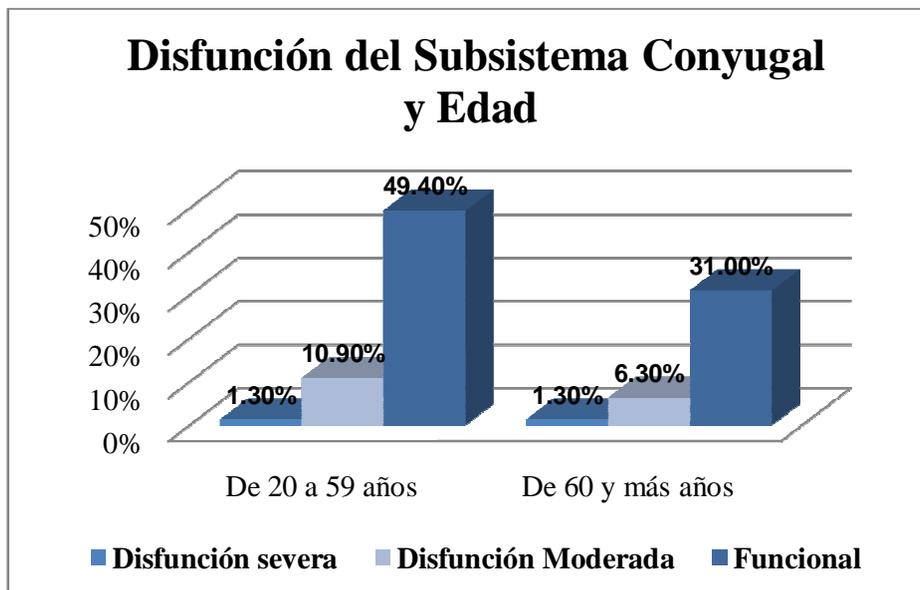
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 10 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y EDAD

Edad		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
De 20 a 59 años	Frecuencia	3	26	118	147
	Porcentaje	1,3%	10,9%	49,4%	61,5%
De 60 y más años	Frecuencia	3	15	74	92
	Porcentaje	1,3%	6,3%	31,0%	38,5%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 10 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y EDAD



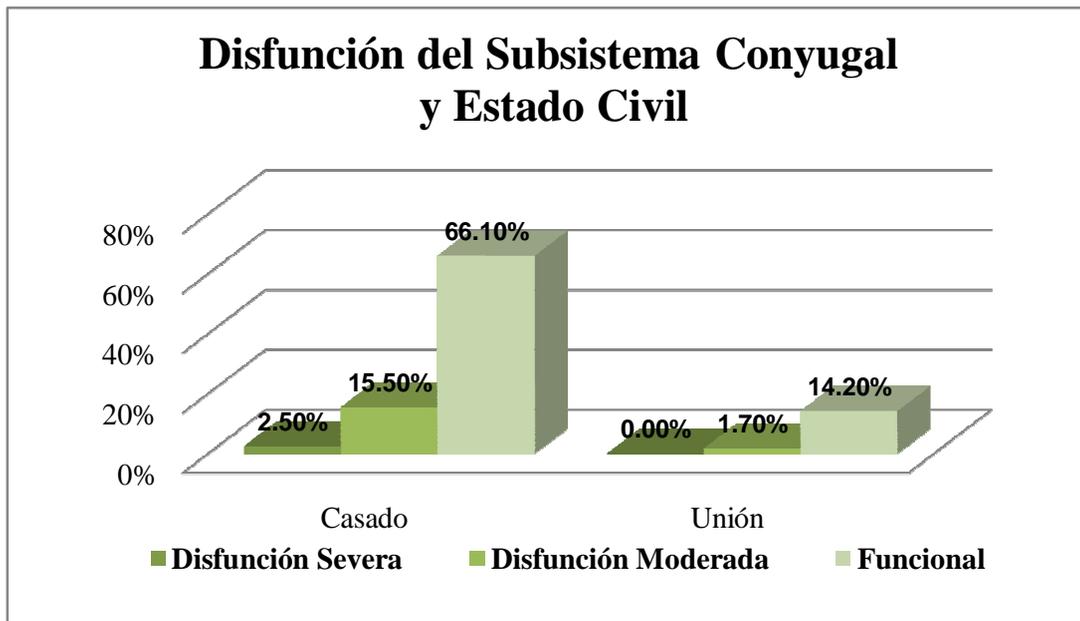
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 11 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y ESTADO CIVIL

Estado Civil		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Casado	Frecuencia	6	37	158	201
	Porcentaje	2,5%	15,5%	66,1%	84,1%
Unión	Frecuencia	0	4	34	38
	Porcentaje	,0%	1,7%	14,2%	15,9%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 11 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y ESTADO CIVIL



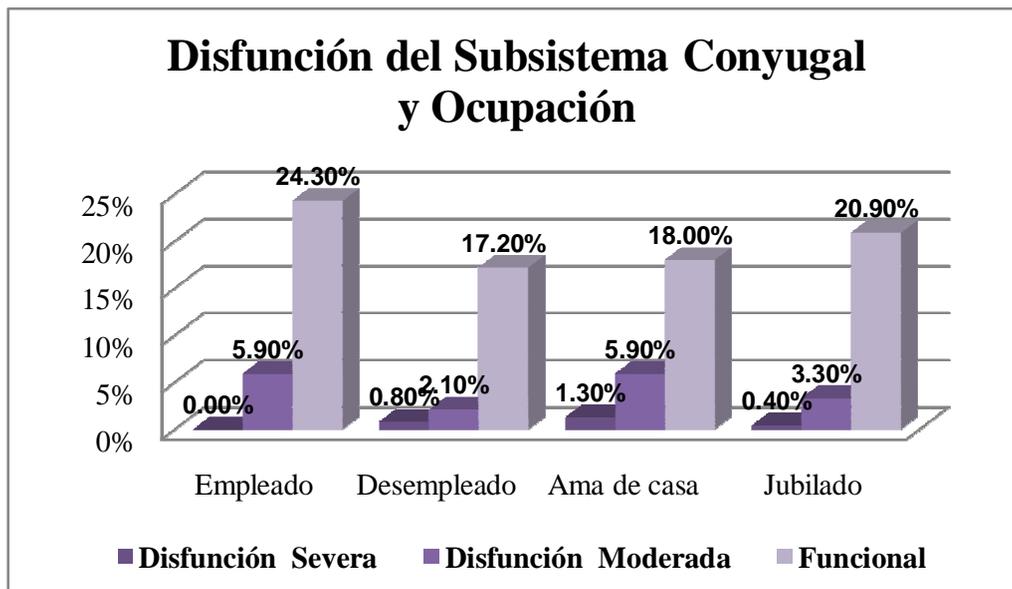
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 12 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y OCUPACIÓN

Ocupación		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Empleado	Frecuencia	0	14	58	72
	Porcentaje	0,0%	5,9%	24,3%	30,1%
Desempleado	Frecuencia	2	5	41	48
	Porcentaje	0,8%	2,1%	17,2%	20,1%
Ama de casa	Frecuencia	3	14	43	60
	Porcentaje	1,3%	5,9%	18,0%	25,1%
Jubilado	Frecuencia	1	8	50	59
	Porcentaje	0,4%	3,3%	20,9%	24,7%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 12 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y OCUPACIÓN



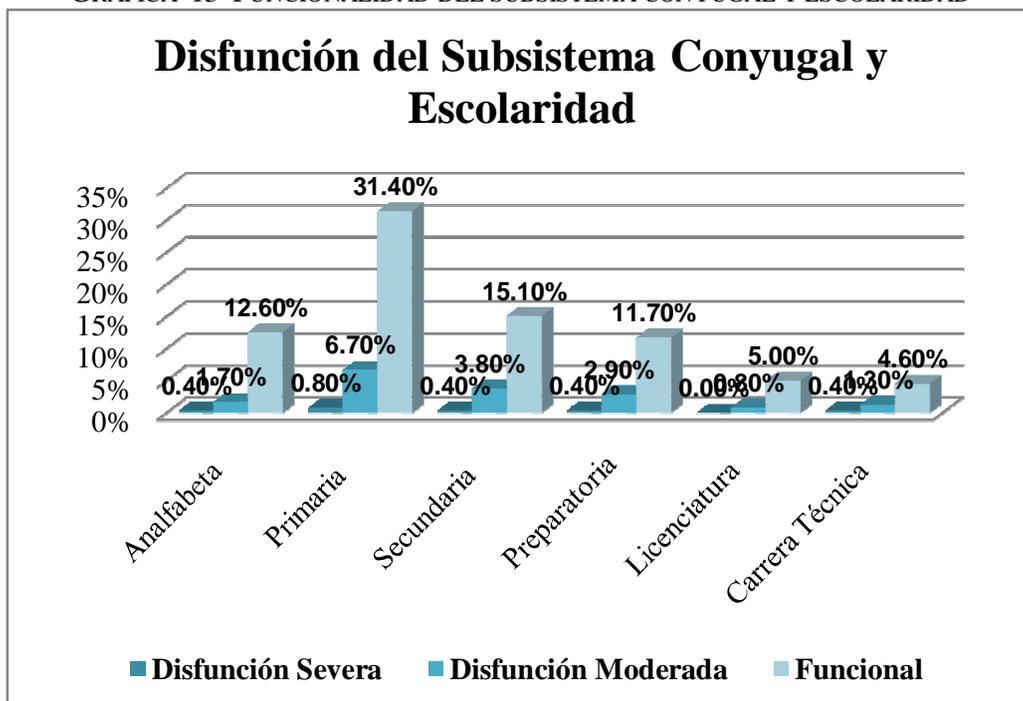
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 13 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y ESCOLARIDAD

Escolaridad		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Analfabeta	Frecuencia	1	4	30	35
	Porcentaje	0,4%	1,7%	12,6%	14,6%
Primaria	Frecuencia	2	16	75	93
	Porcentaje	0,8%	6,7%	31,4%	38,9%
Secundaria	Frecuencia	1	9	36	46
	Porcentaje	0,4%	3,8%	15,1%	19,2%
Preparatoria	Frecuencia	1	7	28	36
	Porcentaje	0,4%	2,9%	11,7%	15,1%
Licenciatura	Frecuencia	0	2	12	14
	Porcentaje	,0%	,8%	5,0%	5,9%
Carrera Técnica	Frecuencia	1	3	11	15
	Porcentaje	0,4%	1,3%	4,6%	6,3%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 13 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y ESCOLARIDAD



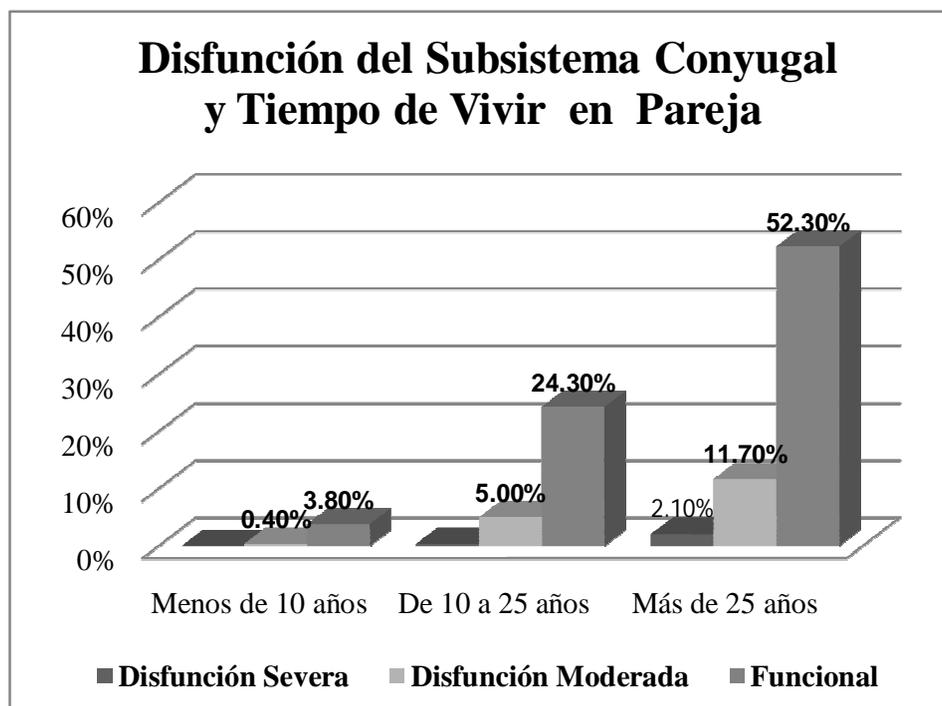
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 14 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA

Tiempo de vivir en pareja		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Menos de 10 años	Frecuencia	0	1	9	10
	Porcentaje	,0%	,4%	3,8%	4,2%
De 10 a 25 años	Frecuencia	1	12	58	71
	Porcentaje	,4%	5,0%	24,3%	29,7%
Más de 25 años	Frecuencia	5	28	125	158
	Porcentaje	2,1%	11,7%	52,3%	66,1%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 14 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA



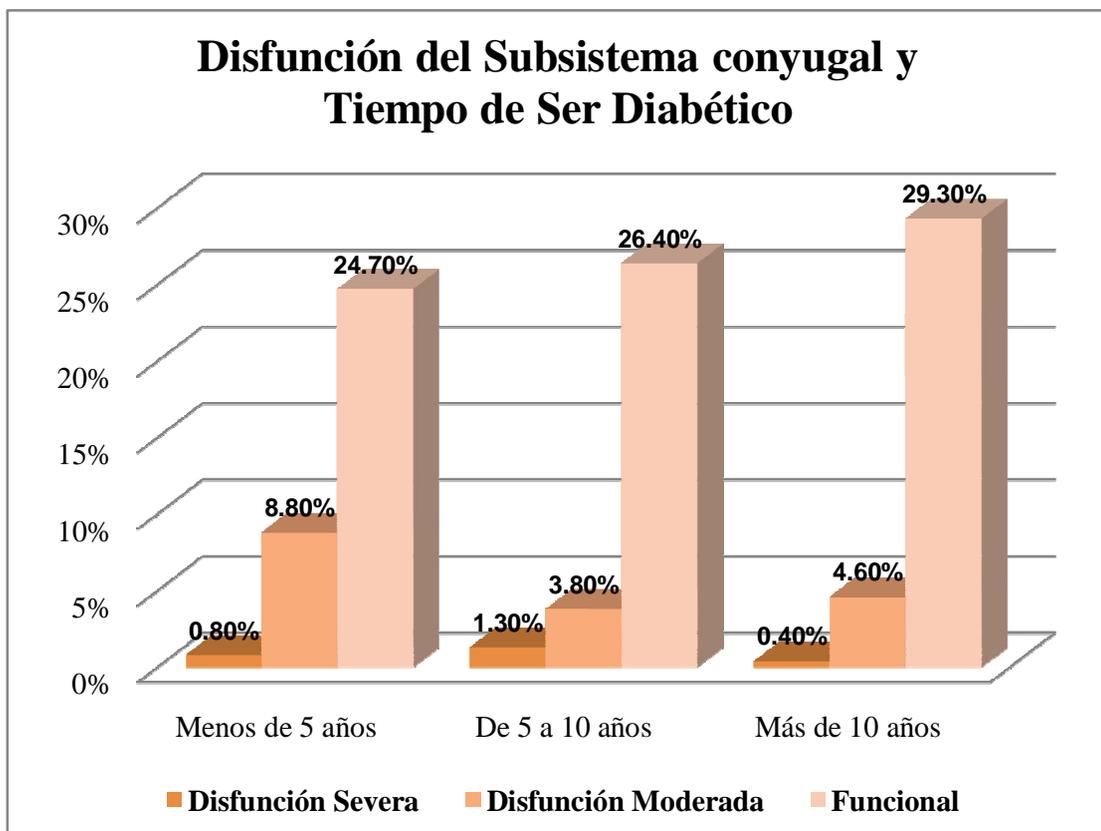
ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

TABLA 15 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y TIEMPO DE SER DIABÉTICO

Tiempo de ser diabético		Disfunción		Funcional	Total
		Severa	Moderada		
Menos de 5 años	Frecuencia	2	21	59	82
	Porcentaje	0,8%	8,8%	24,7%	34,3%
De 5 a 10 años	Frecuencia	3	9	63	75
	Porcentaje	1,3%	3,8%	26,4%	31,4%
Más de 10 años	Frecuencia	1	11	70	82
	Porcentaje	0,4%	4,6%	29,3%	34,3%
Total	Frecuencia	6	41	192	239
	Porcentaje	2,5%	17,2%	80,3%	100,0%

ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

GRAFICA 15 FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y TIEMPO DE SER DIABÉTICO



ELABORO. Dra Mejía Carranza Yessica. HGZ/UMF 8.2011

## DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus es un padecimiento de gran impacto en la salud pública de nuestro país, es la primera causa de mortalidad y discapacidad. El tratamiento de esta enfermedad depende mucho de la educación del paciente, su compromiso, su motivación y por supuesto las redes de apoyo con las que cuenta. Dentro de este estudio se observó que un porcentaje importante de la muestra, 38.4% de los pacientes tienen solo la primaria sin embargo no hay un predominio en cuanto a la ocupación, el predominio de un bajo nivel educativo puede provocar que el tratamiento no se siga de forma adecuada, ya que puede ser que el paciente no entienda de forma **correcta** las indicaciones o la importancia de seguirlas, este tipo de población no suele tener una educación del cuidado de la salud y prevención de enfermedades crónicas lo que condiciona un diagnóstico tardío y la presencia de complicaciones tempranas.

Considerando la evaluación del subsistema conyugal de esta muestra se observó que la mayoría está dentro del rango de la funcionalidad, sin embargo 19.7% tienen algún grado de disfunción de los cuales 2.5% con disfunción severa y 17.2% con disfunción moderada. El rango de disfunción moderada es el más predominante del cual la mayor medición se observó en relación al estado civil casado. Considerando los porcentajes anteriores podemos pensar que esta disfunción se deba a la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, que generalmente se hacen presentes después de los 5 años de padecer diabetes y suelen ser más tempranas si el control glucémico no ha sido el adecuado.

Dentro de las complicaciones de la diabetes existen las viscerales que incluyen al sistema genitourinario lo cual se relaciona en gran medida con el aspecto sexual ya que provoca disfunción eréctil, disminución de la libido o dispareunia. Si consideramos que la relación sexual en los adultos jóvenes es más coital que afectiva, lo contrario a lo que sucede con los adultos mayores, es de esperarse que el adulto joven con complicaciones tempranas secundarias a la Diabetes Mellitus tenga más alteraciones en la esfera sexual lo cual pueda alterar esta función del subsistema conyugal repercutiendo en su funcionalidad.

El rango de edad más afectado fue de 20 a 59 años los cuales presentaron en 10.9% disfunción del subsistema conyugal en comparación con los pacientes de 60 y más años que en su mayoría tiene más tiempo de vivir en pareja lo que conlleva a un mejor conocimiento del cónyuge y en la esfera sexual se tornan más importantes las manifestaciones físicas de afecto (besos, caricias, abrazos etc.).

Otras complicaciones de la Diabetes Mellitus son la retinopatía, la insuficiencia renal, amputaciones, etc. lo cual puede llevar a algún grado de discapacidad y reflejarse en una disfunción de pareja sobre todo en el rubro de satisfacción sexual y adjudicación y asunción de roles. La satisfacción sexual se puede afectar ya que la presencia de estas complicaciones pueden provocar que el paciente diabético no se sienta cómodo teniendo relaciones sexuales con su pareja por no ser capaz de satisfacerla o no ser atractivo para esta. En cuanto a la probabilidad de afectación en adjudicación y asunción de roles se puede pensar en una alteración cuando el paciente diabético pierde la capacidad para realizar sus actividades cotidianas por lo que el cónyuge tendrá que cubrir las funciones que el paciente desempeñaba, lo cual puede no ser satisfactorio para ningún de los dos.

Al presentar complicaciones que se relacionan sobretodo con la incapacidad el auto cuidado aparece el papel de cuidador primario que generalmente cubre el cónyuge que aunado al cumplimiento de todas las funciones de la pareja puede generar estrés emocional y sentimientos de culpabilidad que puede reflejarse en una alteración en la función de afecto, satisfacción sexual o incluso comunicación. La mayoría de las veces la mujer es quien desempeña este rol de cuidador primario.

En nuestro estudio la mayor afectación se observó en amas de casa en donde 1.3 % se muestran con disfunción severa y 5.9 % con disfunción moderada. Esto puede deberse a lo ya comentado del rol del cuidador primario, pero también a la misma cultura, que si bien es cierto la población femenina actualmente tiene mayor participación y decisión, y eso ha cambiado la mentalidad del hombre, antes en la época de nuestra abuelas y algunas de nuestras madres, la educación de la mujer era para cuidar por sobre todo incluso ellas mismas la integridad y salud de la familia de tal forma que muchas veces la mujer descuida su propia salud para dar el cuidado a la pareja o hijos, y considerando que muchas de las pacientes que participaron en este estudio son adultos mayores con baja escolaridad es probable que mantengan esta ideología, motivo por el cual se ve más afectado este sector de la población.

El estudio reveló que los pacientes con más de 25 años de vivir en pareja tienen 2.5% de disfunción severa y 11.7% disfunción moderada mayor a los grupos de menos de 10 y de 10 a 25 años de vivir en pareja, lo cual nos habla de que probablemente la disfunción de la pareja si se deba a la presencia de complicaciones de la diabetes, lo cual sería esperado si se piensa que los pacientes han vivido más tiempo en pareja y por tanto con más años con el diagnóstico de diabetes y por tanto es esperado que puedan presentar alguna complicación por lo cual los pacientes que tiene más años de ser diabéticos serían los que presentarían mayor disfunción, pero el estudio reveló lo contrario, ya que en relación al tiempo de ser diabético 8.8% de los pacientes presentaron disfunción moderada y tenían menos de 5 años de ser diabéticos y lo que demuestra que la diabetes no es el único factor para la presencia de disfunción del subsistema conyugal, pues en teoría estos pacientes en general tienen menos presencia de complicaciones que puedan alterar las funciones de la pareja. Con lo anterior podemos determinar que la diabetes no parece ser la causa determinante de disfunción.

Sin embargo también sería importante considerar que la evaluación se realizó de forma global y se consideraron otros factores como comunicación, toma de decisiones, junto con satisfacción sexual y adjudicación y asunción de roles para la evaluación final y si existiera alteración en estos dos últimos rubros probablemente no se mostraría por el desempeño adecuado de las demás funciones, que serían los que llevan a un resultado de funcionalidad global.

Es importante destacar que la mayor parte de nuestra población mostró ser funcional lo que puede ser bueno para el adecuado tratamiento del paciente diabético. Nuestro papel como médicos familiares tomando en cuenta lo anterior sería involucrar al cónyuge del paciente diabético para ser la motivación para un mejor auto cuidado y de esta forma también lograr un cambio en el estilo de vida no solo del paciente si no de su pareja y por ende de toda la familia.

Es importante que el médico familiar también detecte a los pacientes con algún grado de disfunción y determinar cuál de las funciones del subsistema **conyugal** es más afectada de tal modo que podamos orientar al paciente para mejorar su relación conyugal o canalizarlo a otros servicios para cumplir con este propósito.

Según la literatura los pacientes con una adecuada funcionalidad en la pareja tienen mejor apego terapéutico por lo cual puede sugerirse que se realizará un estudio en donde se mida la evaluación del subsistema conyugal con el adecuado apego terapéutico y por tanto el control de la glucemia.

Otras propuestas son la realización de un estudio comparativo con pacientes sin diabetes para ver realmente no hay ninguna asociación entre la enfermedad y la disfunción del subsistema conyugal

Sería importante conocer también los resultados si se realizará un estudio con las mismas características de este solo que se incluya el diagnóstico diabetes más el diagnóstico conocido de alguna complicación de la misma enfermedad ya que en este estudio no se considero si los pacientes ya se conocían con alguna complicación secundaria a la diabetes.

Dentro de las debilidades de este estudio podemos destacar que no se observó de forma individual las funciones del subsistema conyugal para determinar si realmente hay alguna función más alterada que otra, lo cual sería probablemente tema de un estudio futuro, para evaluar las funciones de la pareja por separado y determinar cuales están más alterada en un paciente diabético.

## CONCLUSIONES

Con el estudio anterior podemos concluir que 19.7% de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” presentaron disfunción en el subsistema conyugal de los cuales 17.2% tuvieron disfunción moderada y 2.5% disfunción severa, por lo tanto 80.3% mostraron tener adecuado funcionamiento en el subsistema conyugal.

La muestra se conformó de 239 pacientes diabéticos de los cuales 8.8% eran del sexo femenino de las cuales 25.1% eran amas de casa. El sexo femenino si fue una variable que determino la presencia de disfunción sin embargo cabe aclarar que el mayor número de pacientes que participaron en este estudio fueron mujeres.

La edad si parecer ser un factor importante para la presencia de disfunción ya que 12.2% de los pacientes entre 20 a 59 años de edad la presentaron, 10.9% disfunción moderada y 1.3% con disfunción severa.

El estado civil también parece ser una determinante de la disfunción de pareja siendo los casados los que presentan mayor grado de disfunción, sin embargo es de mencionarse que la muestra estuvo integrada predominantemente con pacientes con esta característica.

La ocupación no parecer ser una determinante en la presencia de disfunción conyugal ya que el mayor porcentaje obtenido en este rubro fue de 5.9% y se observó en dos categorías de empleado y ama de casa, pero también fueron los dos rubros que formaron la mayor parte del universo estudiado.

La escolaridad que con mayor frecuencia se presentó en este estudio fue el nivel primaria, sin embargo no parece influir en la presencia de la disfunción de pareja.

El tiempo de vivir en pareja no es un factor determinante para la presencia de disfunción ya que el 52.3% corresponde a una evaluación que se encuentra dentro de la funcionalidad.

Los pacientes que tienen menos de 5 años de ser diabéticos presentan 9.6% de disfunción, predominando la disfunción moderada con un 8.8% a pesar de ello esta variable no parece ser una determinante para la presencia de disfunción del subsistema conyugal.

Con lo anterior podemos concluir que la diabetes no es un factor determinante para la presencia de disfunción del subsistema conyugal en pacientes diabéticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública.
2. Diabetes Mellitus en adultos Mexicanos, resultado de la Encuesta Nacional de salud 2000. Olaiz Hernández, Gustavo, Rojas Rosalba, et al; Salud pública de México, vol.49, suplemento 3,2007, pp: S331-S337.
3. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, Vol. 32, Supplement 1, January 2009, pp: S62 A S67.
4. Urologic complications of diabetes. Jeannette, Brown, Hunter Wessells, et. Al. Diabetes Care, Volume 28, Number1, January 2005. pp: 177-185
5. Sexual dysfunction in women with type 1diabetes. Long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. Paul Enzlin, Raymond Rosen, et,al. Diabetes Care, Volume 32, Number 5, May 2009. pp 780-785.
6. Perceived conflict in the couple and chronic illness management: preliminary analyses from the Quebec health survey. Hassan Soubhi, Martin Fortin And Catherine Hudon, BMC Family Practice 2006, 7:59 Doi:10.1186/1471-2296-7-59. This Article Is Available From: [Http://Www.Biomedcentral.Com/1471-2296/7/59](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/59)
7. National standards for diabetes self-management education, Martha M. Funnell, Ms, Tammy L. Brown, Mph, Rd, Bc-Adm, et al, Diabetes Care, Volume 32, Supplement 1, January 2009
8. Standards of medical care in diabetes, American Diabetes Association, Diabetes Care, Volume 32, Supplement 1, January 2009, S3-S49.
9. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. Paula M Trief, Christine L. Himes, et.al, Diabetes Care, Volume 24, Number 8, August 2001,pp: 1384-1389.
10. Family and disease management in African - american patients with type 2 diabetes. Catherine A. Chesla, Lawrence Fisher, Joseph T Mullan, et.al. Diabetes Care, Volume 27, Number 12, December 2004, pp:2850-2855.

11. Sexualidad y enfermedades crónicas, Alonso Álvaro Ángel, Revista Internacional de Andrología. 2007;5(1):22-8 (Documento Descargado De [Http://Www.Doyma.Es](http://www.doyma.es) El 21/04/2007.).
12. La vida en pareja: un asunto a negociar. Garrido Garduño Adriana, Reyes Luna A. Guadalupe, Ortega Silva Patricia Y Torres Velázquez L. Evelia.. Enseñanza E Investigación En Psicología, Julio –Diciembre, 2007, Vol. 12 Numero 002. Universidad Veracruzana Xalapa México, pp: 385-396.
13. The psychococial impact of severe hypoglycemic episodes on spouses of patient with IDDM, Gonder-Frederick, Linda Cox, Daniel; Kovatchev, et, al. Diabetes Care Volume 20(10), October 1997,pp 1543-1546.
14. Practice implications of what couples tell us about type 2 diabetes management. Elizabeth Beverly, Linda A. Wray, And Carla K. Miller, Diabetes Spectrum Volume 21, Number 1, 2008, Pp:39-45.
15. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos, M.J. Martos, C. Pozo Y E. Alonso, Boletín De Psicología, No. 93, Julio 2008, 59-77.
16. Family relationships and diabetes care during the adult years. Lawrence Fisher, Diabetes Spectrum Volume 19, Number 2, 2006, pp71-74
17. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, Huerta González José Luis, Biblioteca de la medicina familiar. Editorial Alfil, México DF 2005. pp:101-102.
18. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios de evaluación, Chávez Aguilar Víctor, Velazco Orellana Rubén. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 32, No. 1, 1994, pp:39-43.

## ANEXOS

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN LA CLINICA No 08**

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado.

#### **EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DEL HGZMF # 8 DEL IMSS**

El objetivo del estudio es:

- Evaluar la frecuencia de disfunción en el subsistema conyugal en pacientes diabéticos de la UMF No 8

Se me han explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

Entiendo que se conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Firma del paciente

**DRA YESSICA MEJIA CARRANZA 99379017**

---

Nombre, firma, matricula del Investigador Responsable

---

Testigo

---

Testigo

POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN Y CONTESTE LO QUE SE LE PIDE A CONTINUACIÓN

No

de

**filiación:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de ser diabético:**

1. Menos de 5 años,
2. De 5 a 10 años,
3. Más de 10 años

**Tiempo de vivir con su pareja:**

1. Menos de 10 años
2. De 10 a 25 años,
3. Más de 25 años

**Sexo:** 1 ) Femenino    2 ) Masculino

**Ocupación:**

1. Empleado
2. Desempleado
3. Ama de casa
4. Pensionado o Jubilado

**Estado civil:** 1 ) casado .....2 ) unión libre

**Escolaridad:**

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria
5. Licenciatura
6. Carrera técnica

POR FAVOR LEA CON ATENCION

A CONTINUACIÓN ENCONTRARA UNA SERIE DE ENUNCIADOS QUE SE REFIEREN DE LA FORMA DE INTERACTUAR CON SU PAREJA. POR FAVOR LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE CON UNA X EN LA COLUMNA DE NUNCA, OCASIONAL O SIEMPRE SEGÚN LA RESPUESTA QUE LE PAREZCA MEJOR. **POR FAVOR DE UNA SOLA RESPUESTA Y CONTESTE TODAS**

**TODAS SUS RESPUESTAS SON ESTRICAMENTE**  
**CONFIDENCIALES**

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
<b>I. COMUNICACIÓN</b>			
a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente			
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia			
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica			
<b>II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCION DE ROLES</b>			
a. La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican			
b. Son satisfactorios los papeles que asume la pareja			
c. Se propicia el intercambio de papeles entre la pareja			
<b>III. SATISFACCIÓN SEXUAL</b>			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales			
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual			
<b>IV. AFECTO</b>			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja			
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante			
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja			
d. Perciben que son queridos por su pareja			
<b>V. TOMA DE DECISIONES</b>			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente			

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN