



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

CD. VALLES, SAN LUIS POTOSI

**“DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y
DESCONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES DIABETICOS
DE LA UMF No. 11 RASCON S.L.P.”**

Trabajo para obtener el Título de
Especialista en Medicina Familiar

Presenta:



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
BDDE. UMF 3
CD. VALLES, S.L.P.

ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ



CD. VALLES S.L.P

2020

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DESCONTROL GLUCEMICO
EN PACIENTES DIABÉTICOS DE LA UMF No. 11 RASCON S.L.P**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

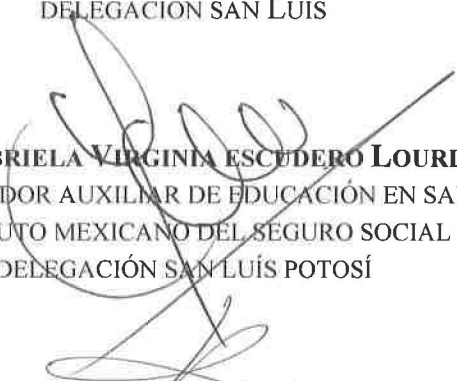
ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ

AUTORIZACIONES LOCALES:



Dr. JUAN SANCHEZ RAMOS

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS



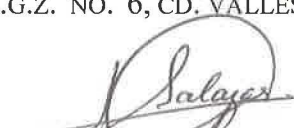
DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS POTOSÍ



DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESÚS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
H.G.Z. NO. 6, CD. VALLES, S.L.P.



DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE U.M.F. NO. 3, CD. VALLES, S.L.P.



CIUDAD VALLES, S.L.P.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2020

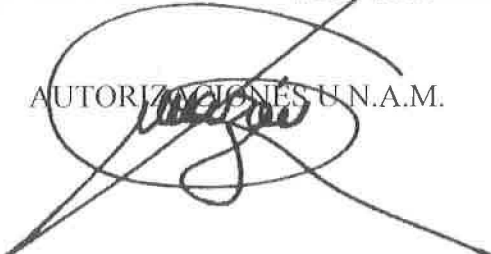
**DISFUSION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DESCONTROL GLUCEMICO
EN PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF No. 11 RASCON S.L.P**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**


PRESENTA:

ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ


AUTORIZACIONES U.N.A.M.



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



**DISFUSION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DESCONTROL GLUCEMICO
EN PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF No. 11 RASCON S.L.P**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

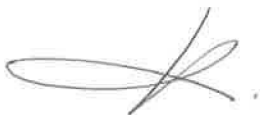
ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ

ASESORES:


DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

Médico Familiar
Asesor temático

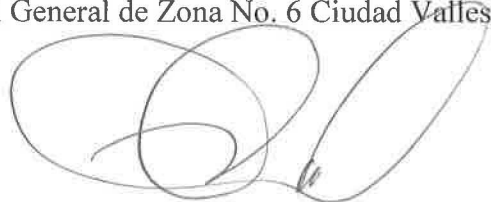
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales del IMSS sede U.M.F. No. 3 Cd. Valles, S.L.P.



DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESUS

Médico Familiar
Asesor Metodológico

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No. 6 Ciudad Valles, S.L.P



DR OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA

Médico Pediatra
Asesor estadístico

Hospital General de Zona No. 6 Ciudad Valles, S.L.P.





Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402 con número de registro 17 CI 24 028 082 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSI

FECHA 18/09/2017

DR. ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL Y DESCONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES DIABETICOS DE LA UMF No. 11 RASCON S.L.P

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2402-48

ATENTAMENTE

DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

Contenido	Pagina
1. RESUMEN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	13
4. OBJETIVOS	14
5. HIPÓTESIS	15
6. POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	16
7. MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA	17
8. CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
9. VARIABLES	19
10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	20
11. ANÁLISIS DE DATOS	23
12. ASPECTOS ÉTICOS	24
13. RECURSOS HUMANOS FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	25
14. RESULTADOS	26
15. DISCUSIÓN	39
16. CONCLUSIONES	42
17. SUGERENCIAS	43
18. ANEXOS	47

RESUMEN:

Título: Prevalencia de la Disfunción del subsistema conyugal y Descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P.

Antecedentes: El funcionamiento del subsistema conyugal es un factor determinante en la conservación de la salud para el paciente diabético. Los efectos negativos de un estilo de vida inseguro con la convivencia de un enfermo se hacen aún más intensos, y estos efectos influyen sobre el bienestar emocional y físico de la pareja, disminuyendo así la calidad de vida del binomio conyugal, esta disfunción repercute en el apego al tratamiento y como consecuencia en un desorden del control glucémico del paciente trayendo como consecuencias complicaciones macro y micro vasculares.

Justificación: Conocer si el descontrol glucémico de un paciente diabético tiene relación directa con algún grado de disfunción del subsistema conyugal. Ya que la valoración integral del paciente diabético debe incluir el análisis de todos los factores involucrados en su bienestar, en este sentido el entorno del subsistema conyugal y sistema familiar juegan un papel muy importante en el control de estos pacientes. Específicamente el rol del conyugue es significativamente importante.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal y el descontrol glucémico en los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P.

Material y métodos: Es un estudio Prospectivo, observacional y transversal comparativo, donde se evaluará la funcionalidad o disfuncionalidad del subsistema conyugal y su relación con el descontrol glucémico en los diabéticos tipo 2 por medio de la aplicación del instrumento del subsistema conyugal de Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana. Los datos serán procesados en el paquete estadístico R para buscar diferencias significativas según funcionalidad del subsistema conyugal y descontrol glucémico. Se usará Chi² y con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: Se revisaron un total de 240 expedientes, encuestando a cada uno de estos pacientes (240) de forma confidencial, con un rango de edad entre 20 y 85 años de edad. El 48.21% correspondió al género femenino. El 76.6% se declararon legalmente casados, mientras que el resto vivían en unión libre por 2 años y más. Se evaluó el tiempo de convivencia de cada pareja que fue entre 1 y 40 años. Más de una cuarta parte de los pacientes declararon no tener una comorbilidad agregada en el momento de la entrevista, y por otro lado la hipertensión fue la comorbilidad más frecuentemente asociada a la diabetes en un 37.92%. Al analizar la funcionalidad conyugal se obtuvo que la prevalencia de funcionalidad conyugal entre diabéticos fue de 24.6%, mientras que el 75.4 % representan pacientes diabéticos que perciben algún grado de disfunción conyugal en sus uniones (moderada a severa).

Conclusiones: Este es un análisis estratificado que se consideró como grupo separados a los diabéticos con relaciones funcionales, a los diabéticos con disfuncionalidad tanto moderada como severa, se demostró en cada subgrupo no existen diferencias significativas cuando comparamos el grado de control glucémico al estado civil, al tiempo de convivir con su pareja y a la comorbilidad.

El descontrol diabético no tiene relación con la disfunción conyugal sino más bien con la edad, y el tiempo de padecer la diabetes.

MARCO TEORICO

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen en la intención expresa de construir una familia. La pareja debe de desarrollar pautas en las que cada esposo apunta a la acción del otro en muchas áreas, y deben de ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Al no cumplirse con esta regla viene entonces lo que conocemos como Disfunción conyugal. (1)

La disfunción conyugal puede darse por una construcción anómala del sistema matrimonial desde el inicio (problemas estructurales) o como una inadecuada respuesta a las condiciones evolutivas normales relacionadas con las crisis del ciclo vital (problemas normativos). (2)

Cuando una relación conyugal no se da positivamente se puede entrar en caminos divergentes que a la larga se traduce en disfunción conyugal. (3)

El funcionamiento conyugal y de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. (4)

El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional, y se define a través de las tareas que le corresponden a cada miembro de la familia como un todo. (4) Cuando existen eventos de desequilibrio dentro del sistema conyugal se torna habitual que los miembros de la familia, consideren que los otros no cumplen con sus funciones y obligaciones convirtiéndose entonces en una disfunción familiar, expresada en coaliciones, triangulaciones y escasa comunicación familiar y conyugal. (5)

En una relación conyugal los efectos negativos de un estilo de vida inseguro en la convivencia con un enfermo se hacen aún más intensos. Y estos efectos negativos influyen sobre el bienestar emocional, físico de ambos miembros de la pareja, disminuyendo así la calidad de vida del paciente enfermo. (6)

La Función conyugal es un elemento valioso que se debe tener en cuenta para ser detectada en forma integral y sencilla, ante la ausencia de instrumentos para valorar la

disfunción conyugal se ha usado el instrumento propuesto por el Chávez Aguilar. En 1994 Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana proponen un instrumento de medición conyugal el cual evalúan 5 principales funciones que consideran que este subsistema debe cubrir: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, y toma de decisiones, agregando a cada función un criterio cualitativo de evaluación a través de indicadores, se refiere que este instrumento tuvo validación practica 4 años antes. (7)

Algunos casos de disfunción conyugal se dan frecuentemente por fallecimientos, duelos, o incluso enfermedades crónicas como la diabetes Mellitus tipo 2. (8)

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria. Díaz refiere que se debe modificar la relación médico-paciente para que el usuario exprese sus quejas y el motivo real de consulta que origino su demanda estableciendo acciones de prevención y atención más eficaz evitando así la cronicidad de la disfunción conyugal. (8)

El diagnóstico de la diabetes o la aparición de sus complicaciones se presentan con mayor frecuencia en la 4ª etapa del ciclo de la familia, esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años, y termina aproximadamente a los 65 años. En esta fase aparece la marcha de los hijos la cual condiciona a una nueva relación de pareja, la mujer se encuentra sin el objetivo de su vida "la crianza de sus hijos", generalmente enfrentándose a la jubilación y aparecen a la vez otros problemas de salud, sin dejar atrás algún grado de depresión.(8)

La Diabetes es una enfermedad sistémica crónico degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables, de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.(8)

En relación a la fisiopatología de la Diabetes Mellitus tipo 2, clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la

etiopatogenia. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de esta enfermedad. (9))

La Diabetes se clasifica en las siguientes categorías:

1.- Diabetes tipo 1 (destrucción de células beta del páncreas con déficit absoluto de insulina)

2.- Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina con resistencia a la insulina).

3.- Diabetes Mellitus gestacional (DMG) diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.

4.- Diabetes específicas por otras causas (por ejemplo: MODY, fibrosis quística, diabetes inducida por medicamentos).

La diabetes se diagnostica con base en los niveles de glucosa en plasma, ya sea a través de una prueba rápida de glucosa en plasma, o de una prueba de glucosa en plasma dos horas después de haber recibido 75 gramos de glucosa vía oral o con una prueba de hemoglobina glicosilada (A1C).

Los criterios diagnósticos para la diabetes según la ADA 2016 son:

- Glucosa en ayuno > 126 mg/dl (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 hrs.

- Glucosa plasmática a las 2 hrs. > 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Hemoglobina glicosilada (A1C) > 6.5%. Esta prueba debe realizarse en los laboratorios certificados de acuerdo a los estándares A1C del DCCT.
- Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicemia con una glucosa al hacer al azar > 200 mg% dl (10)

El National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) indica que un punto de corte de A1C >6.5 mg/dl detecta un tercio más de pacientes con diabetes sin diagnóstico que una prueba de glucosa en ayuno > 126 mg/dl, es importante tomar en cuenta la edad, raza/etnia y presencia de anemia o de alguna hemoglobinopatía cuando se usa la A1C para diagnosticar diabetes.(10)

Actualmente la hemoglobina glucosilada es la mejor prueba disponible que muestra el control glucémico del paciente con Diabetes Mellitus. Existe evidencia científica que correlaciona las complicaciones a largo plazo con los niveles elevados de HbA1c y el escaso control de este cuadro morboso. Así mismo algunos autores establecen la relación entre la hiperglicemia persistente y el riesgo de complicaciones microvasculares. (11)

Esta enfermedad crónica es un acontecimiento único para el individuo, cónyuge y el resto de la familia, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas (6).

La Disfunción Conyugal se asocia a la mala salud física y a un aumento de mortalidad (Robles, Slatcher, Trombello y McGinn, 2014). La evidencia proviene de estudios que evalúan diversos marcadores biológicos y problemas de salud incluyendo el Síndrome Metabólico (Whisman y Uebelacker 2012).

Existen 3 mecanismos fundamentales mediante los cuales la relación de pareja puede afectar la salud física y la evolución de una enfermedad. Primero el conflicto de pareja crónico puede llevar al aumento de las respuestas fisiológicas del estrés (niveles de cortisol. Presión sanguínea y frecuencia cardiaca) que puede afectar el funcionamiento del sistema inmune y otros procesos biológicos (Govin et al 2009, Groth, Fehm Wolfsdor y Hahlweg 2000). Segundo otro miembro de la pareja puede afectar positiva o negativamente la probabilidad de que los pacientes desarrollen conductas importantes para la salud, tales como tomar medicamentos indicados, utilizar los servicios de salud, asistir a las citas médicas, hacer ejercicio y seguir la dieta (Kiecolt-Glaser y Newton 2001) y tercero esta disfunción en pareja puede conllevar a un mayor riesgo de problemas de salud mental tales como la depresión y ansiedad, que a su vez también pueden afectar las respuestas de estrés y funcionamiento del sistema inmune. Más aun, probablemente las asociaciones sean bidireccionales de manera que los problemas físicos y de salud mental también afectarían la calidad de la relación y la conducta de ambos miembros de la pareja (Baucom, Poter, Hammen, 1991; Kiecolt Glaser et al., 2005). Además estos mecanismos no son mutuamente excluyentes y pueden sumarse para explicar diferentes componentes de la evolución de la enfermedad.

(6)

En el control del paciente diabético intervienen variables que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad familiar y conyugal. (12)

El descontrol glucémico se define como una distribución poblacional de la glucemia plasmática en ayunas, que es superior a la distribución que teóricamente debería minimizar los riesgos para la salud, de acuerdo con los estudios epidemiológicos la hiperglucemia es un concepto estadístico y no una categoría clínica ni diagnóstica. (12)

El descontrol de la glucemia parece ser una constante en el mundo, en especial en los países con menor desarrollo. En contraste, países desarrollados han informado tendencias al alza en el porcentaje de casos que cumplen con los objetivos del tratamiento, por ejemplo en Estados Unidos más del 50% cumplían con la meta de control glucémico (HbA1c <7%). (13)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se reportó que 23% de los pacientes alcanzaron la meta terapéutica de control glucémico, la mayoría de los casos (83.9 %) se trataba con al menos un hipoglucemiante, el 13% con insulina sola o combinada, en la mayoría de los casos no se aplicaban todas las medidas preventivas. (13)

La Encuesta de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) informó que el 25% de los pacientes alcanzan control glucémico, mientras que en el año 2006 la cifra reportada fue tan solo del 1%. (13)

Un estado crónico de hiperglicemia perpetúa la misma a través de glucotoxicidad, los pacientes que tienen más probabilidad de presentar descontrol metabólico son aquellos con mayor concentración de glucosa (HbA1c) al momento del diagnóstico. (13)

Así también diversos estudios han demostrado que existen varios factores psicológicos y sociales como el estrés y sus estilos de afrontamiento, los síntomas depresivos y la percepción del apoyo social, que se relacionan con el apego al tratamiento y con ello al descontrol glucémico. Las características de la personalidad influyen en el control de la glucemia, el descontrol se ha asociado a la depresión, ansiedad, rabia, y hostilidad. (14)

Es importante el apego al tratamiento, entendiéndose esto como la conducta del paciente que coincide con la indicación médica prescrita en relación con la forma y tiempos de administrar los medicamentos, las dietas y los cambios en el estilo de vida. Este fenómeno de falta de apego al tratamiento puede ocurrir con pacientes agudos y crónicos, siendo mayor incidencia en tratamiento a largo plazo. Según este artículo la causa de mal apego al tratamiento en pacientes tuberculosos es: desconocimiento de la enfermedad, mala relación con el médico, tiempo de consulta muy pequeño, escolaridad baja, situación económica, intolerancia al medicamento, uso de tratamientos alternativos, entre otros. La falta de apego a los tratamientos repercute en el escaso o nulo control de

las enfermedades, lo que favorece a la aparición de complicaciones y a un impacto económico desfavorable. Se realiza un estudio monocéntrico, longitudinal, y observacional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años de edad con más de 6 meses de diagnóstico y con y sin comorbilidades encontrando lo siguiente: 22 pacientes diabéticos controlados de ellos 11 tenían buen apego, 4 con regular apego al tratamiento y 7 con mal apego. Además 33 pacientes fueron registrados con descontrol glucémico, de estos 10 pacientes tenían buen apego, 18 regular apego y solo 5 pacientes con mal apego al tratamiento. Siendo el factor económico la principal causa del mal apego al tratamiento. (15)

Existen familias en las que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica como la diabetes, y es posible que el enfermo culpabilice de todos los problemas relacionados con la diabetes a otros integrantes de la familia pero con énfasis al cónyuge, teniendo como resultado una disfunción conyugal que podrá transformarse en depresión y en un incorrecto control de la enfermedad. (16).

La declaración de las Américas sobre la Diabetes plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada puede representar una pesada carga económica para el individuo la familia y la sociedad. (17)

En el año 2005 Jeannette Cifuentes y cols mencionan que ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes con su condición de cronicidad exige modificaciones en los hábitos y en el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. Con estos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. (18)

Un artículo publicado en México en el 2008 por Moreno. Morales. MC; y cols en la UMF 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social donde asociaron 2 variables: disfunción eréctil en pacientes diabéticos y disfunción conyugal, evaluando a 219 pacientes diabéticos con y sin disfunción eréctil reportando que Existe una alta frecuencia de

disfunción eréctil en el paciente con diabetes Mellitus tipo 2, con predisposición de grado leve, lograron identificar la disfunción conyugal moderada.

En relación a la disfunción eréctil leve y moderada se encontró en mayor porcentaje la funcionalidad conyugal, y la de disfunción eréctil severa se asoció como disfunción conyugal moderada. (19)

Las funciones más afectadas para estos grupos según este estudio fue el afecto y la satisfacción sexual, estableciendo que: La disfunción eréctil se asocia a la disfunción conyugal, y esta última se ve alterada en el paciente diabético independientemente de la existencia o no de disfunción eréctil. (19)

En ambos grupos la función menos afectada fue la toma de decisiones, lo que fue interpretado como resultado del factor cultural que impera en los pacientes. (19)

En otro estudio realizado en el año 2013 en la UMF No.75 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México. Sobre disfunción eréctil en pacientes diabéticos y disfunción conyugal, en una muestra de 100 pacientes con edad media de 51.15 años, mínima de 30 años y una máxima de 70 años, reporta que el 90% de los pacientes diabéticos contaban con disfunción eréctil, en donde la disfunción conyugal se presenta con mayor incidencia en pacientes con disfunción eréctil en los rangos de edad de 30 a 50 años de edad, tomando en cuenta que la función sexual del individuo no solo es virilidad, sino la sexualidad es más amplia; por otro lado se encontró que a mayor edad el subsistema conyugal es funcional aunque tengan disfunción eréctil. (7)

Para el año 2013 el Instituto Mexicano del Seguro social a través de la UMF 220 del Estado de México realizó un estudio con 100 mujeres con incontinencia urinaria asociada a disfunción conyugal y a calidad de vida, reconociendo que el 39% representa a la disfunción conyugal moderada donde la función más afectada es la de satisfacción sexual con una edad media de 40 años. El segundo grupo representa el 6% con disfunción conyugal severa representada por mujeres de 60 años, en donde el rubro más afectado fue la comunicación; sin embargo un tercer grupo reporto funcionalidad conyugal con un 45%, donde la edad de estas mujeres fue estimada de 50 años y fueron dos funciones las más afectadas: la de toma de decisiones, y la satisfacción sexual. (20)

Se reporta un estudio en el año 2014 realizado en el Distrito Federal en donde el objetivo era evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio en la mujer. Se estudiaron 100 mujeres de 45 a 60 años de edad. En relación con la etapa del climaterio, el 63% se encontraba en la posmenopausia, y el 37% en la postmenopausia. Al realizar la evolución de la funcionalidad conyugal se encontró que 56% era pareja funcional, el 35% moderadamente disfuncional, y un 9% se encontró con disfunción severa. La disfunción familiar se presentó con mayor frecuencia en la etapa de posmenopausia (75%), identificando esta etapa de climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal identificando principalmente dos funciones de mayor peso como la comunicación con 48.1 y el afecto con 41. Se identificó también que las mujeres en la etapa de la posmenopausia presentan dos veces más probabilidad de tener una disfunción conyugal que aquellas mujeres que se encuentran en el premenopausia. En este estudio se observó que las parejas con una mala comunicación tienen 48 veces más probabilidad de presentar disfunción conyugal que las que se comunican en forma clara, directa y congruente siendo responsable del 66% de disfunción conyugal.

Si a esta etapa climatérica le sumamos que la mujer presentara una enfermedad crónica como la diabetes, sería de importancia valorar si este factor agregado modifica estos grados de disfunción afectando de esta manera al control efectivo del paciente diabético. (21)

En la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS en San Luis Potosí en el año 2008 Torres Vela relaciona a través de un estudio la funcionalidad del subsistema conyugal con pacientes con síntomas andropausicos, definiendo de que a pesar de que existe una alta prevalencia de pacientes con estos síntomas de andropausia no se enlazan negativamente con la relación conyugal, probablemente debido a que la pareja se encuentra en la llamada mediana edad, donde ambos comparten cambios hormonales y han sido sobrellevados satisfactoriamente sin provocar grandes alteraciones en la dinámica conyugal.(22)

Ledon en el 2011 a través de una revista de salud pública cubana publica que las enfermedades crónicas pueden producir dependencias, implicando una demanda de

atención de otras personas y ayuda para realizar actividades básicas en la vida diaria. Estudios realizados en personas diabéticas muestran una relación proporcional entre apoyo y adhesión al tratamiento, mejor control metabólico y retardo o no complicaciones, y viceversa.

Está documentado que las diferencias sexuales a menudo se acompañan de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, Diabetes, Cáncer) su influencia puede ser directa sobre la función sexual, pero también indirecta a través de la modificación de los patrones de interacción de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como fatiga, astenia, dolor. En el caso de las enfermedades endocrinas se asume que la mayoría tienen un mayor o menor efecto sobre la función sexual. Ortega refiere que una situación sexual también puede convertirse o ser reevaluada en términos de estrés. Las áreas de la pareja y la sexualidad en el marco de las enfermedades crónicas han sido abordadas, en lo fundamental desde una perspectiva y asume la presencia de disfunciones sexuales como consecuencia del proceso enfermedad, su influencia sobre la calidad de la relación de pareja y los efectos de todos ellos sobre los procesos de salud enfermedad. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La UMF No. 11 tiene un total de 7320 derechohabientes de los cuales 432 son diabéticos en control, estimando que un 77% de ellos tiene algún grado de descontrol. Si bien el control adecuado obedece a diversos factores tanto inherentes al paciente como los relacionados a su entorno, es sabido que la influencia de la familia en el cuidado del enfermo es vital, y en este aspecto, el cónyuge juega un papel protagónico (5). Un 87% de los pacientes con diabetes de la UMF 11 sostienen una relación conyugal pero desconocemos a bien cómo esta relación contribuye a su adecuado control diabético.

Si bien los diseños de causa efecto factibles, son también complejos y requieren de fundamentarse en estudios más simples de tipo exploratorio (que no existen o son muy escasos en nuestro medio). Por lo que un buen inicio es la caracterización del perfil familiar y conyugal de nuestros diabéticos indagando sobre la prevalencia de la disfunción familiar y cómo esta disfunción familiar coexiste con el descontrol diabético.

Por lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal y el descontrol glucémico entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P.?

JUSTIFICACION:

La valoración integral del paciente diabético debe incluir el análisis de todos los factores involucrados en su bienestar y que puedan repercutir en el adecuado control de su glucemia. El entorno familiar y conyugal juega un papel importante en el control del paciente diabético, en virtud que es en la familia en quien el paciente se apoya para procurarse los cuidados inmediatos. Específicamente el rol del cónyuge es significativo si consideramos que, en el caso del paciente masculino enfermo es la esposa quien procura tener los alimentos, y en el caso del paciente femenino es el esposo quien procura el recurso económico para la adquisición de los alimentos. Aunque bien los roles

dentro de la familia están cambiando, la influencia de la relación con el cónyuge quizás nunca cambie.

El cónyuge por tanto, juega un papel protagónico en el cuidado del enfermo ya sea directa o indirectamente, por lo que dentro del diagnóstico integral del paciente diabético es necesario detectar circunstancias de disfunción en la pareja susceptibles de ser manejadas por el médico de la familia. Pocas veces en el contexto de la consulta de su patología el paciente referirá su relación conyugal. Es por ello que muchas veces la funcionalidad conyugal permanece oculta a lo largo de varios años, haciendo mella en la salud del paciente diabético

No se conoce a bien como la funcionalidad conyugal pueda influir en el control del paciente diabético, por ello debemos iniciar con estudios exploratorios más simples, indagando que tanto prevalece la disfunción conyugal en el contexto del paciente diabético, de ahí que este tipo de estudios sean necesarios para ir modelando un perfil socio-familiar del paciente diabético y consecuentemente diseñar nuevos modelos de tratamiento familiar que beneficien directamente a nuestros pacientes

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal y el descontrol glucémico entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P.
- Estratificar la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P. según su control glucémico

- Estratificar la prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón, S.L.P. según el género del cónyuge que padece la diabetes

- **HIPOTESIS:**

H₀.- La prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal y el descontrol glucémico entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP es mayor a la reportada en la literatura.

H₁.- La prevalencia de la disfunción del subsistema conyugal y el descontrol glucémico entre los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP es menor a la reportada en la literatura.

MATERIAL Y METODOS:

Es un estudio prospectivo, observacional y transversal comparativo, donde se evaluó la funcionalidad o disfuncionalidad del subsistema conyugal y su relación con el descontrol glucémico en los diabéticos tipo 2 por medio de la aplicación del instrumento del subsistema conyugal de Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico R para buscar diferencias significativas según funcionalidad del subsistema conyugal y descontrol glucémico. Se uso la Chi² y con un nivel de significancia de p menor a 0.05.

Universo de estudio:

Pacientes diabéticos de ambos géneros que viven en Rascón, S.L.P. y sus alrededores.

Población de estudio: Pacientes diabéticos de ambos géneros derechohabientes del

Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Rascón, S.L.P.

Grupos de estudio:

Pacientes diabéticos derechohabientes que acudan a los servicios de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Rascón, S.L.P.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se revisaron 240 expedientes de pacientes diabéticos así como entrevista individual de estos pacientes con previa autorización de cada uno. Estos pacientes son adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 Rascón S.L.P en el periodo de marzo 2017 a diciembre 2018

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Rascon San Luis Potosi. La localidad de Rascón está situada en el municipio de Ciudad Valles perteneciente al estado de San Luis Potosí, a 21°58' latitud Norte y a 99°15' longitud oeste. Con una altura media de 287 mts. Tiene un clima predominante tropical, con una temperatura media de 24.5°C y con máximas de 45.5°C y mínimas de 6°C.

Rascón cuenta con 4,411 habitantes con un ligero predominio del sexo femenino con un 54%, y con 1,055 familias. Su fuente de trabajo es la agricultura aunque una proporción importante de población migra periódicamente a los EE.UU. La actividad económica principal es el cultivo de la caña, constituyéndose el Ingenio local como la principal fuente de trabajo de la región.

Rascón es sede de la Unidad de Medicina Familiar No. 11, unidad médica con una población de afiliados de 7320 derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, distribuidos en Rascón y 11 comunidades de sus alrededores, donde se realizará el presente estudio.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA:

Tipo y diseño de Estudio:

- Por la manipulación: Observacional
- Por la finalidad: Comparativo
- Por el desarrollo temporal: Transversal
- Por la orientación: Prospectivo

Diseño: Transversal comparativo

Para el cálculo de la muestra se utilizará la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas, utilizando un Nivel de Seguridad del 95%, un nivel de precisión del 5% y una proporción esperada de disfunción conyugal del 50% por no disponer de antecedentes

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{d^2}$$

$(N-1) + Z_{\alpha}^2 p q$ Dónde:

$N =$ Total de la población de diabéticos $= 432$ $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ para

un nivel de seguridad del 95% $= 3.84$ $p =$ proporción

esperada disfunción conyugal del 50% $= 0.5$ $q = 1 - p = 0.95$

$d^2 = 0.05^2$ para un nivel de precisión del 5% $= 0.0025$ $n = 204$

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Diabéticos de ambos géneros
 - Que firmen consentimiento informado
 - Que dispongan de dos o más determinaciones de glucosa sérica en el expediente en los últimos 6 meses o bien que cuente con medición de Hb Glicosilada durante los últimos 3 meses
 - Con diagnóstico de diabetes de más de un año.
- .Que vivan en pareja de forma estable (casados o en unión libre)
- Que tengan viviendo en pareja más de dos años

Criterios de Exclusión:

- Que no accedan a firmar el consentimiento informado
- Que disponga de menos de dos determinaciones de glucosa sérica en el expediente en los últimos 6 meses, y/o que no cuenten con Hb Glicosilada en los últimos 3 meses.
- Con diagnóstico reciente de diabetes (menos de un año)
- Diabéticos que vivan solos

Criterios de Eliminación:

- Que proporcionen datos incompletos
- Que sus laboratorios de control estén incompletos
- Que no se hagan los estudios de forma periódica.

LAS VARIABLES RECOLECTADAS FUERON

Variables dependientes:

- Control glucémico

Variables independientes

- Función del subsistema conyugal

Variables Confusoras

- Edad
- Genero

Variable interviniente

- Estado Civil
- Tiempo de evolución de la diabetes
- Comorbilidades

Tabla 1: Operacionalización de variables:

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
Función del subsistema conyugal	Independiente	Calidad en la comunicación, sexualidad y afectividad y respeto mutuo entre los miembros de una pareja que vive bajo una relación conyugal	Resultado obtenido de la aplicación del instrumento del subsistema conyugal, al cónyuge del paciente diabético o de la paciente diabética	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional, de 71 a 100 puntos • Disfunción moderada de 41 a 70 puntos • Disfunción severa, 40 o menos
Control diabético	Dependiente	Grado en que el paciente diabético mantiene su estado metabólico en un período de tiempo determinado.	Resultados obtenidos en cada una de las tres últimas determinaciones séricas de glucosa dentro de los últimos 6 meses y que se encuentran consignados en el expediente clínico	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Control adecuado: 3 glucemias en 130 mgs% o menos • Control inadecuado: una o dos glucemias > 130 mgs% • Mal control: Las tres glucemias > 130 mgs%
Edad	Confusora	Tiempo en que ha vivido una persona o ser vivo contando desde su nacimiento	El número de años de vida consignados o referidos por el paciente al cuestionarle la edad en la encuesta	Cualitativa Ordinal intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 46-55 años • 56-65 años • 66-75 años
Género	Confusora	La identidad sexual de los seres vivos y la distinción que se hace entre femenino y masculino	Es la condición genérica referida por el paciente al cuestionarle sobre su género en la encuesta	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

Tabla 1: Operacionalización de variables:

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
Función del subsistema conyugal	Independiente	Calidad en la comunicación, sexualidad y afectividad y respeto mutuo entre los miembros de una pareja que vive bajo una relación conyugal	Resultado obtenido de la aplicación del instrumento del subsistema conyugal, al cónyuge del paciente diabético o de la paciente diabética	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional, de 71 a 100 puntos • Disfunción moderada de 41 a 70 puntos • Disfunción severa, 40 o menos
Control diabético	Dependiente	Grado en que el paciente diabético mantiene su estado metabólico en un período de tiempo determinado.	Resultados obtenidos en cada una de las tres últimas determinaciones séricas de glucosa dentro de los últimos 6 meses y que se encuentran consignados en el expediente clínico	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Control adecuado: 3 glucemias en 130 mgs% o menos • Control inadecuado: una o dos glucemias > 130 mgs% • Mal control: Las tres glucemias > 130 mgs%
Edad	Confusora	Tiempo en que ha vivido una persona o ser vivo contando desde su nacimiento	El número de años de vida consignados o referidos por el paciente al cuestionarle la edad en la encuesta	Cualitativa Ordinal intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 46-55 años • 56-65 años • 66-75 años
Género	Confusora	La identidad sexual de los seres vivos y la distinción que se hace entre femenino y masculino	Es la condición genérica referida por el paciente al cuestionarle sobre su género en la encuesta	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Estado civil	Interviniente	Es la situación personal en que se encuentra una persona en relación a otra en donde se crean lazos jurídicos	Condición de su relación referida por el paciente al cuestionársele sobre su estado civil en la encuesta	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Unido • Soltero • Casado • Viudo

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
					<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado
Tiempo de evolución de la diabetes	Interviniente	Mide el tiempo cronológico a partir del inicio del diagnóstico de diabetes hasta la actualidad	Años transcurridos desde la nota donde se consigna el diagnóstico definitivo de diabetes en el expediente y hasta el momento actual	Cualitativa Nominal intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 años • 5 a 9 años • 10 años y más
Comorbilidades	Interviniente	Trastornos que acompañan a una enfermedad primaria	Enfermedades crónicas concomitantes diferentes a la diabetes referidas en el expediente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Obesidad • Dislipidemia • Otros

PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS:

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows (The R Project for Statistical Computing, disponible en: <https://www.rproject.org/>)

Se elaboradas tablas de tasas porcentuales con intervalos de confianza al 95% para cada variable dependiente y según cada según cada variable independiente. Se diseñaron gráficos de frecuencias. Se buscaron diferencias según control diabético y disfunción conyugal mediante la prueba de Chi^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

Cada variable fue estratificada según las variables confusoras e intervinientes buscando diferencias entre grupos mediante la prueba de Chi^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS:

Basándonos en el reglamento actual y vigente de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud en nuestro país, este trabajo se apegó al título segundo, capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 1, Investigación sin riesgo debido a que los individuos que participaron en este estudio solo aportaron datos por medio de una entrevista, lo cual no provoca daños físico ni mentales.

No viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participaron seres humanos. contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000.

También está apegada a la declaración Helsinki de la Asociación médica mundial que establece los principios para la investigación en seres humanos, adoptada en la 18ª Asamblea General de la WMA, Filandria, Helsinki, Tokio, Japón, Octubre de 1975; 35ª Asamblea General de la WMA, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea General de WMA Somerset West, República de Sudáfrica, octubre de 2000; 53ª Asamblea General de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 53ª Asamblea General Washington 2002 apegada al párrafo 29: 55ª Asamblea General de WMA, Tokio 2004 párrafo 30: 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, Octubre de 2008.

Así mismo se solicitó permiso a los pacientes y su autorización para su participación y elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explico en que consistía dicho estudio, así como la confiabilidad y discreción a los cuales me apegaría, lo incluyo en anexos.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Recursos Humanos:

Los responsables de la conducción del presente proyecto son:

- Asesor metodológico: Dr. Rafael Natividad Nieva de Jesús, con amplia experiencia en metodología de la investigación.
- Asesor clínico-temático: Dra. Jovita Salazar Cruz, con amplia experiencia en metodología y del tema de la investigación.
- Asesor estadístico: Dr. Osman Acosta, con experiencia en bioestadística y en el manejo del paquete estadístico R
- Investigador: Dra. Elvira Olivares, responsable directa del proyecto de investigación y los procedimientos de campo.

Los médicos y enfermeras de la UMF No. 11 (7 médicos y 5 enfermeras) colaboraron únicamente en la identificación de los individuos que potencialmente podrían participar y los refirieron a la investigadora principal quien aplicó los criterios de selección e instrumentos de recolección de datos.

Recursos Físicos y financiamiento:

Espacio físico y mobiliario propios de la unidad médica. Los espacios destinados a las entrevistas fueron los consultorios de dicha unidad.

La tesista fue quien provee de la computadora de trabajo cargada con Windows 10 con licencia, así como paquete Office con versión 2013 con licencia. También tiene una impresora marca: canon MG4110.

El asesor metodológico provee de su propia computadora cargada con Windows 7 con licencia, Office Home and Student 2010 con licencia y el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows, licencia de código abierto.

Los materiales de oficina necesarios para el estudio fueron financiados en su totalidad por la tesista del proyecto.

Factibilidad:

Fuentes de información disponibles. Recursos humanos y materiales también disponibles. Tiempo para el trabajo de campo también disponible. Todo lo anterior hace viable el presente estudio.

RESULTADOS

Fueron incluidos en el estudio un total de 240 pacientes diabéticos de entre 20 y 85 años de edad. Poco menos de la mitad el 46.6% (n=112) fueron del género femenino, Y el 53.4% (n=128) correspondían al masculino.

Se incluyeron diabéticos en una relación conyugal encontrando que el 76.6% (n=184) declararon ser casados legalmente en el momento de la encuesta y el resto viven en unión libre, con un tiempo de convivencia conyugal en un rango de 1 a 40 años (\bar{x} = 26.67, IC95% = 25.11 - 28.23).

Se evaluó el tiempo de convivencia de cada pareja el cual estaba en un rango de 1 a 40 años (\bar{x} = 10.41, IC95% = 9.5 - 11.32) y sólo una cuarta parte no tuvo otra enfermedad concomitante (n = 66, 27.5%), siendo la hipertensión la comorbilidad más frecuente ya sea sola (37.92%, n = 91) o con dislipidemia (19.7%, n = 46). La proporción de otras enfermedades es despreciable (5.83%, n = 14). Las principales características consideradas en el grupo de estudio se muestran en la Tabla 1.

Cuando se analizó la funcionalidad conyugal mediante el instrumento de evaluación del subsistema conyugal, se obtuvo que la prevalencia de funcionalidad conyugal entre los diabéticos es del 24.6% (n = 56). Poco más de la mitad percibieron en

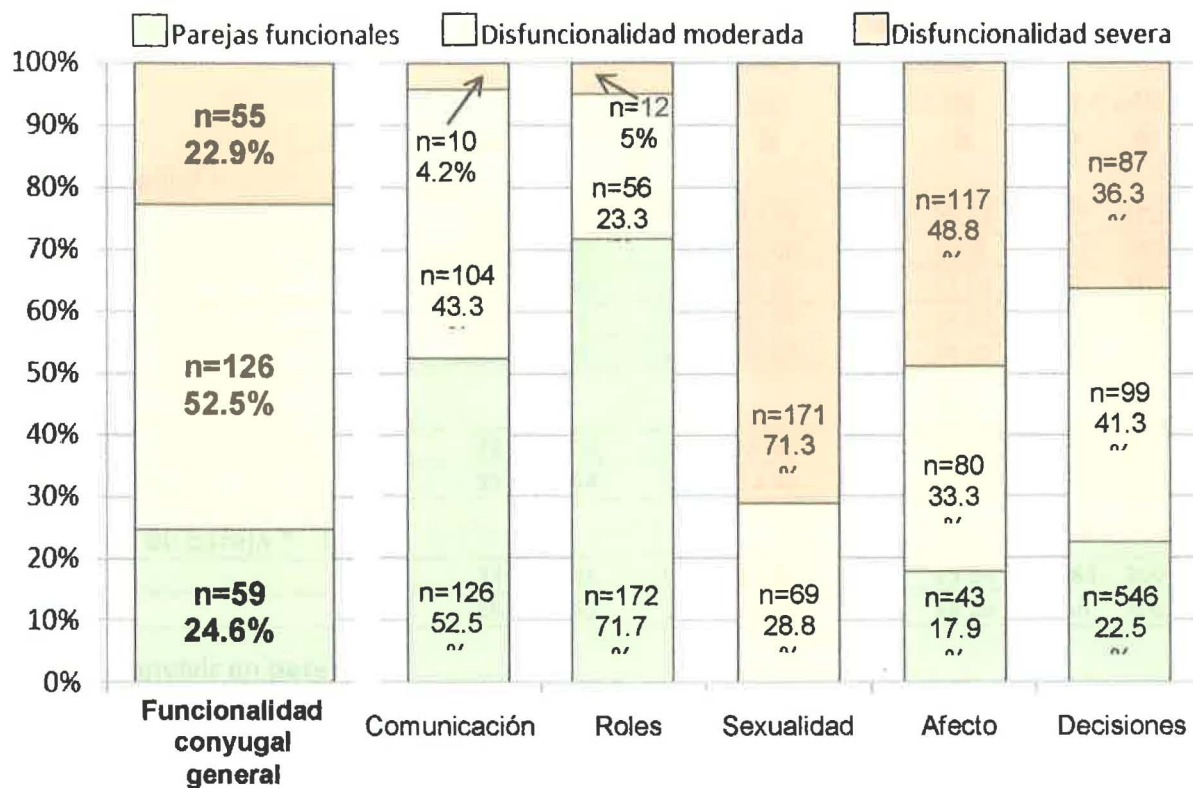
su unión o matrimonio una disfuncionalidad moderada (52.5%, n = 126) y junto con la disfuncionalidad severa suman un 75.4% los pacientes diabéticos que perciben algún grado de disfunción conyugal en sus uniones. Esto se representa en la gráfica 1 donde también se aprecia que la dimensión donde se percibe mejor funcionalidad es la de la adjudicación y asunción de roles donde el 71.7% manifestaron adecuada funcionalidad conyugal, mientras que la dimensión donde existió más problemas fue la de la satisfacción sexual donde el 71.3% de los diabéticos percibió una disfuncionalidad severa y ninguno manifestó funcionalidad en este rubro. La comunicación se determinó como funcional en el 52.5% de los encuestados pero en el afecto y la toma de decisiones tuvieron algún grado de disfuncionalidad en el 82.1% y 77.6% de los encuestados respectivamente.

Tabla 1: Factores sociodemográficos y de morbilidad de los pacientes diabéticos de la UMF No. 11. Rascón, SLP, 2018

	Mujeres N = 112		Hombres N = 128		Total N = 240	
	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad						
40 y menos	14	12.5	13	10.16	27	11.25
41 a 50	22	19.64	28	21.88	50	20.83
51 a 60	20	17.86	32	25.00	52	21.67
61 a 70	29	25.89	38	29.69	67	27.92
Más de 70	27	24.11	17	13.28	44	18.33
		100		100		100
Condición de pareja						
Casado	83	74.11	101	78.91	184	76.67
Unión libre	29	25.89	27	21.09	56	23.33
		100		100		100
Tiempo convivencia en pareja						
10 y menos	15	13.39	18	14.06	33	13.75
11 a 20	29	25.89	28	21.88	57	23.75
21 a 30	23	20.54	37	28.91	60	25.00
31 a 40	26	23.21	38	29.69	64	26.67
Más de 40	19	16.96	7	5.47	26	10.83
		100		100		100
Tiempo de tener diabetes						
5 y menos	33	29.46	44	34.38	77	32.08
6 a 10	37	33.04	39	30.47	76	31.67
11 a 15	14	12.50	18	14.06	32	13.33
16 a 20	11	9.82	17	13.28	28	11.67
Más de 20	17	15.18	10	7.81	27	11.25
		100		100		100
Comorbilidades						
Ninguna	32	28.57	34	26.56	66	27.50
Dislipidemia	11	9.82	12	9.38	23	9.58
Hipertensión	45	40.18	46	35.94	91	37.92
Hipertensión + dislipidemia	17	15.18	29	22.66	46	19.17
Otros	7	6.25	7	5.47	14	5.83
		100		100		100

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

Grafico 1: Grados de funcionalidad conyugal, general y según sus dimensiones, entre los diabéticos de la UMF No. 11. Rascón, SLP, 2018



Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

La Tabla 2 muestra el grado de funcionalidad conyugal según las variables consideradas en el estudio. En ella podemos apreciar que no hay diferencias significativas según el género de los encuestados ($p = 0.879$), pero si la hay en relación a la edad, la condición de su unión de pareja, el tiempo de convivencia con su pareja, el tiempo de padecer diabetes y las comorbilidades.

Tabla 2: Grado de funcionalidad conyugal de los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 según diversas variables. Rascón SLP, 2018

	Funcional		Disfuncional moderado		Disfuncional severo		Total	
	N = 59		N = 126		N = 55		N = 240	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad *								
40 y menos	10	37.037	9	33.33	8	29.63	27	100
41 a 50	31	62.00	15	30.00	4	8.00	50	100
51 a 60	15	28.85	28	53.85	9	17.31	52	100
61 a 70	3	4.48	54	80.60	10	14.93	67	100
Más de 70	0	0.00	20	45.45	24	54.55	44	100
Género								
Mujer	29	25.89	57	50.89	26	23.21	112	100
Hombre	30	23.44	69	53.91	29	22.66	128	100
Condición de pareja *								
Casado	33	17.93	104	56.52	47	25.54	184	100
Unión libre	26	46.43	22	39.29	8	14.29	56	100
Tiempo convivir en pareja *								
10 y menos	19	57.58	12	36.36	2	6.06	33	100
11 a 20	20	35.09	25	43.86	12	21.05	57	100
21 a 30	17	28.33	32	53.33	11	18.33	60	100
31 a 40	3	4.69	44	68.75	17	26.56	64	100
Más de 40	0	0.00	13	50.00	13	50.00	26	100
Tiempo de tener diabetes *								
5 y menos	42	54.55	30	38.96	5	6.49	77	100
6 a 10	17	22.37	43	56.58	16	21.05	76	100
11 a 15	0	0.00	23	71.88	9	28.13	32	100
16 a 20	0	0.00	19	67.86	9	32.14	28	100
Más de 20	0	0.00	11	40.74	16	59.26	27	100
Comorbilidades *								
Ninguna	26	39.39	30	45.45	10	15.15	66	100
Díslipidemia	6	26.09	14	60.87	3	13.04	23	100
Hipertensión	20	21.98	47	51.65	24	26.37	91	100
Hipertensión + dislipidemia	3	6.52	28	60.87	15	32.61	46	100
Otros	4	28.57	7	50.00	3	21.43	14	100

* p < 0.001

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

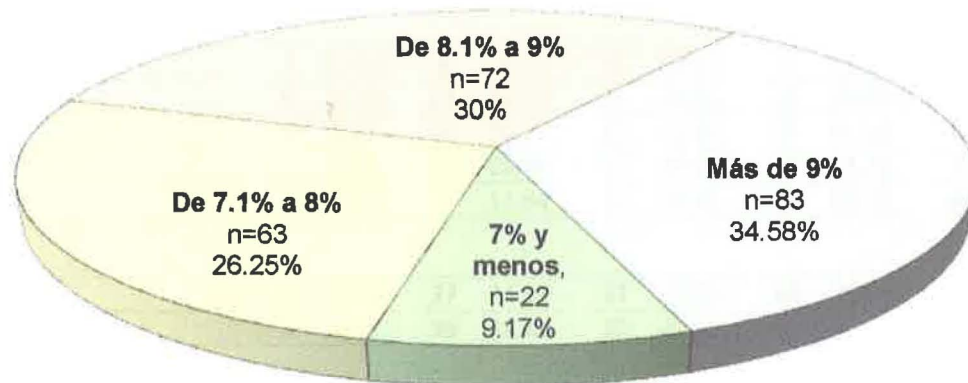
La funcionalidad conyugal parece tener relación directa con la edad, siendo más frecuente la funcionalidad conyugal en los pacientes de menos de 50 años, y la disfuncionalidad moderada en los diabéticos de entre 50 y 70 años. La disfuncionalidad severa es más frecuente en los mayores de 70 años, no encontrándose en este grupo uniones conyugales funcionales (Tabla 2).

La situación de la unión con la pareja parece también tener una relación con la funcionalidad conyugal, siendo ésta más funcional en los diabéticos en unión libre, en quienes las tasas de disfunción severa son del 14.29%. En cambio en los diabéticos casados legalmente prevalece más la disfunción moderada y la funcionalidad de pareja sólo está presente en el 17.9%. Como era de esperarse, el tiempo de unión de la pareja guarda relación directa con la funcionalidad conyugal, siendo ésta más funcional en diabéticos con 10 años o menos de convivencia en quienes poco más de la mitad son conyugalmente funcionales. Después de los 10 años de convivencia y hasta los 40 años, la funcionalidad moderada prevalece, hasta que después de los 40 años de convivencia no existen diabéticos que hayan referido funcionalidad conyugal (Tabla 2).

El tiempo de padecer diabetes también parece tener relación con la funcionalidad conyugal. La mitad de los pacientes diabéticos con 5 años y menos de evolución tienen relaciones funcionales, mientras que más de la mitad de los diabéticos con 6 a 20 años de evolución tienen relaciones con disfuncionalidad moderada. Del mismo modo, los pacientes con más de 20 años de evolución tuvieron relaciones con disfuncionalidad severa. Si bien la mayoría de los pacientes diabéticos sin comorbilidades tienen relaciones funcionales o con disfuncionalidad moderada, cuando se agrega una comorbilidad, la proporción de relaciones con disfuncionalidad moderada y severa se incrementa de manera significativa (Tabla 2).

En relación al control glucémico se encontró que sólo un 9.17% presenta una hemoglobina glucosilada (HbA1c) de 7% o menos, reflejando con ello un adecuado control glucémico. Contrariamente, un tercio de los encuestados tuvo cifras de HbA1c por encima del 9% (n = 83, 34.58%). Poco más de la mitad de los pacientes diabéticos estudiados tuvo cifras de HbA1c entre 7.15% y 9%. El Gráfico 2 muestra la distribución de los encuestados según su nivel de HbA1c.

Grafico 2: Cifras de Hemoglobina glucosilada de los diabéticos de la UMF No. 11. Rascón, SLP, 2018



Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

La Tabla 3 muestra el grado de control glicémico expresado en el nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c) según las variables consideradas en el estudio. En ella apreciamos que, tal como se aprecia en el análisis de la funcionalidad conyugal, no hay diferencias significativas según el género de los encuestados ($p = 0.199$), pero si la hay en relación a la edad, la condición de su unión de pareja, el tiempo de convivencia con su pareja, el tiempo de padecer diabetes, la presencia de comorbilidades y el grado de funcionalidad conyugal.

La edad tiene una relación directa con el grado de control glucémico. A mayor edad, mayor es el nivel de descontrol. Así, mientras que la prevalencia de un control adecuado (HbA1c de 7% o menos) en los diabéticos menores de 41 años es del 25.9%, esta misma prevalencia en los mayores de 60 años es de tan sólo 1.5% y mientras que 1 de cada 2 pacientes diabéticos menores de 41 años tienen HbA1c por encima de 8%, en los mayores de 60 años son 3 de cada 4 los que llegan a estas cifras de HbA1c (Tabla 3)

Tabla 3: Niveles de Hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos de la UMF No. 11 según diversas variables. Rascón SLP, 2018

	7% y <		7.1 a 8%		8.1 a 9%		> de 9%		Total	
	N = 22		N = 63		N = 72		N = 83		N = 240	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad *										
40 y menos	7	25.93	6	22.22	9	33.33	5	18.52	27	100
41 a 50	8	16.00	21	42.00	11	22.00	10	20.00	50	100
51 a 60	3	5.77	16	30.77	12	23.08	21	40.38	52	100
61 a 70	1	1.49	14	20.90	23	34.33	29	43.28	67	100
Más de 70	3	6.82	6	13.64	17	38.64	18	40.91	44	100
Género										
Mujer	14	12.50	27	24.11	37	33.04	34	30.36	112	100
Hombre	8	6.25	36	28.13	35	27.34	49	38.28	128	100
Condición de pareja *										
Casado	9	4.89	49	26.63	55	29.89	71	38.59	184	100
Unión libre	13	23.21	14	25.00	17	30.36	12	21.43	56	100
Tiempo convivir en pareja *										
10 y menos	9	27.27	9	27.27	10	30.30	5	15.15	33	100
11 a 20	8	14.04	16	28.07	16	28.07	17	29.82	57	100
21 a 30	0	0.00	21	35.00	15	25.00	24	40.00	60	100
31 a 40	3	4.69	15	23.44	19	29.69	27	42.19	64	100
Más de 40	2	7.69	2	7.69	12	46.15	10	38.46	26	100
Tiempo de tener diabetes *										
5 y menos	10	12.99	30	38.96	13	16.88	24	31.17	77	100
6 a 10	8	10.53	21	27.63	26	34.21	21	27.63	76	100
11 a 15	2	6.25	4	12.50	14	43.75	12	37.50	32	100
16 a 20	0	0.00	4	14.29	11	39.29	13	46.43	28	100
Más de 20	2	7.41	4	14.81	8	29.63	13	48.15	27	100
Comorbilidades *										
Ninguna	8	12.12	27	40.91	20	30.30	11	16.67	66	100
Dislipidemia	2	8.70	9	39.13	6	26.09	6	26.09	23	100
Hipertensión	10	10.99	17	18.68	27	29.67	37	40.66	91	100
Hipertensión + dislipidemia	2	4.35	7	15.22	13	28.26	24	52.17	46	100
Otros	0	0.00	3	21.43	6	42.86	5	35.71	14	100

* p < 0.001

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

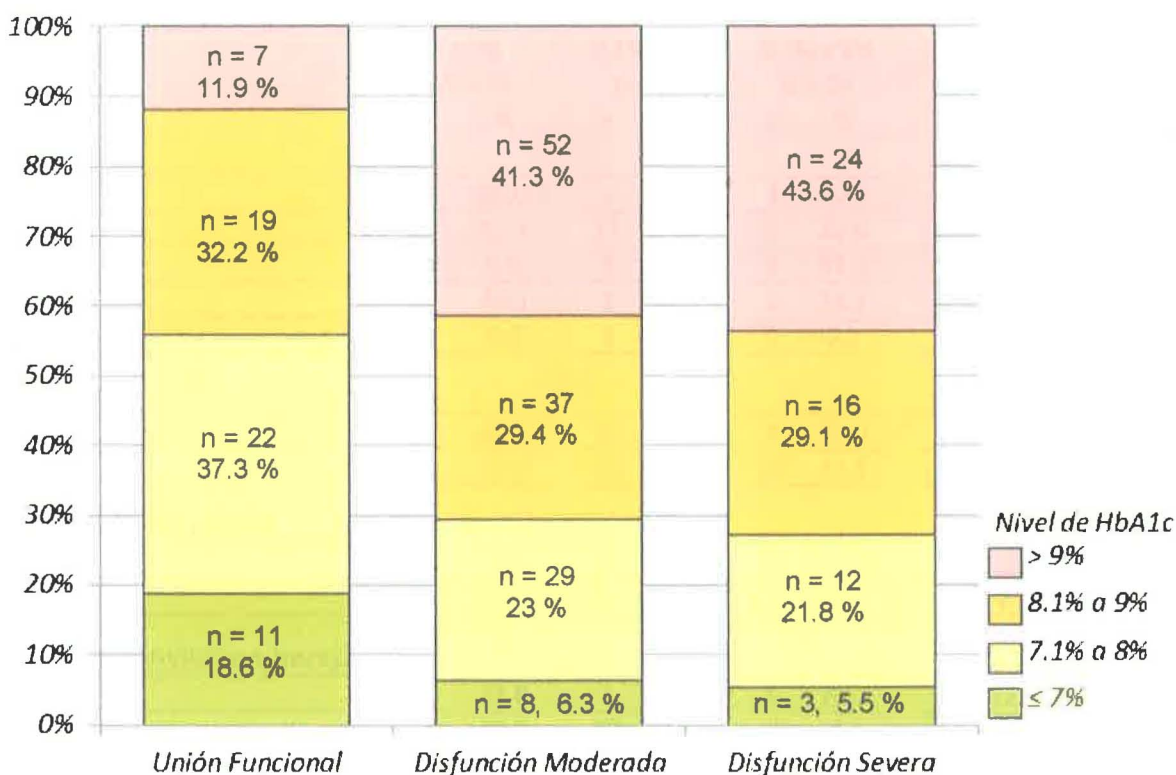
Esta misma relación, como era de esperarse, puede verse en el tiempo de padecer diabetes. Con menos de 5 años de padecer diabetes la prevalencia de un buen control es de 12.1% y 1 de cada 2 diabéticos tienen HbA1c por encima de 8%. Con más de 10 años de padecer diabetes la prevalencia de buen control se reduce a la mitad, incrementándose a 8 de cada 10 diabéticos los que muestran HbA1c mayor de 8% (Tabla 3).

Los casados tienen menores niveles de control glucémico (4.9% vs 23.2% con niveles de HbA1c \leq 7%) y aunque existe similitud en la frecuencia con la que ambos grupos muestran HbA1c entre 7.1% a 9%, son los casados quienes tienen mayor prevalencia de HbA1c mayores del 9%. A mayor tiempo de convivencia, mayor es la probabilidad de presentar HbA1c elevados, de tal modo que mientras que poco menos de la mitad de los diabéticos con 10 años o menos de convivencia tienen HbA1c mayores de 8%, después de los 11 años de convivencia, la cifra de diabéticos con estas cifras de HbA1c supera el 80% (Tabla 3)

La comorbilidad también repercute significativamente en el control glucémico. Quienes no tienen comorbilidades tienen mejor control glucémico, mientras que los pacientes con hipertensión ya sea sola o con dislipidemia tienen los peores niveles de descontrol glucémico (Tabla 3).

La Grafica 3 muestra la relación entre la funcionalidad conyugal y los niveles de HbA1c. Existe una relación directa significativa entre la funcionalidad conyugal y el nivel de control glicémico apreciándose mejores cifras de HbA1c en los diabéticos con relaciones funcionales en relación a los diabéticos con relaciones disfuncionales. El control glucémico adecuado (HbA1c \leq 7%) prevalece en 18.6% de los diabéticos con relaciones funcionales mientras que en los diabéticos con relaciones disfuncionales moderadas prevalece en 6.3% y en relaciones disfuncionales severas en 5.5%. Del mismo modo, las HbA1c $>$ de 9% prevalecen en 11.9% de las relaciones funcionales, incrementándose esta proporción a casi 4 veces en relaciones disfuncionales moderadas (41.3%) y severas (43.6%).

Grafico 3: Cifras de Hemoglobina glucosilada de los diabéticos de la UMF No. 11 según su nivel de función conyugal. Rascón, SLP, 2018



$p < 0.001$

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

A pesar de lo que hasta ahora se ha expuesto, un análisis estratificado considerando como grupos separados a los diabéticos con relaciones funcionales, a los diabéticos disfuncionalidad moderada y a los diabéticos con disfuncionalidad severa, se encontró que al interior de cada subgrupo no existen diferencias significativas cuando se compara el grado de control diabético expresado por el nivel de HbA1c con relación al género, al estado civil, al tiempo de convivir con su pareja y a la comorbilidad, en ninguno de los tres subgrupos (tablas 4, 5 y 6).

En el subgrupo de los diabéticos con relaciones funcionales, sólo se reportó significancia al comparar el nivel de HbA1c con la edad y con el tiempo de evolución de la diabetes, observándose que los niveles de HbA1c son más altos conforme se tiene mayor edad y se tiene mayor tiempo con la diabetes (Tabla 4).

Tabla 4: Niveles de Hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos con relaciones funcionales de la UMF No. 11 según diversas variables. Rascón SLP, 2018

	Subgrupo Funcionales									
	≤ 7%		7.1% a 8%		8.1% a 9%		> 9%		Total	
	N = 11		N = 22		N = 19		N = 7		N = 59	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad *										
≤ 40	6	60.0	1	10.0	3	30.0	0	0.0	10	100
41 a 50	4	12.9	17	54.8	7	22.6	3	9.7	31	100
51 a 60	0	0.0	3	20.0	8	53.3	4	26.7	15	100
61 a 70	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0.0	3	100
> 70	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Género										
Mujer	8	27.6	11	37.9	9	31.0	1	3.4	29	100
Hombre	3	10.0	11	36.7	10	33.3	6	20.0	30	100
Condición de pareja										
Casado	4	12.1	14	42.4	10	30.3	5	15.2	33	100
Unión libre	7	26.9	8	30.8	9	34.6	2	7.7	26	100
Tiempo convivir en pareja										
≤ 10	7	36.8	4	21.1	5	26.3	3	15.8	19	100
11 a 20	4	20.0	10	50.0	5	25.0	1	5.0	20	100
21 a 30	0	0.0	7	41.2	7	41.2	3	17.6	17	100
31 a 40	0	0.0	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	100
> 40	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Tiempo de tener diabetes *										
≤ 5	7	16.7	19	45.2	9	21.4	7	16.7	42	100
6 a 10	4	23.5	3	17.6	10	58.8	0	0.0	17	100
11 a 15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
16 a 20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
> 20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Comorbilidades										
Ninguna	6	23.1	11	42.3	8	30.8	1	3.8	26	100
Dislipidemia	1	16.7	3	50.0	2	33.3	0	0.0	6	100
Hipertensión	4	20.0	6	30.0	6	30.0	4	20.0	20	100
Hipertensión + dislipidemia	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100
Otros	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4	100

* $p < 0.01$

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

Tabla 5: Niveles de Hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos con relaciones con disfuncionalidad moderada de la UMF No. 11 según diversas variables. Rascón SLP, 2018

	Disfunción moderada									
	≤ 7%		7.1% a 8%		8.1% a 9%		> 9%		Total	
	N = 8		N = 29		N = 37		N = 52		N = 126	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
≤ 40	1	11.1	3	33.3	3	33.3	2	22.2	9	100
41 a 50	2	13.3	3	20.0	4	26.7	6	40.0	15	100
51 a 60	3	10.7	9	32.1	4	14.3	12	42.9	28	100
61 a 70	0	0.0	10	18.5	20	37.0	24	44.4	54	100
> 70	2	10.0	4	20.0	6	30.0	8	40.0	20	100
Género										
Mujer	4	7.0	13	22.8	19	33.3	21	36.8	57	100
Hombre	4	5.8	16	23.2	18	26.1	31	44.9	69	100
Condición de pareja										
Casado	4	3.8	23	22.1	31	29.8	46	44.2	104	100
Unión libre	4	18.2	6	27.3	6	27.3	6	27.3	22	100
Tiempo convivir en pareja										
≤ 10	2	16.7	4	33.3	4	33.3	2	16.7	12	100
11 a 20	2	8.0	4	16.0	8	32.0	11	44.0	25	100
21 a 30	0	0.0	11	34.4	6	18.8	15	46.9	32	100
31 a 40	3	6.8	9	20.5	13	29.5	19	43.2	44	100
> 40	1	7.7	1	7.7	6	46.2	5	38.5	13	100
Tiempo de tener diabetes										
≤ 5	2	6.7	10	33.3	4	13.3	14	46.7	30	100
6 a 10	4	9.3	12	27.9	12	27.9	15	34.9	43	100
11 a 15	1	4.3	3	13.0	10	43.5	9	39.1	23	100
16 a 20	0	0.0	1	5.3	8	42.1	10	52.6	19	100
> 20	1	9.1	3	27.3	3	27.3	4	36.4	11	100
Comorbilidades										
Ninguna	2	6.7	12	40.0	9	30.0	7	23.3	30	100
Dislipidemia	1	7.1	5	35.7	3	21.4	5	35.7	14	100
Hipertensión	3	6.4	8	17.0	14	29.8	22	46.8	47	100
Hipertensión + dislipidemia	2	7.1	3	10.7	8	28.6	15	53.6	28	100
Otros	0	0.0	1	14.3	3	42.9	3	42.9	7	100

* $p < 0.01$

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

Tabla 6: Niveles de Hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos con relaciones con disfuncionalidad severa de la UMF No. 11 según diversas variables. Rascón SLP, 2018

	Disfunción severa									
	≤ 7%		7.1% a 8%		8.1% a 9%		> 9%		Total	
	N = 3		N = 12		N = 16		N = 24		N = 55	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad *										
≤ 40	0	0.0	2	25.0	3	37.5	3	37.5	8	100
41 a 50	2	50.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	4	100
51 a 60	0	0.0	4	44.4	0	0.0	5	55.6	9	100
61 a 70	0	0.0	3	30.0	2	20.0	5	50.0	10	100
> 70	1	4.2	2	8.3	11	45.8	10	41.7	24	100
Género										
Mujer	2	7.7	3	11.5	9	34.6	12	46.2	26	100
Hombre	1	3.4	9	31.0	7	24.1	12	41.4	29	100
Condición de pareja										
Casado	1	2.1	12	25.5	14	29.8	20	42.6	47	100
Unión libre	2	25.0	0	0.0	2	25.0	4	50.0	8	100
Tiempo convivir en pareja										
≤ 10	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100
11 a 20	2	16.7	2	16.7	3	25.0	5	41.7	12	100
21 a 30	0	0.0	3	27.3	2	18.2	6	54.5	11	100
31 a 40	0	0.0	5	29.4	4	23.5	8	47.1	17	100
> 40	1	7.7	1	7.7	6	46.2	5	38.5	13	100
Tiempo de tener diabetes										
≤ 5	1	20.0	1	20.0	0	0.0	3	60.0	5	100
6 a 10	0	0.0	6	37.5	4	25.0	6	37.5	16	100
11 a 15	1	11.1	1	11.1	4	44.4	3	33.3	9	100
16 a 20	0	0.0	3	33.3	3	33.3	3	33.3	9	100
> 20	1	6.3	1	6.3	5	31.3	9	56.3	16	100
Comorbilidades										
Ninguna	0	0.0	4	40.0	3	30.0	3	30.0	10	100
Dislipidemia	0	0.0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
Hipertensión	3	12.5	3	12.5	7	29.2	11	45.8	24	100
Hipertensión + dislipidemia	0	0.0	4	26.7	4	26.7	7	46.7	15	100
Otros	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre disfunción del subsistema conyugal y descontrol glucémico en pacientes diabéticos de la UMF No. 11 Rascón SLP

En el subgrupo de los diabéticos con relaciones disfuncionales moderadas no se encontró ninguna relación significativa con ninguna variable analizada al compararlas con el control glucémico (Tabla 5).

En el subgrupo de diabéticos con relaciones disfuncionales severas se encontró significancia en el control diabético al comparar los niveles de HbA1c con la edad exclusivamente. Si bien la relación no era tan clara como en el grupo de diabéticos con relaciones funcionales, en este grupo también se tenían niveles de HbA1c más altos cuanto más edad se tenía (Tabla 6).

DISCUSIÓN:

En el presente estudio el principal objetivo fue determinar la prevalencia de la disfunción conyugal y el descontrol glucémico de los pacientes diabéticos adscritos a la UMF No. 11 Rascón S.L.P; lo cual nos permitirá trazar líneas de acción preventivas precisas desde el punto de vista del subsistema conyugal para mejorar el control glucémico en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 11 de Rascón S.L.P.

En este estudio participaron 240 pacientes diabéticos entre 20 y 85 años de edad poco más de la mitad representan al género masculino con 53.3%, y el 46.7% corresponde al femenino.

En el momento de la encuesta se determinó que el 76.67% se encontraban casados legalmente, mientras que solo el 23.33% vivían en unión libre.

Más de un cuarto de pacientes representan una edad entre 31 y 40 años; el 32% de estos pacientes cuentan con 5 y menos años de evolución con esta patología y aunque en un porcentaje menor pero no menos importante los paciente de 20 años y más de evolución representan el 11.25%.

Por otro lado en relación a la comorbilidad el 27.5% de los pacientes en el momento de la entrevista refirieron no contar con comorbilidades agregadas, mientras el resto aceptó la presencia de comorbilidades; dentro de las comorbilidades más frecuentes en primer

lugar esta hipertensión Arterial (37.92%) y en un segundo lugar la hipertensión Arterial asociada a la dislipidemia (19.17%).

Al analizar la funcionalidad conyugal de la pareja mediante el instrumento de Víctor Chávez Aguilar para la evaluación del subsistema conyugal se obtuvo que la prevalencia de funcionalidad conyugal en general es de 24.5%, así mismo se observa que poco más de la mitad con 52.5% represento disfuncionalidad conyugal moderada y el 22.9% arrojaron tener una disfunción severa. Por lo cual es de reconocer que prevalece la disfunción conyugal en cualquiera de sus dos modalidades (moderada y severa).

En este sentido se percibe que las áreas menos afectadas en la disfunción conyugal son: en primer lugar la de adjudicación y asunción de roles con un 71.7%, seguida de la toma de decisiones con un 54.6% la comunicación con un 52.5%, el cuarto lugar lo representa el afecto con un 33.3%, sin embargo el área más afectada fue la de la sexualidad. En este contexto existe relación a otros artículos que se han publicado anteriormente. En el año 2013 Nevares Roldan y Arizmendi Mendoza publican un estudio de Funcionalidad conyugal y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria (Revista IMSS) en donde se utiliza el mismo instrumento de medición para la disfunción familiar (Víctor Chávez Aguilar) encontrando que el 39% representa la disfunción conyugal moderada siendo el área más afectada la sexualidad; en la disfunción severa (6%) el área más afectada es la comunicación y en el rubro de funcionalidad conyugal (45%) las áreas más afectadas fueron toma de decisiones y la sexualidad. En el año 2008 a través de un artículo publicado en el IMSS UMF 94 Moreno, Morales y cols asociaron la disfunción eréctil a la disfunción conyugal de igual manera con el mismo instrumentos de medición que los 2 anteriores concluyendo que la disfunción eréctil leve a moderada se relaciona con funcionalidad conyugal mientras que la disfunción eréctil severa se asoció a la disfunción conyugal moderada, las áreas más afectadas de estos grupos fueron el afecto y la sexualidad nuevamente

Por otro lado la funcionalidad conyugal parece tener relación directa con la edad ya que la funcionalidad de la pareja es más evidente de 50 años y menos, la disfuncionalidad moderada se asocia a la edad que oscila entre los 51 y 70 años, y muy distinta en la disfuncionalidad severa donde encontramos que el grupo afectado lo representa los pacientes diabéticos de 70 años y más. En contraste un artículo publicado en el año 2013

por el IMSS sobre disfunción eréctil en pacientes diabéticos y disfunción conyugal, reporta que el 90% de los pacientes diabéticos estudiados presentaban disfunción eréctil, en donde la disfunción conyugal se presenta con mayor incidencia en pacientes con disfunción eréctil en los rangos de edad de 30b a 50 años. Y declararon que a mayor edad el subsistema conyugal es funcional aunque tengan disfunción eréctil.

En relación a la unión de la pareja predomina la unión libre asociada a la funcionalidad conyugal con un 46.3%, mientras que en cualquier grado de disfunción conyugal se representa en la condición de casados legalmente (moderado con 56.52% y severo con un 25.54%).

Es importante señalar que el tiempo de vivir juntos fue un factor importante para nuestros resultados ya que guarda relación con la funcionalidad conyugal entre menor tiempo de vivir está asociado a la funcionalidad de la pareja y entre más edad tenga el paciente diabético está asociado a la disfunción conyugal de moderada a severa. Se encontró una relación directa entre la funcionalidad y los años de evolución de la diabetes, podemos decir que entre más años de evolución de la enfermedad se asocia a mayor disfunción conyugal.

Podemos observar también que a medida que el paciente no cuanta que comorbilidades agregadas su unión será funcional; mientras que al momento de agregarse alguna patología independiente de la diabetes la unión se acerca a clasificarse como disfuncional (moderada y /o severa). Es decir la proporción de relación con cualquier grado de disfunción conyugal se incrementa.

Al relacionar el control glicémico y la hemoglobina glucosilada podemos decir que solo el 9.17% contaban con una HbA1c de 7% y menos, por lo que concluimos que estos pacientes diabéticos se encuentran controlados en el momento de la revisión de expedientes clínicos (basados en HbA1c), el resto se encuentran con descontrol glucémico. Así como también se demuestra que entre más edad y más tiempo de evolución existe mayor descontrol glucémico.

Por otro lado en los pacientes casados encontramos HbA1c del 9% y más, mientras que en los pacientes en unión libre fue menor la cifra de ésta encontrándose en el rubro de

8.1% a 9%. Además pudimos comprobar que entre más tiempo de vivir juntos se observa mayor descontrol glucémico; la misma situación se deja ver en el tiempo de evolución de la enfermedad, donde entre mayor tiempo de evolución de la diabetes mayor es el descontrol glucémico a través de esta medición (HbA1c).

Las comorbilidades repercuten significativamente en el control de la glucemia de estos pacientes. Aquellos pacientes que reportaron no contar con comorbilidades agregadas estaban controlados o muy cerca de controlarse, mientras los pacientes con comorbilidades agregadas se encontraron descontrolados prevaleciendo en primer lugar hipertensión arterial y como segundo lugar la hipertensión asociada a la dislipidemia.

Al abordar la funcionalidad conyugal con la HbA1c podemos decir que: la funcionalidad conyugal no está ligada al buen control glucémico, mientras que la unión disfuncional (moderada-severa) si se relaciona con el descontrol glucémico.}

CONCLUSIONES

En el presente estudio concluimos que de acuerdo a los objetivos trazados encontramos los siguientes resultados:

1.- En la funcionalidad conyugal los pacientes diabéticos con menor edad son aquellos que se encuentran en el rango de controlados de acuerdo a la medición de HbA1c; los pacientes casados son los que cuentan con mayor descontrol glucémico a diferencia de los que declararon vivir en unión libre. Además se observa que entre menos años de vivir juntos tendrán mejor control glucémico. Es importante resaltar que entre menor tiempo de evolución menor el grado de descontrol, al mismo tiempo nos dimos cuenta que los pacientes diabéticos que no contaban con ninguna comorbilidad estaban controlados o tendían a estar mejor controlados en comparación de aquellos que declaran tener alguna o algunas comorbilidades agregadas.

2.- La disfunción moderada prevalece en el grupo que corresponde de 61 a 70 años de edad, con una hbA1c que califica el descontrol glucémico (mayor de 9%), pre dominando los pacientes casados, seguidos de los de unión libre. Dentro de los datos arrojados se dejó ver que el porcentaje más alto de rango de vivir juntos fue de 31 a 40 años de edad, que la evolución de los pacientes en este subgrupo esta entre los 10 años y menos de

evolución. Y que además las comorbilidades más afectadas son hipertensión e hipertensión asociada a la dislipidemia.

3.- En la disfunción severa los grupos de edad más afectados son de 70 años y más, predominando los casados legalmente, en donde en tiempo de vivir juntos y de padecer diabetes se relacionan entre sí, entre más años de vivir juntos y más años de padecer la enfermedad mayor descontrol glucémico, y persisten como concomitantes más afectadas es la hipertensión seguida de la hipertensión asociada a la dislipidemia.

SUGERENCIAS:

- Realizar diagnóstico oportuno y temprano del subsistema conyugal a todos los pacientes diabéticos sin importar edad, tiempo de evolución, tiempo de vivir juntos, solo con el propósito de detectar alguna anomalía que pudiera afectar el control glucémico del paciente.
- Identificar de forma prioritaria a los pacientes diabéticos con antecedentes de problemática conyugal para realizar intervenciones educativas efectivas.
- El Medico Familiar deberá asumir la responsabilidad de aplicar el instrumento de medición de disfunción conyugal de forma oportuna y clara.

Bibliografía:

1. Osuna León M, Avilés Sánchez E. Estructura Familiar y grado de Depresión en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital General Regional y la Unidad de Medicina Familiar 220. Artículo. 2014.
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.117999/63627>
2. de Juan Martínez S, Rodríguez Fernández L. Metodología para el abordaje relacional en terapia de Pareja. 2016; 159, 9.
<http://dspce.umh.es/handle/11000/2978>.
3. Cárdenas R, Saldivia A, López J. Depresión causada por conflictos de Pareja es posible? Universidad de Austral de Chile; 2004.
http://medicina.uach.cl/.../Puerto%20Montt%202004/Depresion_causada_por_conflictos_de
4. Hercy M, Chávez R, Othón M, Macías B. Relación entre Funcionalidad Familiar y comportamiento sexual de riesgo en Adolescentes en el Instituto Materno Perinatal [Doctorado].
Universidad Mayor de San Marcos Facultad de Medicina; 2016.
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4696>.
5. López R, Valenzuela A, Figueroa Hernández R. El Médico Familiar y sus herramientas. Revista Académica 2015; 6(4):294-299.
<http://www.imbiomedic.com.mx/1/1articulos.php?method=showDetail/&id>
6. Foran H, A M, R S. La Relación de Pareja conflictiva DSM-S.2015;54(1):2015.
http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/Hospitalizacion/pdf/DSM-5_TERPAR.pdf
7. Chávez Aguilar V. Disfunciones Familiares del subsistema conyugal y criterios para su evaluación. Revista Médica IMSS 1994; 32(1):39-43.
<http://www.worldcat.org/identities/np-chavez%20aguilar%20victor>

8. Salazar Colín E, Fentanes B B, C I. Disfunción Conyugal y su relación con los motivos de consulta, en pacientes hiperutilizadores. Archivos de Medicina Familiar 2005 ;7(2)
[.http://cnp.org.pe/.../2016/...GUIA-ADA-2016_RESUMEN-CLASIFICACION-Y-DIAGNOSTICO](http://cnp.org.pe/.../2016/...GUIA-ADA-2016_RESUMEN-CLASIFICACION-Y-DIAGNOSTICO)
9. García Funegra P, Pessah S. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2. Ministerio de la Salud Lima Perú 2015; R.M 719(MINSA).
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
10. Resumen Clasificación y Diagnostico de la Diabetes 2016. Guías ADA; 2016.
http://cnp.org.pe/.../2016/...GUIA-ADA-2016_RESUMEN-CLASIFICACION-Y-DIAGNOSTICO
11. Pereira Despaigne C, Palay Despaigne M. Hemoglobina Glucosilada en pacientes con Diabetes Mellitus. Medisan 2015; 19(4):555.
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/vian4/san12194.pdf>
12. Centro de Prensa de la Diabetes 2016. Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
13. Wachter N, Gómez R, Casas Saavedra L. Causas de descontrol en pacientes Diabéticos en la Atención Primaria. Revista de Investigación Clínica 2014; 66(4):369-378.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn141.pdf>
14. Molina I, Acevedo G, Dávila M.R S. Prevalencia de Duelo, Depresión y calidad de vida asociado con enfermedades entre pacientes con Diabetes Mellitus descontrolados y controlados. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgico 2013; 1.
: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333003.pdf>
15. Amezcua Macías A, Rodríguez Weber F, Díaz Greene E. Apego al Tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. Medicina Interna México. 2015; 31:247-280.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim153g.pdf>
16. Calidad de Vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. 2015;17(1)131-148; Luz Marina Bautista Rodríguez ;Gloria Esparza Zambrano

- revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/97
17. Centro de Vigilancia Epidemiológica, Dirección general de Regulación de los Servicios de Salud. Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención primaria para la salud. 1994. : <http://www.salud.go.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

 18. Cifuentes R J, Quintal N. Familia Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabético [Diplomado en Salud Publica]. Salud Familiar; 2005.
http://medicina.uach.cl/.../1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf

 19. Moreno Morales M, Arrieta Pérez R. Impacto de la Disfunción eréctil del subsistema Conyugal del paciente Diabético. Archivos de Medicina Familiar Artículo original. 2008; 10(2):42-46.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082d.pdf>

 20. Nevares Roldan I, Arizmendi Mendoza B. Funcionalidad del Subsistema conyugal y calidad de vida en Mujeres con diagnóstico de Incontinencia Urinaria. Revista IMSS 2013
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14021/396911.pdf?sequence=1>

 21. Arizmendi Mendoza B, Nevarez Roldan I. Funcionalidad del subsistema Conyugal y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria. IMSS 2013; Toluca Edo. De México.
<http://ri.uamex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14021/396911.pdf?sequence=1>

 22. Pavón Mendoza N, Dickinsón Bannack M, González Salinas C. Climaterio como factor de Riesgo en casos de Disfunción Conyugal. IMSS 2014; 21(2):35-38.
[http://biblat.unam.mx>Inicio>Revista>Atencionfamiliar\(Mexico,D.F\)](http://biblat.unam.mx>Inicio>Revista>Atencionfamiliar(Mexico,D.F))

 23. Torres Vela K. Funcionalidad del Subsistema Conyugal en pacientes con síntomas de Andropausia de la UMF 47 de S.L.P. IMSS. 2008
<http://niveve.uaslp.mx/jspui/bitstream/il2209/2/EMF%20T6F8%202009.pdf>

 24. Lendón Yáñez L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana DEBATE. Revista cubana de Salud Pública. 2011; 37(4):488-499.
SciELO.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=s0864-34662011000400

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2017												2018												2019											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Selección del tema y Planteamiento del Problema			■	■																																
Búsqueda de la Bibliografía y Redacción del Protocolo			■	■																																
Registro SIRELCIS, Revisión del Protocolo por parte del comité					■	■	■	■																												
Autorización al CLIES								■	■																											
Solicitud de financiamiento y/o permisos.											■	■																								
Recolección de la información.																■	■	■	■																	
Captura de datos.																	■	■	■	■																

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.11 RASCON, S.L.P

FECHA: _____

SEXO: M____ F____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: CASADO____ UNION LIBRE____

CUANTOS AÑOS LLEVAN VIVIENDO JUNTOS: MENOR A 10 AÑOS____

11 a 20 AÑOS____ 21 a 30 AÑOS____ 31 a 40____ 40 Y MAS____

TIEMPO DE EVOLUCION: menor a 5 años__ 6 a 10__ 11 a 15__ 16 a 20__ mayor a 20____

ULTIMAS CIFRAS DE GLUCOSA: _____; _____; _____ CIFRA

DE HB GLUCOSILADA (ULTIMOS 3 MESES): _____ ¿TIENE

OTRAS ENFERMEDADES? :

HAS____ DISLIPIDEMIAS____ ENFERMEDAD MENTAL____

ALTERACIONES DE LA TIROIDES_____

OTRAS: SI____ NO____ CUALES_____

ANEXOS:

Instrumento:

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I COMUNICACION			
a) se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES			
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 entra la pareja	0	2.5	5
III SATISFACCION SEXUAL			
a) es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) es satisfactoria la calidad de la actividad	0	5	10
IV AFECTO			
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 interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V TOMA DE DECISIONES			
a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

00-40 = pareja severamente disfuncional

41-70 = pareja con disfunción moderada

71-100 = pareja funcional.

Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Disfunción conyugal y descontrol glucémico en diabéticos
Patrocinador externo (si aplica): Elvira Olivares Villagómez
Lugar y fecha: Rascón S.L.P 2017 Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: Conocer qué tanto afecta a la funcionalidad familiar el descontrol glucémico en los pacientes diabéticos tipo 2.
Procedimientos: Tipo encuesta
Posibles riesgos y molestias: Ninguna ya que sólo se les aplicará una encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: relación existe, nos permitirá crear estrategias tendientes a orientar las parejas y matrimonios de diabéticos, y buscar para ellos una mejor relación de pareja, y con ello una mejor funcionalidad conyugal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se les informará en qué consiste, el estudio, y a menos que lo solicite el paciente se le darán resultados, estos se manejarán en base a los principios de confidencialidad. Privacidad.
Participación o retiro:
Privacidad y confidencialidad: CONFIABLE AL 100%
En caso de colección de material biológico (si aplica):
No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. Disponibilidad de en derechohabientes (si aplica):
No se les está prometiendo por el momento, ningún tipo tipo de tratamiento. Beneficios a término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: DRA. ELVIRA OLIVARES VILLAGOMEZ
Colaboradores:
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio
Clave: 2810-009-013