

11226
3/A
20126



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ROL DEL PACIENTE DIABETICO Y SUS IMPLICACIONES EN EL NUCLEO FAMILIAR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

EL DR. GUSTAVO NUÑEZ RAZO



A S E S O R E

DR. FULVIO R. MENA C.

Jefe de Enseñanza e Invest.
de la U.N.A.M. COL.

TESIS COL.
FALLA DE ORIGEN

DR. ROOLFO GOMEZ P.

Prof. Adjunto de la Residencia
Medicina Familiar



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.

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Identificación del problema.	2
Antecedentes científicos	3
Objetivos.	16
Hipótesis.	17
Límites.	18
Diseño de la investigación	19
Material y métodos	20
Resultados	22
Contrastación de hipótesis	56
Conclusiones	64
Observaciones.	66
Sugerencias.	67
Bibliografía	68

INTRODUCCION.

La familia como "compleja unidad social" es tá formada por individuos cuyas características no son del todo similares. Estos, al interrelacionarse conforman un grupo que a su vez actúa como sistema. Dentro de este sistema, se requiere que los integrantes cumplan con ciertos roles funcionales, a través de un proceso de ajuste y adaptación mutua.

En algunas familias, los elementos que las integran sufren de algún daño orgánico y/o psicológico, que de alguna forma con su conducta alteran el desarrollo armónico familiar. Una de las enfermedades más comunes en nuestro medio es la Diabetes Mellitus, que aunque a pesar de que se le han estudiado infinidad de factores, no lo ha sido del todo sus implicaciones dentro de la familia.

Tomando en cuenta que el conocimiento de la enfermedad, tanto por el que la padece como por sus familiares, mejoraría sus roles funcionales. El presente estudio permite observar: que en realidad el no conocer la enfermedad altera el rol del paciente dentro de su familia, tanto el diabético, y aún más el diabético con Hipertensión Arterial.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

En la U.M.F. No. 33 del I.M.S.S., la Diabetes Mellitus ocupa actualmente el 8° lugar en cuanto a morbilidad se refiere y se encuentra dentro de las 10 principales causas de consulta, además, de acuerdo a cifras estadísticas de los registros de la unidad, se acompaña de Hipertensión Arterial en un considerable porcentaje.

Tomando en cuenta que este padecimiento con lleva a un proceso limitante (psicológico y funcional), condiciona a la alteración de las funciones familiares básicas, secundariamente al desempeño inadecuado del rol familiar por parte del paciente.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Tomando en cuenta el objetivo de la Jefatura de Servicios de Medicina Familiar: "Actualizar, adecuar y elaborar las normas que sean necesarias - a fin de que las actividades realizadas en medicina familiar disminuyan el nivel de los factores de riesgo y la importancia de los daños en la población derechohabiente" (1).

A partir de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio (2).

El objetivo que se persigue al estudiar a la familia es de alcanzar una comprensión integral de los aspectos saludables y los patológicos, tanto del propio paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar.(3)

Uno de los padecimientos más comunes en nuestro medio, y de trascendencia mundial es la Diabetes Mellitus, cuya prevalencia varía tan ampliamente, desde 0.03% hasta un 44% (4). En México, en la delegación No. 1 del Valle de México del I.M.S.S., ocupa el 4° lugar de motivo de consulta, lo que permite observar la magnitud del problema.(5)

La Diabetes Mellitus clínica es considerada un síndrome con metabolismo alterado, hiperglucemia debida a insuficiencia absoluta de la secreción de insulina o a la reducción de su eficacia biológica, o ambas (6).

O bien que la Diabetes Mellitus es un grupo de entidades clínica y genéticamente heterogéneas - que tienen en común la intolerancia a la glucosa. -

Los factores por lo que es considerada esta enfermedad con una evidencia heterogénea es en base a lo siguiente observado:

- a) Hay más de 30 entidades donde se ha observado intolerancia a la glucosa.
- b) La relación entre la prevalencia y presentaciones clínicas, y la variación en los grupos étnicos.
- c) Heterogeneidad genética en modelos animales diabéticos.
- d) Variaciones clínicas en cuanto a complexión física del paciente, propensión a la cetosis, diabetes insulino dependiente y obesidad, diabetes insulino resistente, etc.
- e) El hecho demostrado de que la diabetes moderada en gente joven (heredada por un factor autotómico dominante), es distinta del clásico inicio brusco de la Diabetes Juvenil.

Estas observaciones motivaron para dividir a la Diabetes Mellitus en tres tipos distintos, en donde en cada uno de estos tipos se han identificado varios subtipos:

Diabetes Mellitus Insulino dependiente o TIPO I.

Se caracteriza por aparición súbita de síntomas insulino penia, y dependencia a la insulina exógena inyectada para mantener la vida y evitar la cetosis. Puede aparecer por primera vez a cualquier edad.

Los determinantes genéticos son al parecer importantes en la mayoría de los pacientes, como se ve por la asociación de ciertos antígenos de histocompatibilidad en el cromosoma 6. Aunque existen otros factores coadyuvantes como: respuestas inmunes anormales y fenómenos de autoinmunidad; frecuentemente están presentes anticuerpos antiisletos en pacientes con este tipo de diabetes.

Diabetes Mellitus NO Insulinodependientes o TIPO II

Su inicio puede ser asintomático o bien - con síntomas mínimos, estos pacientes no dependen de la insulina para prevenir la cetonuria y no están propensos a la cetosis, aunque pueden requerirla para corregir la hiperglucemia en ayunas sintomática o persistente, si es que ésta no cede con dieta o hipoglucemiantes. Algunos pacientes pueden desarrollar cetosis en circunstancias como stress severo, o precipitada por infecciones o traumatismos.

La enfermedad puede estar asintomática por años o décadas y mostrar sólo progresión moderada.

En la mayoría de los pacientes el inicio es después de los 40 años, pero también se presenta en gente joven, por lo que se considera que el término "diabetes del adulto" debe desecharse. La diabetes no insulinodependiente también tiene bases genéticas, que al parecer son más fuertes que la insulinodependiente, ya que aparece más como un patrón familiar. Se ha establecido la predisposición por un factor autosómico dominante. También influye el medio ambiente: la ingesta excesiva de calorías, ganancia de peso y obesidad son factores importantes en la patogénesis, al igual que cambios variables en el peso.

En este tipo de diabetes no se han encontrado pacientes con anticuerpos antiisletos ni el antígeno de histocompatibilidad (HLA). (7).

Diferencias entre las Diabetes de los tipos I y II.

- Diabetes del Tipo I.

Además de las características citadas, esta variedad tiene una clara asociación con los antígenos HLA, B8/DW3 y B15/DWA. Los individuos con algunos de estos antígenos son más susceptibles a padecer la enfermedad, si bien se requiere participa-

ción de factores ambientales como infección por virus de la encefalomiocarditis, de la parotiditis y Cocksackie B 4. Además hay medicamentos y otros factores no bien identificados que pueden desencadenar la enfermedad. Por otra parte, esta forma de diabetes se inicia con frecuencia en otoño e invierno, - lo que apoya aún más a los factores ambientales como agentes precipitantes de la enfermedad.

Diabetes del tipo II.

Este tipo de diabetes no tiene ninguna de las alteraciones que se señalaron en la diabetes tipo I. Lo característico de esta variedad es la resistencia a la acción de la insulina y por ello los niveles séricos de las hormonas se encuentran generalmente elevados. Esta resistencia a la insulina puede deberse a producción de insulina anormal, presencia de antagonistas de insulina o alteraciones de la hormona. Se han descrito cerca de 30 situaciones clínicas capaces de ocasionar resistencia insulínica. De éstas, la más importante por su asociación con diabetes tipo II es la obesidad; sin embargo, aún en los sujetos no obesos se presenta resistencia insulínica en este tipo de diabetes. La resistencia a la insulina tiende a corregirse con reducción de peso, medidas dietéticas y sulfonilureas de segunda generación. (16).

Fisiopatogénia de la Diabetes Mellitus.

En el inicio del proceso está involucrada la disminución cuantitativa o cualitativa de la insulina, asociada a un factor de sobrecarga como infección, obesidad o stress, y por lo común en un terreno propicio desde el punto de vista genético. Esto ocasiona varios cambios dentro del metabolismo intermedio: la falta de acción de la insulina, provoca en el hepatocito una degradación del glucógeno (glucogenolisis) por medio de hormonas denominadas antiinsulínicas, tales como: catecolaminas (particularmente adrenalina), glucagon, y en forma menos

cortisol, lo que ocasiona aumento en los niveles de la glucosa plasmática.

No sólo se detiene la lipogénesis sino se inicia mayor degradación de triglicéridos, expensas de cortisol, ACTH, glucagon, adrenalina, hormonas tiroideas y hormonas del crecimiento. Este proceso de lipólisis, ocasiona un aumento de glicerol y ácidos grasos. Los ácidos grasos provenientes de los triglicéridos pasan al hígado, donde, entre otras sustancias, se forman cuerpos cetónicos a partir de la cetogénesis hepática. Estos cuerpos cetónicos y en particular el beta-hidroxibutirato se incrementan paulatinamente en la sangre, siendo ácidos fuertes que agotan la reserva alcalina y favorecen el descenso del pH de la sangre.

En el músculo se lleva a cabo la proteólisis lo que aumenta de manera importante los aminoácidos particularmente los del grupo gluconeogénico, los cuales incrementan más los niveles de glucosa plasmática.

Los cambios en el metabolismo intermedio ocasionados por la alteración cuantitativa o cualitativa de la insulina, aunados muy probablemente a modificaciones genéticas en el terreno vascular propician las manifestaciones tardías conocidas como neuropatía, retinopatía y nefropatía diabéticas, cambios todos ellos de la etapa final de la enfermedad.

Historia Natural de la Enfermedad.

Se inicia con una etapa denominada intolerancia a los carbohidratos, anteriormente conocida como diabetes química, diabetes asintomática o diabetes latente. Sin embargo, y casi siempre secundario a un fenómeno de sobrecarga, la reserva pancreática se hace insuficiente por lo que aumenta la glucosa plasmática a tal punto que alcanza a rebasar el umbral renal, eliminándose esta orina y como consecuencia diuresis osmótica, o sea poliuria,

con la consiguiente pérdida de agua y electrolitos, siendo ésto un estímulo del mecanismo de la sed, manifestándose como polidipsia. Tomando en cuenta la poca utilización de la glucosa, además de los cambios metabólicos en grasas y proteínas, el organismo tiende a recuperar dicha pérdida por medio del estímulo -el apetito, lo que trae consigo la polifagia, sin embargo continúa el mismo defecto en la utilización de los nutrientes, lo que repercute en el paciente en pérdida de peso. En este momento se inicia la diabetes mellitus manifiesta, también llamada diabetes sintomática o diabetes clínica en fase temprana.

Al paso del tiempo, estos cambios osmóticos ocasionados por las modificaciones en los niveles de glucosa, aunados a un terreno propicio como es la carga hereditaria, junto con los factores ambientales, conducen a modificaciones vasculares, particularmente en la microcirculación con la consiguiente aparición de la fase tardía de la enfermedad, caracterizada por retinopatía y nefropatía, cada una de ellas con un cuadro peculiar.

Métodos de diagnóstico.

a) Es importante establecerlo desde las etapas preclínicas para poder llevar a cabo una conducta preventiva en base a orientación y adiestramiento adecuado, con el fin de retardar la aparición del cuadro clínico y más aún de las manifestaciones tardías del padecimiento.

b) Cuadro Clínico clásico: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, con o sin repercusión en retina, nervios y/o riñón.

c) Exámenes paraclínicos destinados a confirmar intolerancia a los carbohidratos:
 - Glucemia en ayuno.- Donde deben tomarse algunos aspectos como una sola determinación no es de valor diagnóstico, el estado emocional del sujeto en el momento de la toma de la muestra, la técnica

ca empleada y el sitio de obtención de la muestra. Los más utilizados son el de autoanalizador o - - (Hoffman) o bien ortulidina, cuya fluctuación normal es de 60 a 100 mgs/100 ml.

- Curva de tolerancia a la glucosa.- Es el método - que más se utiliza para realizar el diagnóstico - de intolerancia a los carbohidratos, sin embargo, se ha podido establecer que no siempre es el mejor y además no ofrece un 100% de confiabilidad.

Su indicación formal es la de establecer el diagnóstico preciso en la fase subclínica de la enfermedad.

- Glucemia postprandial.- Se utiliza en los casos - que se sospecha diabetes mellitus, o bien una intolerancia a los carbohidratos. El tiempo de la - determinación postprandial varía de acuerdo a diferentes autores, puede ser a los 60, 90 o 120 minutos.
- Valoración de glucosa en orina.- La presencia de glucosa en orina da la pauta a inferir un aumento en las cifras de glucosa en sangre por arriba del umbral renal, aunque deben tomarse en cuenta las posibilidades de falsas positivas o negativas, como sería el caso de daño renal, interferencia con medicamentos o falla en la técnica.
- Prueba de reserva pancreática.- Sirve para valorar y elegir adecuadamente el tratamiento, cuales son candidatos a hipoglucemiantes orales y cuales a insulina. Esta elección dependerá del grado de función endócrina pancreática o sea de la reserva por parte de las células beta para sintetizar insulina en respuesta a los diferentes estímulos endógenos.

Para efectuar la prueba es necesario que el paciente tenga funciones digestivas, hemáticas y renal adecuadas.

Medidas terapéuticas.

- a) Ejercicio.- En base a estudios realizados se ha demostrado que la actividad física produce un aumento en la absorción de la insulina proce-

dente de los depósitos subcutáneos, lo que da como resultado un incremento en los niveles de insulina circulante, la cual produce una disminución en la producción hepática de glucosa y un aumento de su metabolismo por los tejidos insulino-dependientes. Sin embargo, es necesario recordar ciertas condiciones antes de indicarlo:

- El paciente debe estar controlado.
- El tipo de ejercicio es individualizado.
- La valoración cardiovascular debe considerarlo -- apto.
- No debe presentar datos de neuropatía periférica.
- Debe estar instruido sobre cuadros de hipoglucemia y la forma de corregirlos.
- Se le debe proporcionar asesoramiento constante por parte del médico y ajuste adecuado del control metabólico.

b) Tratamiento dietético.- El requerimiento nutritivo del diabético es semejante al de una persona sana, lo que sí es necesario, es que el paciente debe estar consciente de que el horario de ingesta de la alimentación debe ser constante, así como el número de calorías ingeridas, sobre todo en el paciente insulino-dependiente, con lo cual se evitan problemas de hipoglucemia o hiperglucemia.

- Calorías.- Deben ser de acuerdo con la edad, la actividad física y el peso ideal del paciente.
- Distribución de las calorías.- Dependen del tipo de paciente, y de la manera como está siendo controlado, ya sea con dieta exclusivamente, o si se combina con hipoglucemiantes orales o con la insulina.
- Intercambio o equivalentes de los alimentos.- En toda prescripción dietética el paciente debe conocer el equivalente de los seis alimentos básicos con la finalidad de que en un plazo que considere conveniente efectúe la elaboración de menús agradables y evitar la monotonía.

c) Tratamiento medicamentoso.

- Hipoglucemiantes orales:

- A.- Sulfonilureas.- Su mecanismo de acción es la degranulación e hiperplasia de las células beta, lo que induce liberación de insulina. Está indicada en pacientes diabéticos tipo II, con adecuada reserva pancreática.
- B.- Biguanidas.- Incrementa la captación periférica de la glucosa, disminuyendo su absorción a nivel intestinal y frenan la gluconeogénesis hepática, además, estimula la fibrinólisis. - Está indicado su uso en pacientes diabéticos tipo II, obesos, o con tendencia a subir de peso.
- C.- Insulina.- Sus indicaciones son las siguientes:
- Diabético tipo I.
 - Cetoacidosis diabética.
 - Descontrol fundamental por proceso infeccioso.
 - En diabéticas embarazadas.
 - En pacientes diabéticos que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
 - Alguna endocrinopatía que des controle el padecimiento.

Protocolo de Estudio del paciente diabético:

Para conocer la evolución de los pacientes en el servicio de Endocrinología del Hospital General de México de la S.S.A. se lleva a cabo el siguiente protocolo de estudio (17).

- Historia clínica.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- Examen general de orina.
- Albuminuria de 24 horas.
- Urocultivo
- Electroforesis de lipoproteínas.
- Filtrado glomerular.
- Electrolitos en suero.
- Electrocardiograma.
- Valoración oftalmológica.
- Estudio radiológico comparativo de pies.

De las complicaciones de la diabetes, o patología que cursan en forma concomitante, destaca por su importancia, sobre todo en la fase crónica del padecimiento: la nefropatía diabética, alteración que afecta la estructura y funcionamiento del riñón, y donde se ve asociada entre otros síndromes clínicos con la Hipertensión arterial aunque bien ésta puede ser puramente esencial (8).

La Hipertensión arterial, también constituye una entidad clínica de vital importancia, y se caracteriza por ser un padecimiento orgánico generalizados, donde el signo clínico de la elevación de las cifras tensionales diastólicas, es lo que marca la pauta para su diagnóstico y clasificación. Es de tal magnitud el problema de salud pública que en los Estados Unidos entre 15 y 20 por ciento de la población adulta, lo sufre (40 millones de personas). Las tasas de mortalidad por hipertensión arterial generalizada no revelan en nuestro medio la importancia del problema; en realidad, las cifras dadas, puede decirse, tienden a subestimarla. Si se toma en cuenta a la Hipertensión en la unidad de urgencias, ella se presenta en el 15 por ciento de los pacientes cardiovasculares; pero si se toma como uno de los procesos patológicos cardiovasculares descubiertos en el estudio clínico de los pacientes, la proporción sube a 17 por ciento. Esto significa que en 4 a 5 por ciento de los casos de hipertensión arterial, no se consideró como el problema cardiovascular principal a atenderse. (9).

Los criterios establecidos por la mayoría de los autores para definir a la hipertensión arterial se utilizan los siguientes parámetros: elevación persistente de la presión diastólica por arriba de 100 mm Hg. en personas de 60 años y por arriba de 90 mm/Hg en menores de 50 años (6), (8) y (9). La OMS sitúa los límites de la presión arterial normal en 160/95 mm Hg (6) y (10). El Dr. Langford en un estudio presentado, considera que es conveniente proporcionar terapia antihipertensiva aún en los ca

sos de hipertensión arterial benigna, para lo cual consideró la presión de corte, el valor convencional de 90 mm Hg, en pacientes entre los 30 y 69 años de edad (11) y (12).

Tomando en cuenta la multiplicidad de factores y alteraciones que se suceden en los pacientes con Diabetes Mellitus con o sin Hipertensión Arterial, el encontrarse dentro de un sistema familiar y tener que cumplir con un rol funcional familiar - representa un factor de stress, que modificará en todo caso su participación dentro de las situaciones familiares. (13), (14).

FAMILIA.

La familia representa ser la unidad base de la sociedad, se encuentra integrada por un grupo de individuos unidos entre sí por lazos de matrimonio, adopción, consanguinidad o de cualquier otro tipo, y que viven bajo un mismo techo.

Funciones de la familia.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llevar las funciones familiares básicas que la sociedad espera de ellas (13).

La familia es un tipo especial de grupo pequeño, uno que tiene potencialidades inherentes debido a factores comunes heredados o de desarrollo, nexos de afecto y expectativas sociales que debe manejar en ciertas formas. El ser miembro de una familia implica una participación durante toda la vida, sin posibilidades de desligarse totalmente de ella; uno nunca puede negar totalmente a su padre, hermanos o hijos. (15).

Funciones esenciales de la familia: (13).

- 1.- Socialización: la tarea primordial de -

la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa de lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartida por los profesores, padres, clubes, etc.

2.- Cuidado: significa que dentro de la vida familiar se debe resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc.

3.- Afecto: en cuanto a la institución familiar se refiere a proporcionar: ánimo, amor y cariño.

4.- Reproducción: históricamente el matrimonio nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad:

- el ambiente sexual.
- la reproducción.

5.- Status y nivel socioeconómico: esto corresponde dentro del concepto dinámico de familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, a conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, es decir, equivale a transferirle derechos y tradiciones.

Papel de cada miembro de la familia.

El esquema presentado por vez primera por Epstein y col. hace 15 años, es sumamente valioso para comprender la función familiar y lo siguiente se basa en gran parte en dicho modelo:

- El papel tradicional de la esposa y madre fue con

siderado hasta hace poco como principalmente expresivo o afectivo; incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y el representar conductas "femeninas" ante los hijos.

- El papel del padre y esposo fue tradicionalmente más instrumental, comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes, como las de tipo económico, la autoridad superior, la actividad sexual, cierto grado de cuidado de los hijos y el servir de modelo de conducta "masculina".
- El papel de los hijos se ha considerado con frecuencia como de tipo pasivo, pero se está transformando cada vez más en activo. El hijo recibe la atención general de los padres y hermanos, aprende y practica muchos nuevos conocimientos, y es una fuente importante de educación para los padres en virtud de transmitirles cosas aprendidas en la escuela.

Recientemente se ha apreciado en la cultura occidental cambios en los papeles esperados, como mayor participación mutua en las tareas previamente asignadas, ya sea a la madre o al padre. La clase social parece tener efectos importantes sobre el grado hasta el cual se han entremezclado los papeles: las clases socioeconómicas inferiores se apegan más a las expectativas antiguas y tradicionales. (15).

Retomando el tema del diabético, no importa lo bien que la familia funcione, ya que habrá ocasiones en su evolución en que tendrá que enfrentarse a amenazas contra su integridad, desarrollo o incluso su sobrevivencia.

O B J E T I V O S

GENERAL:

En base a que la Diabetes Mellitus ocupa el 9° lugar en la demanda de atención médica en esta - unidad U.M.F. No. 33 del I.M.S.S. de la cual un alto porcentaje se acompaña de Hipertensión arterial, y que en las familias de estos pacientes se encuentran alteradas las funciones familiares básicas, es necesario identificar y analizar cuáles son las condicionantes que intervienen en la aparición de estas alteraciones, con la finalidad de encontrar posibles alternativas de solución.

ESPECIFICOS:

- Identificar que conocimientos tiene el paciente y su familia en relación a la Diabetes Mellitus y la repercusión en el desempeño de su rol.

- Identificar que tipo de repercusiones laborales, familiares e individuales condiciona este padecimiento.

- Comparar en las familias estudiadas las alteraciones presente, tanto de las funciones familiares básicas, como del rol familiar, cuando se acompaña la Diabetes Mellitus de Hipertensión arterial, y cuando se presenta sola.

H I P O T E S I S

- Ho No. 1: El desconocimiento de la Diabetes Mellitus, tanto por el paciente, como por su familia, NO influye en el desempeño del rol por parte del paciente.
- Hl No. 1: El conocimiento de la Diabetes Mellitus por el paciente y su familia, influye en el desempeño del rol por parte del paciente.
- Ho No. 2: En los pacientes diabéticos no existe repercusión laboral, familiar, ni psicológica debida directamente a esta entidad nosológica.
- Hl No. 2: Los pacientes diabéticos tienen repercusiones laborales, familiares y psicológicas debidas a su padecimiento.
- Ho No. 3: No existen diferencias en el desempeño de su rol, ni en el cumplimiento de las funciones familiares, de los pacientes diabéticos que cursan con hipertensión arterial agregada, que en aquellos que no la presentan.
- Hl No. 3: Existen marcadas diferencias en el desempeño del rol y las funciones familiares de los pacientes diabéticos que cursan con Hipertensión arterial, en contraste con aquellos que no la presentan.

L I M I T E S

1.- Geográficos:

Area de cobertura de la U.M.F. No. 33,-
"El Rosario", del I.M.S.S., Delegación
No. 1 del Valle de México.

2.- Universo de trabajo:

Población de diabéticos y diabéticos --
hipertensos, derechohabientes adscritos
a la U.M.F. No. 33 del I.M.S.S.

3.- Tiempo.

Se realizó del 1° de marzo al 20 de di-
ciembre de 1984.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

- 1.- Selección del tema de estudio: 1° al 10 de marzo de 1984.
- 2.- Elaboración del marco teórico: 1° de marzo al 1° de abril de 1984.
- 3.- Presentación del tema a investigar a las autoridades de la U.M.F. No. 33: 2 de abril de 1984.
- 4.- Presentación del Protocolo de investigación: 30 de mayo de 1984.
- 5.- Desarrollo de la Investigación:
 - A).- Selección de la Muestra: 2 al 17 de abril de 1984.
 - B).- Elaboración de las encuestas: 17 al 30 de abril de 1984.
 - C).- Aplicación de las encuestas: 5 de mayo al 31 de agosto de 1984.
 - D).- Recolección de datos: 1° de agosto al 31 de agosto de 1984.
 - E).- Obtención de los resultados: 1° al 30 de septiembre de 1984.
 - F).- Análisis de los resultados: 1° al 31 de octubre de 1984.
 - G).- Conclusiones: 1° al 15 de noviembre de 1984.
 - H).- Sugerencias: 16 al 19 de noviembre de 1984.
- 6.- Presentación del trabajo a revisión para correcciones del 20 al 30 de noviembre de 1984.
- 7.- Edición de la tesis: 1° al 10 de diciembre de 1984.
- 8.- Entrega de tesis a las autoridades de la U.M.F. 33, el 20 de diciembre de 1984.

MATERIAL Y METODOS.

I.- MATERIAL

a) Recursos Humanos.

- 1.- Médico Residente de 2° año de la especialidad de medicina familiar.
- 2.- Médicos asesores.
- 3.- Dibujante técnico.

b) Recursos físicos.

- 1.- Expedientes clínicos.
- 2.- Cédulas de encuesta.
- 3.- Máquina de escribir.
- 4.- Mimeógrafo.
- 5.- Hojas de papel para máquina.
- 6.- Stenciles.
- 7.- Fotocopias.
- 8.- Formatos de captación de datos.

c) Recursos económicos.

Lo necesario para la elaboración de la investigación.

II.- METODO.

Se localizaron 30 pacientes diabéticos que cuando menos tuvieran 6 meses de evolución de su padecimiento (esto se realizó al azar), los cuales correspondieran al área de cobertura de la U.M.F. No. 33, a los que se les aplicó la encuesta previamente elaborada, para obtener los datos necesarios del estudio. Se les solicitó su dirección para una entrevista posterior con sus cónyuges e hijos correspondientes, a los que también se les aplicó la parte correspondiente de la encuesta. Al completar las 30 encuestas (no se realizaron más por haberse prolongado el tiempo debido a la aplicación de las anteriores), se procedió a la recopilación de los datos, para después elaborar tablas y gráficas representativas de lo obtenido. Posteriormente se llevó a cabo la contrastación de la hipótesis y el análisis de los resultados para determinar las conclusiones y las sugerencias, llegando con esto al término del estudio.

Por último, se procedió a la redacción del mismo para posteriormente a la revisión, se llevara a cabo su impresión.

R E S U L T A D O S

Se investigaron a un total de 30 pacientes, así como a sus respectivos cónyuges y alguno de sus hijos. Realizando en ellos la aplicación de la encuesta de estudio que les correspondía.

La finalidad fundamental: conocer si tenían o no conocimiento de la Diabetes Mellitus cada uno de ellos, y ver cual era la situación en el cumplimiento del rol familiar, las funciones familiares y si tenían repercusiones laborales los diabéticos, - en base a ese conocimiento.

Además de establecer la diferencia en cuanto al cumplimiento del rol y las funciones familiares, por parte de los pacientes diabéticos hipertensos, en comparación con los diabéticos sin hipertensión arterial.

GRUPOS DE EDAD (Gráfica 1).

25 - 29 años	=	1	3.33 %
30 - 34 años	=	0	0.00 %
35 - 39 años	=	0	0.00 %
40 - 44 años	=	2	6.67 %
45 - 49 años	=	2	6.67 %
50 - 54 años	=	8	26.67 %
55 - 59 años	=	9	30.00 %
60 - 64 años	=	4	13.33 %
65 - 69 años	=	1	3.33 %
70 - 74 años	=	0	0.00 %
75 - 79 años	=	1	3.33 %
80 - 84 años	=	1	3.33 %
85 - 89 años	=	1	3.33 %
		<u>30</u>	<u>100.00 %</u>

- Media : 55.8 - Mediana: 55.0

- Moda: 54.0 - Rango: 57.5

- Desviación estándar: 10.2

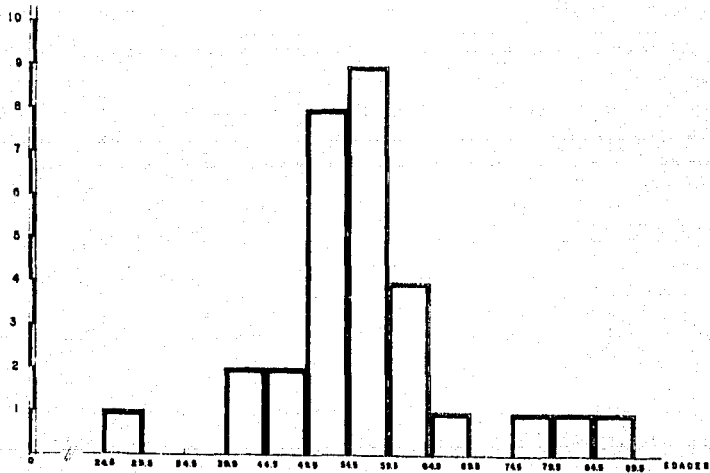
Se observó que más del 50% de los entrevistados (diabéticos) se encontraban entre las edades de 50 a 60 años de edad, lo que permite suponer que este padecimiento (Diabetes tipo II) permite al enfermo llegar al promedio de vida actual, aún cuando los diabéticos a esta edad presentan ya, un gran número de complicaciones propias de la evolución de la enfermedad.

GRUPO DE EDADES
(DIABETICOS ESTUDIADOS)

GRAFICA I

U. M. F. 33
1984

NUMERO DE
DIABETICOS



FUENTE:
INVESTIGACION PERSONAL

S E X O (Gráfica 2).

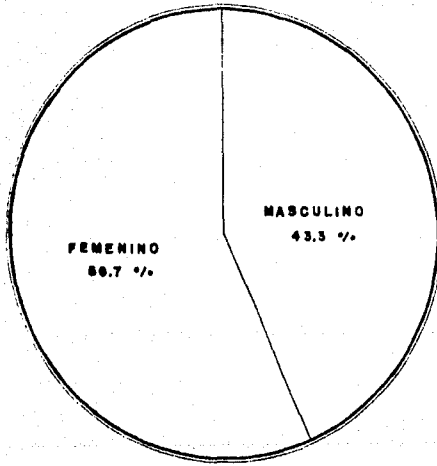
Masculino	-	13	=	43.3 %
Femenino	-	17	=	56.7 %
		<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

Se encontró mayor porcentaje de mujeres que de hombres, lo que permite suponer varias cosas: -- que es mayor el número de diabéticos femeninos, o -- bien que tienen más posibilidades de acudir a la -- consulta para el control de su enfermedad. Esto debido a que la mayoría son amas de casa, y que los -- hombres por dedicarse a sus labores cotidianas tienen menos oportunidades de hacerlo, a menos que ya estén jubilados o estén pensionados.

GRAFICA 2

S E X O

U.M.F. 33
1984



FUENTE:
INVESTIGACION PERSONAL

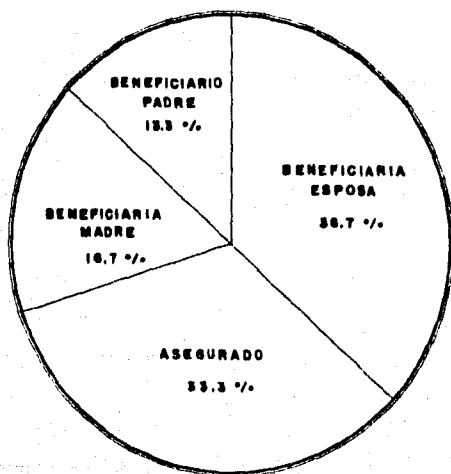
CALIDAD DE DERECHOHABIENTE (Gráfica 3).

Asegurado	10	=	33.3 %
Esposa	11	=	36.7 %
Beneficiario padre	4	=	13.3 %
Beneficiario madre	5	=	16.7 %
	<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

Sólo una tercera parte de los entrevistados se encontró eran asegurados, probablemente por falta en la disponibilidad del tiempo para acudir a la consulta no propiamente porque sean los menos afectados, ni tampoco como la encuesta lo refleja, las esposas son las que están más susceptibles a padecer esta enfermedad.

ESTADO CIVIL.

Casado (a)	30	=	100.00%
------------	----	---	---------

CALIDAD DE DERECHABIENTE**U.M.F. 33**
1984

FUENTE:

INVESTIGACION PERSONAL

OCUPACION (Gráfica 4).

Obrero	3	=	10.0 %
Empleado	4	-	13.3 %
Hogar	16	=	53.4 %
P/su cuenta	6	=	20.0 %
Ninguna	<u>1</u>	=	<u>3.3 %</u>
	30		100.0 %

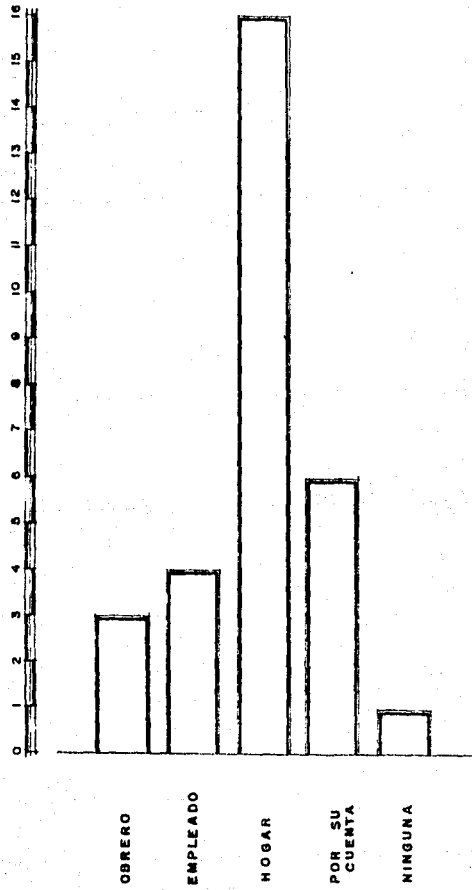
Esto relacionado con el sexo y la calidad - del derechohabiente, permite confirmar que las mujeres son las que mayor oportunidad tienen para acudir a la consulta para control de su enfermedad, y en especial a las que se dedican a los quehaceres - del hogar.

Por esto sería conveniente aumentar el número de pláticas que se llevan a cabo en las fábricas sobre la enfermedad, o bien que los trabajadores tuvieran tiempo cuando menos una vez al mes para acudir con su médico familiar a consulta para el control de su enfermedad.

OCUPACION

U.M.F. 33
1984

GRAFICA 4



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

ESCOLARIDAD (Gráfica 5).

Sin estudio	10	=	33.3 %
1° primaria	3	=	10.0 %
2° primaria	4	=	13.3 %
3° primaria	3	=	10.0 %
4° primaria	2	=	6.7 %
5° primaria	2	=	6.7 %
6° primaria	3	=	10.0 %
3° secundaria	2	=	6.7 %
3° preparatoria	1	=	3.3 %
	<u>30</u>		<u>100.00%</u>

Como se puede apreciar en lo antes mencionado, el 90% de los diabéticos encuestados van: de no tener estudios (33.3%), hasta 6° de primaria; esto puede deberse a dos aspectos fundamentales:

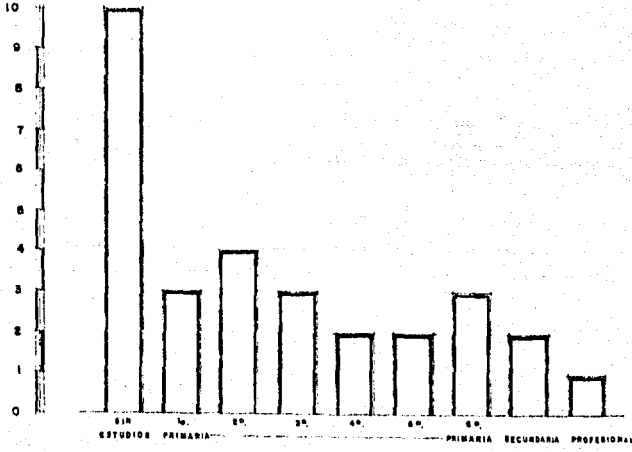
a) Que la Diabetes Mellitus afecte primordialmente a los individuos de menor nivel cultural, o bien:

b) Que la zona donde se encuentra la UMF 33 presenta un mayor promedio de derechohabientes con escasos recursos, y por ende con bajo nivel cultural.

ESCOLARIDAD

GRAFICA 4

U.M.F. 33
1984



FUENTE :
INVESTIGACION PERSONAL

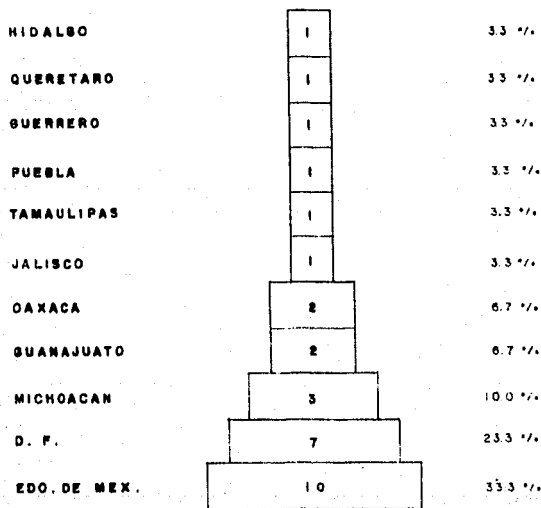
LUGAR DE ORIGEN (Gráfica 6).

Estado de México	10	=	33.3 %
Distrito Federal	7	=	23.3 %
Estado de Michoacán	3	=	10.0 %
Estado de Guanajuato	2	=	6.7 %
Estado de Oaxaca	2	=	6.7 %
Estado de Jalisco	1	=	3.3 %
Estado de Tamaulipas	1	=	3.3 %
Estado de Puebla	1	=	3.3 %
Estado de Guerrero	1	=	3.3 %
Estado de Querétaro	1	=	3.3 %
Estado de Hidalgo	1	=	3.3 %
	<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

El 56.7 se encontró eran originarios de la zona metropolitana, aunque esto no extraña, ya que la encuesta se llevó a cabo en una unidad de la zona metropolitana. Y aunque casi la otra mitad era de provincia, esto más bien habla de la gran afluencia de individuos de la provincia, a esta ciudad de México.

== LUGAR DE ORIGEN ==

U.M.F. 33
1984



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

DEPENDIENTES ECONOMICOS

Media de	:	1.33
Mediana de	:	3.0
Moda de	:	3.0
Rango de	:	2.5

Desviación estándar de: 1.52

Se encontraron en número de 0 a 5.

NUMERO DE FAMILIARES
QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO.

Media de	:	5.5
Mediana de	:	5.5
Moda de	:	7.0
Rango de	:	5.5

Desviación estándar de: 0.8

Se encontraron en número de 1 a 10.

ALCOHOLISMO (gráfica 7)

ALCOHOLICOS - 8	=	26.7 %
Hombres - 6	=	20.00%
Mujeres - 2	=	<u>6.7 %</u>
8		26.7 %

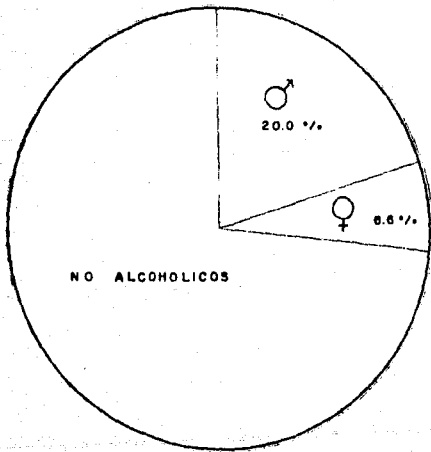
TABAQUISMO (gráfica 8).

FUMADORES - 9	=	30.0 %
Hombres - 5	=	36.7 %
Mujeres - 4	=	<u>13.3 %</u>
9		30.0 %

Aunque no se estudió la relación guardada entre el tabaquismo y el alcoholismo con las alteraciones producidas por la diabetes, se observó que casi una tercera parte de los entrevistados son alcohólicos o fumadores, según el caso, lo que condiciona mayor susceptibilidad a adquirir complicaciones.

ALCOHOLISMO
EN LOS DIABETICOS ESTUDIADOS

U.M.F. 33
1984

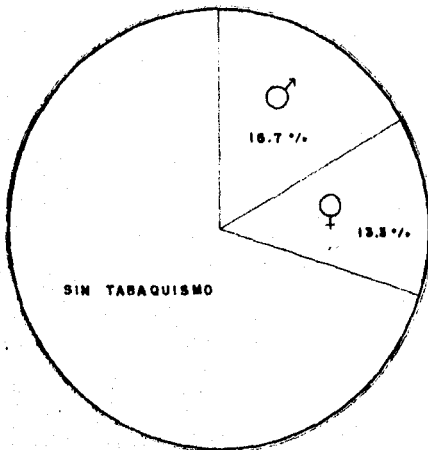


FUENTE :

INVESTIGACION PERSONAL

**---TABAQUISMO---
---EN LOS DIABETICOS ESTUDIADOS---**

U. M. F. 33
1984



FUENTE :

INVESTIGACION PERSONAL

**HIPERTENSION ARTERIAL
Y DIABETES.**

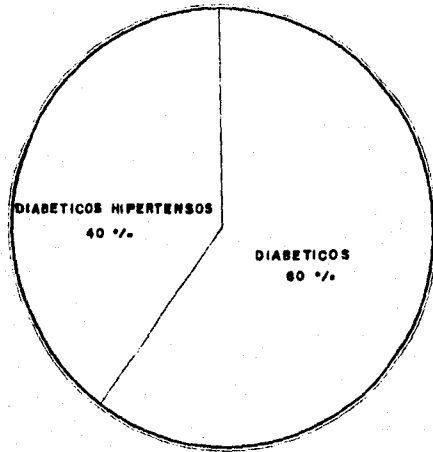
(Gráfica 9).

Encuestados con sólo Diabetes	18=	60.0 %
Encuestados con diabetes + hipertensión	<u>12=</u>	<u>40.0 %</u>
	30	100.0 %

De los 30 pacientes diabéticos encuestados resultó que el 60% era sólo diabético y el otro 40% además de ser diabético, era hipertenso, lo que permite establecer que estas entidades nosológicas están muy relacionadas y y sobre todo que la hipertensión puede darse como resultado de una complicación de la diabetes, o incluso, presentarse durante la misma evolución de ésta.

DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL

U.M.F. 33
1984



FUENTE:
INVESTIGACION PERSONAL

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL.

- Media de	:	9.0
- Mediana de	:	5.0
- Moda de	:	1.25
- Rango de	:	16.25
- Desviación estándar:		8.29

Se encontró un tiempo de evolución entre 6 meses y 32 años, con un promedio de 16 años de evolución.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA
DIABETES MELLITUS.

- Media de	:	9.7
- Mediana de	:	10.0
- Moda de	:	10.0
- Rango de	:	12.2
- Desviación estándar de:		7.5

Se encontró un tiempo de evolución entre 6 meses y 24 años, con un promedio de 12 años de evolución.

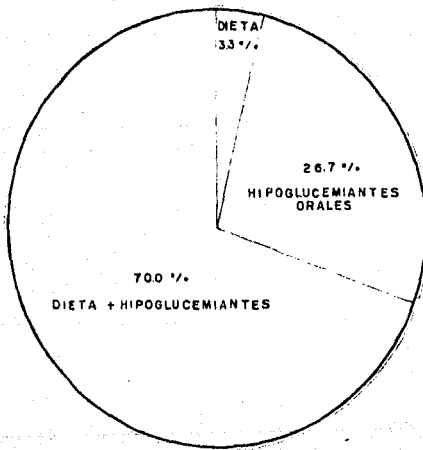
TIPO DE TRATAMIENTO DE
LA DIABETES MELLITUS. (Gráfica 10).

- Dieta	-	1	=	3.3 %
- Hipoglucemiantes orales	-	8	=	26.7 %
- Dieta + Hipoglucemiantes	-	21	=	70.0 %
- Insulina	-	0	=	0.0 %

Tomando como base lo anterior, se encontró que el esquema de tratamiento más utilizado entre los encuestados, era el de dieta más hipoglucemiantes orales, el cual, como ya sabemos, representa el esquema de tratamiento ideal para este tipo de diabetes, aunado a ello el ejercicio.

~~TIPO DE TRATAMIENTO~~
~~DE LA DIABETES MELLITUS~~

U.M.F. 33
1984



FUENTE :
INVESTIGACION PERSONAL

TIPO DE TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL

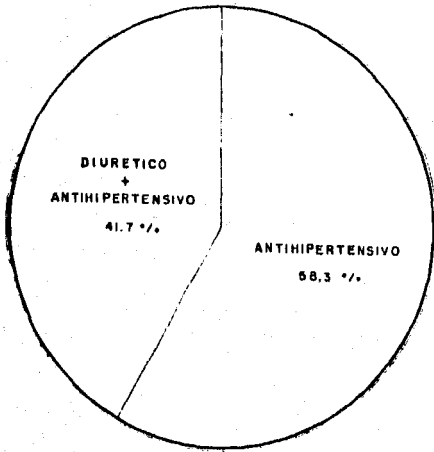
(Gráfica 11).

Diurético	-	0	=	0.0
Antihipertensivo	-	7	=	58.3 %
Diurético + Antihipertensivo	-	5	=	41.7 %

El mayor porcentaje correspondió a que tomaban antihipertensivo, y de éstos predominó la alfa metil dopa, como el más selectivo para el control de esta enfermedad, lo que permite suponer que en su mayoría cursaban con hipertensión arterial esencial, o con hipertensión arterial secundaria no complicada.

TIPO DE TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

U.M.F. 33
1984



FUENTE :
INVESTIGACION PERSONAL

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS
 POR LOS DIABÉTICOS. (Gráfica 12).

- De los diabéticos			
Tenían el conocimiento	16	=	53.3 %
NO tenían el conocimiento	<u>14</u>	=	<u>46.7 %</u>
	30		100.0 %

+ Tomando en cuenta la pregunta número 1 del cuestionario: considerando con conocimiento de la enfermedad, a quienes les había informado personal del equipo de salud (médico y enfermera), y sin conocimiento a quienes les habían informado sus familiares y amigos.

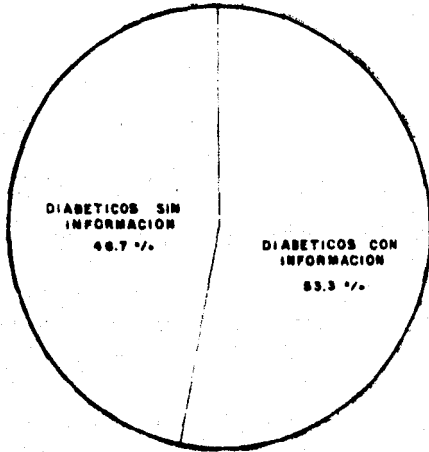
- De los 30 diabéticos encuestados			
Eran sólo diabéticos	18	=	60.0 %
Eran diabéticos hipertensos	<u>12</u>	=	<u>40.0 %</u>
	30		100.00%

- De los 18 sólo diabéticos			
Tenían conocimiento	10	=	55.5 %
No tenían conocimiento	<u>8</u>	=	<u>45.5 %</u>
	18		100.0 %

- De los 12 diabéticos hipertensos			
Tenían conocimiento	6	=	50.0 %
No tenían conocimiento	<u>6</u>	=	<u>50.0 %</u>
	12		100.0 %

**DIABETICOS
E
INFORMACION SOBRE DIABETES**

**U.M.F. 33
1984**



**FUENTE:
INVESTIGACION PERSONAL**

ALTERACION DEL ROL FAMILIAR DEL DIABETICO
EN BASE A SU CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES.

- De los 30 pacientes diabéticos encuestados

Cumplían adecuadamente el rol	14 =	46.7 %
No cumplían adecuadamente el rol	<u>16 =</u>	<u>53.3 %</u>
	30	100.00%

- De los 14 que cumplían adecuadamente el rol

Tenían conocimiento	11 =	78.5 %
No tenían conocimiento	<u>3 =</u>	<u>21.5 %</u>
	14	100.0%%

- De los 16 que no cumplían adecuadamente el rol

Tenían conocimiento	5 =	31.2 %
No tenían conocimiento	<u>11 =</u>	<u>68.8 %</u>
	16 =	100.0 %

Lo que permite establecer que mientras ma--
yor conocimiento tengan los diabéticos, menor será
el incumplimiento de su rol familiar.

REPERCUSIONES LABORALES DEL DIABETICO EN BASE
A SU CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES.

- De los 30 pacientes diabéticos encuestados

Tenían repercusiones	15 =	50.0 %
No tenían repercusiones	15 =	50.0 %
	30 =	100.0 %

- De los 15 que no tenían repercusiones laborales

Tenían conocimiento	10 =	66.7 %
No tenían conocimiento	5 =	33.3 %
	15 =	100.0 %

- De los 15 que tenían repercusiones laborales

Tenían conocimiento	6 =	40.0 %
No tenían conocimiento	9 =	60.0 %
	15 =	100.0 %

Por lo cual se concluye que mientras los --
diabéticos tengan más y mejor información sobre lo
que es su enfermedad; disminuirán las repercusiones
laborales, que estos tienen en sus fuentes de traba
jo.

ALTERACION DE LAS FUNCIONES FAMILIARES DEL
PACIENTE DIABETICO EN BASE A SU
CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES.

- De los 30 diabéticos encuestados

Tenían alteración de las funciones familiares	17	=	56.7 %
No tenían alteración de las funciones familiares	13	=	43.3 %
	<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

- De los 13 que NO tenían alteración de las
funciones familiares

Tenían conocimiento	9	=	69.2 %
No tenían conocimiento	4	=	30.8 %
	<u>13</u>		<u>100.0 %</u>

- De los 17 que tenían alteraciones de las
funciones familiares

Tenían conocimiento	7	=	41.2 %
No tenían conocimiento	10	=	58.8 %
	<u>17</u>		<u>100.0 %</u>

Lo que permite concluir que el paciente dia-
bético mientras más tiene conocimiento de su enfer-
medad, menos cumple inadecuadamente con sus funcio-
nes familiares.

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS POR
LAS (LOS) CONYUGES DE DIABETICOS.

(Gráfica 13).

- De las (los) 30 cónyuges de los diabéticos

Tenían conocimiento	14	=	46.7 %
No tenían conocimiento	16	=	53.3 %
	<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

+ Tomando en cuenta la pregunta número 52 del cuestionario: Considerando con conocimiento de la enfermedad a quienes contestaron que les había informado: personal del equipo de salud (Médico y Enfermera), y sin conocimiento a quienes les informaron sus familiares o amigos.

- De las (los) 14 cónyuges que tenían conocimiento de la Diabetes Mellitus

Cumplían inadecuadamente el rol de diabéticos	4	=	28.5 %
Cumplían adecuadamente el rol de diabéticos	10	=	71.5 %
	<u>14</u>		<u>100.0 %</u>

- De las (los) 16 cónyuges que NO tenían conocimiento de la Diabetes Mellitus

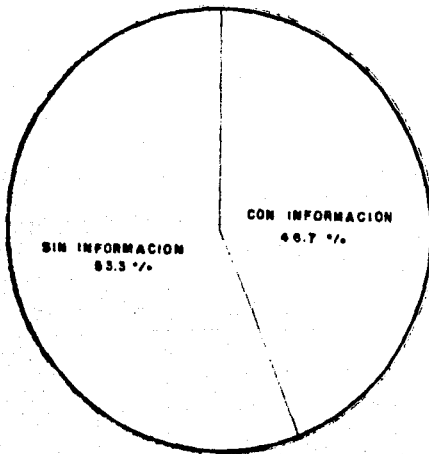
Cumplían inadecuadamente el rol los diabéticos	11	=	68.7 %
Cumplían adecuadamente el rol los diabéticos	5	=	31.3 %
	<u>16</u>		<u>100.0 %</u>

Por lo tanto, se observó que existe rela - -

ción entre el conocimiento por parte del (la) cónyuge, debido a que en mayor porcentaje existía cumplimiento inadecuado del rol por parte del paciente, de las (los) cónyuges que no tenían conocimiento de la Diabetes Mellitus.

~~CONYUGES~~
E
~~INFORMACION SOBRE DIABETES~~

GRAFICA 13



FUENTE :

INVESTIGACION PERSONAL

CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS POR
LAS (LOS) HIJOS DE DIABETICOS.

(Gráfica 14).

- De las (los) 30 hijos de diabéticos

Tenían conocimiento	11	=	36.7 %
No tenían conocimiento	19	=	63.3 %
	<u>30</u>		<u>100.0 %</u>

+ Tomando en cuenta la pregunta número 77, del cuestionario: Considerando con conocimiento de la enfermedad a quienes contestaron que les había informado personal del equipo de salud (Médico y Enfermera), y sin conocimiento a quienes les informaron sus familiares y amigos.

- De las (los) hijos(as) 11 que tenían conocimiento de la Diabetes Mellitus.

Cumplían inadecuadamente el rol los diabéticos	3	=	27.3 %
Cumplían adecuadamente el rol los diabéticos	<u>8</u>	=	<u>72.7 %</u>
	11		100.0 %

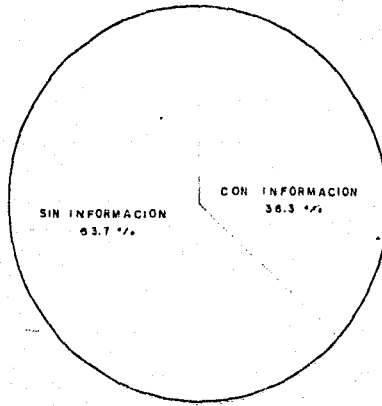
- De las (los) 19 hijos(as) que NO tenían conocimiento de la diabetes Mellitus.

Cumplían inadecuadamente el rol Los diabéticos	10	=	52.7 %
Cumplían adecuadamente el rol los diabéticos	<u>9</u>	=	<u>47.3 %</u>
	19		100.0 %

También de esto se concluye que mientras -- los hijos que tenían información sus padres diabéticos presentaron menos alteración del rol familiar.

**H I J O S
E
I N F O R M A C I O N = S O B R E = D I A B E T E S =**

**U. M. F. 33
1984**



**FUENTE :
INVESTIGACION PERSONAL**

Diferencia del cumplimiento del rol familiar y las funciones familiares, entre los diabéticos no hipertensos, en contraste con los diabéticos hipertensos.

DIABETICOS.

Rol alterado	Rol NO alterado
7 = 23.0 %	11 = 36.7 %

DIABETICOS HIPERTENSOS

Rol alterado	Rol NO alterado
9 = 30.0 %	3 = 10.0 %

-o-

DIABETICOS

Alteradas	Funciones Familiares NO alteradas
8 = 26.7 %	10 = 33.3 %

DIABETICOS HIPERTENSOS

Alteradas	Funciones Familiares NO alteradas
9 = 30.0 %	3 = 10.0 %

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

H1 1: El conocimiento de la Diabetes Mellitus por el paciente y su familia, influye en el desempeño del rol familiar por parte del paciente.

1 a.- Conocimiento de la Diabetes Mellitus por el diabético vs. alteración del rol.

ALTERADO-o-NO ALTERADO.

PACIENTE	S	F	O	N	TOTAL
con conocimiento	3	2	5	6	16
sin conocimiento	6	5	2	1	14
T O T A L	9	7	7	7	30

χ^2 real = 7.01, mayor que χ^2 teórica: P = 0.05'''

gl = 3

Por lo que se acepta H1 1, y se rechaza -
Ho 1.

+Eje de análisis: en base a preguntas 14 y 21.

S = Siempre

F = Frecuentemente

O = Ocasionalmente

N = Nunca.

''' Estadística no paramétrica, Sidney Siegel. Ed. Trillas, México, 1983. pág. 283.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

- 1 b.- Conocimiento de la Diabetes Mellitus --
por su cónyuge vs. alteración del rol -
del diabético.

ALTERADO-O-NO ALTERADO.

PACIENTE	S	F	O	N	TOTAL
con conocimiento	4	6	2	2	14
sin conocimiento	2	3	4	7	16
TOTAL	6	9	6	9	30

χ^2 real = 4.97, mayor que χ^2 teórica: P = 0.75

gl = 3 NO ES SIGNIFICANTE.

Por lo que NO se acepta H1 1, y se toma Ho 1

+ Eje de análisis: en base a preguntas 56, 60,
61 y 65.

S = Siempre
F = Frecuentemente
O = Ocasionalmente
N = Nunca.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

- 1 c.- Conocimiento de la Diabetes Mellitus --
por el hijo del paciente vs. alteración
del rol del diabético.

PACIENTE	ALTERADO-O-NO ALTERADO				TOTAL
	S	F	O	N	
con conocimiento	2	1	6	2	11
sin conocimiento	6	4	5	4	19
TOTAL	8	5	11	6	30

X^2 real = 2.58, mayor que X^2 teórica: P = 0.50

gl = 3 NO ES SIGNIFICANTE.

Por lo que NO se acepta H_1 1, y se acepta --
 H_0 1.

+ Eje de análisis: en base a pregunta 81, 82 y
83.

S = siempre

F = Frecuentemente

O = Ocasionalmente

N = Nunca.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

H1 2: Los pacientes diabéticos tienen repercusiones laborales, familiares y psicológicas de bido a su padecimiento.

2 a.- Conocimiento de la Diabetes Mellitus por el diabético vs. repercusiones laborales.

CON ALTERACION-O-SIN ALTERACION

PACIENTE	S	F	O	N	TOTAL
con conocimiento	3	3	2	8	16
sin conocimiento	5	4	2	3	14
TOTAL	8	7	4	11	30

X^2 real = 3.15, mayor que X^2 teórica: P = 0.50

gl = 3 NO ES SIGNIFICANTE

Por lo que no se acepta H1 2, y se acepta Ho 2.

+ Eje de análisis: en base a preguntas 26, 31, 33 y 35.

S = Siempre
 F = Frecuentemente
 O = Ocasionalmente
 N = Nunca

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

- 2 b.- Conocimiento de la Diabetes Mellitus por el diabético vs. funciones familiares.

PACIENTES	FUNCIONES FAMILIARES				TOTAL
	S	F	O	N	
con conocimiento	4	3	5	4	16
sin conocimiento	5	5	2	2	14
TOTAL	9	8	7	6	30

X^2 real = 2.41, mayor que X^2 teórica: P = 0.50

gl = 3 NO ES SIGNIFICANTE.

Por lo que no se acepta H1 2, y se acepta Ho 2.

+ Eje de análisis: en base a preguntas 38, 39, 43, 44 y 50.

S = Siempre
 F = Frecuentemente
 O = Ocasionalmente
 N = Nunca

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

H1 3: Existen marcadas diferencias en el desempeño del rol y las funciones familiares de -- los pacientes diabéticos que cursan con hipertensión arterial, en contraste con aquellos que no la presentan.

3 a.- Alteración del rol familiar
Diabéticos vs. diabéticos hipertensos.

	ROL FAMILIAR		TOTAL
	ALTERADO-O-NO ALTERADO		
DIABETICOS	7	11	18
DIABETICOS HIPERTENSOS	9	3	12
TOTAL	16	14	30

χ^2 real = 3.75, mayor que χ^2 teórica: P = 0.05

gl = 1.

Por lo que se acepta H1 3, y se rechaza Ho 3.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

- 3 b.- Alteración de las funciones familiares del diabético vs. el diabético hipertenso.

FUNCIONES FAMILIARES			
ALTERADAS-o-NO ALTERADAS			TOTAL
DIABETICOS	8	10	18
DIABETICOS HIPERTENSOS	9	3	12
TOTAL	17	13	30

χ^2 real = 2.73, mayor que χ^2 teórica: P = 0.10

gl = 1 NO ES SIGNIFICANTE.

Por lo que NO se acepta H_1 3, y se acepta H_0 3.

CONCLUSION ESPECIAL.

Analizando los resultados y basados en la -
contrastación de las hipótesis, se concluye que a -
pesar de que por los medios usuales de contrasta- -
ción, no se pudo rechazar H_0 en la mayoría de ellas,
coincidimos en que esto pudo estar determinado por-
que la muestra investigada fue pequeña. Tomando en
consideración esto, se sugiere realizar nuevamente
este trabajo, aplicándolo a una muestra mayor de la
población diabética, con el objeto de abatir el - -
error tipo 2, con el que nos enfrentamos en el pre-
sente estudio.

Además, debemos tener en cuenta que los mé-
todos estadísticos en las Ciencias Sociales, exclu-
sivamente sirven como guía, ya que en este tipo de
investigaciones, lo que prevalece es el criterio --
del investigador, aunado al marco teórico concep- -
tual del mismo.

CONCLUSIONES.

- 1.- La Diabetes mellitus afecta predominantemente - al sexo femenino, en relación 1.5 a 1.
- 2.- La Diabetes mellitus asociada a hipertensión arterial, predomina en las mujeres en proporción de 2 a 1.
- 3.- Se encontró que el 25 % de los diabéticos era - en algún grado alcohólico.
- 4.- Un 30% de los diabéticos estudiados era fumador en grado variable.
- 5.- La Diabetes mellitus se encontraba asociada con hipertensión arterial en el 40% de los diabéticos estudiados.
- 6.- El principal esquema de tratamiento utilizado - por los diabéticos estudiados fue de dieta más hipoglucemiantes orales en un 70%.
- 7.- De los diabéticos estudiados, sólo un poco más del 50% tenían información adecuada sobre la -- Diabetes mellitus.
- 8.- De los pacientes que cumplían inadecuadamente - su rol familiar, el mayor porcentaje no tenía - información adecuada sobre la diabetes mellitus contrariamente a los que sí habían sido informa- dos por médico o enfermera.
- 9.- De la misma forma que en el cumplimiento del -- rol familiar, en el cumplimiento de las funcio- nes familiares y las repercusiones laborales, - los que tienen el conocimiento de la Diabetes - presentan menos alteraciones de las funciones - familiares, y menos repercusiones laborales.

- 10.- Así mismo se observó que de las (los) cónyuges e hijos(as) que tenían conocimiento de la enfermedad, sus familiares diabéticos presentaban en menor porcentaje cumplimiento inadecuado del rol familiar y de las funciones familiares.
- 11.- Otro factor que se observó aumenta el porcentaje de ese cumplimiento inadecuado, es la hipertensión arterial cuando se asocia a la Diabetes mellitus.
- 12.- En resumen: se podría concluir que si se le proporciona al diabético una información adecuada y repetida (de acuerdo a los avances sobre esta enfermedad) de su padecimiento, así como a sus familiares permitiría disminuir las alteraciones del rol del diabético y su función dentro de la familia.

OBSERVACIONES.

Es importante hacer notar que el promedio de escolaridad encontrado en los pacientes estudiados apenas rebasa el 2° año de primaria, lo que habla del nivel cultural en que se encuentra nuestra población, y aunado a ello, la deficiente y escasa información médica que se les proporciona, permite en ellos que se sigan desarrollando tabús al respecto, así como controles propios inadecuados, los cuales resultan perjudiciales para el objetivo de la Medicina Familiar: El paciente.

SUGERENCIAS.

- 1.- La información sobre diabetes, y demás información médica; no sólo debe darse a nivel del consultorio, sino también sería útil acudir a los centro de trabajo y de reunión familiar para -- proporcionarla.
- 2.- La información que se da en el consultorio sobre Diabetes, no sólo debe darse a los diabéticos, es importante hacérselos saber a toda la -- población derechohabiente; esto permitirá detecciones oportunas y aumento del nivel de la cultura médica de nuestros pacientes.
- 3.- Que los grupos de información para diabéticos -- no sean sólo de diabéticos, sino de familias de diabéticos.
- 4.- Que cada médico familiar, en su consultorio, -- forme su grupo de diabéticos derechohabientes -- para mejor control de este tipo de población -- que cada día es más numerosa.
- 5.- El Club o Grupo de diabéticos, incluidos dentro del programa de Medicina Preventiva deberá funcionar de acuerdo a las normas ya establecidas, con el indispensable apoyo de trabajo social, -- dietología y el resto del equipo de salud, con la finalidad de mejorar la información necesaria para el mejor control de los pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Valdez DJC,. La Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS - 1983; 21:524-526.
- 2.- Santacruz VJ,. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21:348-357.
- 3.- Saucedo GJM, Foncerrada MM,. III La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS. 1981;19:155-163.
- 4.- Mella I, García RM, Parker M, Covarrubias A,. - Prevalencia de la diabetes mellitus. Una experiencia en grandes ciudades. Bol of Sanit Panam. 1983;9:157-164.
- 5.- Unidad de Medicina Familiar No. 33. Alteraciones de la dinámica familiar del enfermo diabético. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, - 1983. (Tesis: Alteraciones de la dinámica familiar del enfermo diabético).
- 6.- Karam H. Diabetes Mellitus, hipoglucemia y - - trastornos de las lipoproteínas. In Krupp AM, Chatton JM, eds. Current Medical Diagnosis and treatment. USA: Lange Medical Publications, - - 1982:753-772.
- 7.- National Diabetes Data Group. Clasificación and diagnosis of diabetes mellitus and others categories of glucose intolerance USA: National Diabetes Data Group, 1979 (Diabetes. 28 Clasificación and diagnosis of Diabetes Mellitus and - - others categories of glucosa intolerance).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 8.- Glassock JR, Brenner MB,. Glomerulopathies associated with multisystem and heredofamilial - diseases. In Harrison TR, Isselbacher KJ, - - Adams AR, Braunwald E, Petersdorf GR, Willson DJ eds. Mc. Graw Hill Kogakusha, LTD, 1980: - 1320-1327.
- 9.- Cárdenas LM, Chávez DR, Salas S, Huerta D, Hurtado BAL,. Aspectos actuales de la hipertensión arterial. Gac. Méd. Méx. 1983;119:235-254.
- 10.- Hypertension detection and follow-up program - cooperative group. Five years findings of the hypertension detection and follow-up programs. USA: Cooperative group hypertension detection on follow-up program, 1979 (JAMA 242: Reduction in mortality of persons with high blood - pressure, including Wild hypertension).
- 11.- Marques CA., Simposio internacional sobre hipertensión arterial. Sem. Med. Méx. 1982; 99: 231-249.
- 12.- De la fuente MR,. Psicología médica. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1981: 331-333.
- 13.- Jaime AH, Irigoyen CA,. Fundamentos de Medicina familiar. México: Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982:3-26.
- 14.- Ackerman WN, Rol social y personalidad. In - - Ackerman WN, Ed. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Argentina, Ediciones Hormé,S.A.E.,1982:78-95.
- 15.- Hennen KB. La familia y el Stress. In Shires - BD, Hennen KB, Ed. Family Medicine. USA, Mc - - Graw Hill, 1980:23-27.
- 16.- Ariza AR,. Otros progresos en diabetes mellitus, Rev. Med. IMSS, 1983; 21:387-390.

- 17.- Fanghanel SG, Sánchez FL, Villalobos SM, . Dia-
betes mellitus. Rev. Fac. Med. Méx. , 1983; 26;
259-279.