

11226
2ej
10

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II, No. 1
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

ASPECTOS EMOCIONALES Y PSICOSOCIALES DE LA
DIABETES Y SU REPERCUSION A NIVEL FAMILIAR

T E S I S

QUE PRESENTAN PARA LA OBTENCION DEL
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR LOS-
C. DOCTORES :

- ABRAHAM COLIN GUZMAN
- ARMANDO CHECA MONTALVO
- FRANCISCO CHAVEZ REYES
- ~~RAUL ROSAS BARCELAS~~
- EDUARDO VELEZ FLORES

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA
1980

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION .
- 2.- CONSIDERACIONES PREVIAS .
- 3.- MATERIAL Y METODOS .
- 4.- RESULTADOS .
- 5.- ANALISIS .
- 6.- CONCLUSIONES .
- 7.- BIBLIOGRAFIA .

I N T R O D U C C I O N .

Nuestro propósito de elaborar este trabajo, es tratar de estudiar al paciente diabético que encontramos en nuestro medio, que vive entre nosotros, el cuál tiene entre su enfermedad y la sociedad -- con la que convive, presiones de carácter psicosocial y que es fundamental para el médico, conocer las alteraciones psicosociales ya que mucho de eso depende el control del diabético.

El concepto antiguo de sólo ver el aspecto médico de la enfermedad cada vez se va debilitando y hemos observado que mucho depende de la atención psicosocial que se le brinde al paciente. Para obtener buenos resultados en esta área debemos dedicar mayor tiempo a -- escucharlos, lo que en realidad siente el enfermo con respecto al medio ambiente que lo rodea y de las presiones a que se encuentra sujeto, ya sea resultante del estado de no salud que lo aqueja ó por el -- medio mismo donde se desarrolla, que lo pudierá estar condicionando a vivir en una situación tensional y por ende estarlo marginando; lo -- que va siendo al diabético un individuo menos útil a la sociedad y en su núcleo familiar.

Creemos que la mayoría de los médicos en la actualidad, tienen diversas limitaciones en atender a estos pacientes y en algunas -- ocasiones son atendidos sin el respeto que se merecen; debemos considerar que cuando un paciente llega a nuestro consultorio afectado por un trastorno como en este caso la diabetes; el ya viene temeroso, -- asustado, en busca de salud, de apoyo emocional, susceptible a la conducta de quien lo examina, de la poderosa figura paternal que el médico significa, está pendiente de toda palabra suya, vigilando cada paso o cada gesto en espera de la confirmación ó disipación de la duda, sobre todo, en la solución favorable de su problema.

El paciente diabético es un enfermo con atención especial, -- debido a que en muchos aspectos solo recibe agresiones de todos lados ya sea en el trabajo, dentro del seno familiar y porque no, del médico

co tratante, el cuál muchas veces actua en forma irracional hacia el enfermo por el hecho de su difícil orientación con respecto a su endocrinopatía. Atemorizado, nervioso llega a su médico el cuál en ese momento debería de hablarle con palabras tranquilizadoras, de aliento ya que las palabras o las acciones que ejerce el médico en ese momento, son potentes fuerzas que dañan o ayudan.

Las alteraciones psicosociales que presentan los diabéticos en su enfermedad son causadas en su mayoría por presiones del medio ambiente, los conflictos interpersonales, las relaciones familiares, la industrialización, la necesidad de cumplir con muchas actividades a la vez, etc.,. Esto hace que los seres humanos vivan en constante conflicto o en estado de angustia produciendo un stress emocional constante, situación que se ha generado en los últimos años y que determina indirectamente a las alteraciones tanto psíquicas como emocionales, con lo cual los diabéticos se encuentran en condiciones favorables de presentar con más frecuencia la aparición de estos desajustes psicosociales.

Para llegar a un diagnóstico preciso de que tipo de alteraciones de carácter psicosocial presenta el diabético, requeriremos de condicionantes inherentes al médico y esto dependerá de que tan cuidadosos seamos en nuestro interrogatorio y lo más importante, dar el tiempo suficiente para escuchar la problemática que refiere el derechohabiente teniendo una atmósfera de intimidad, seguridad y aceptación. Con todo lo anterior encontraremos en muchos de los casos una base positiva para detectar una posible sintomatología que nos haga sospechar la presencia de un desajuste psicosocial.

Teniendo la presencia de un paciente con una enfermedad crónica se plantean las siguientes disyuntivas: ¿ Qué tanto puede ayudar al paciente el médico familiar.?

¿ Se necesitarán bases mínimas de carácter psicológicas para tratar - la afección de tipo psicosocial en nuestros pacientes?.

La respuesta más sencilla es tal vez que se requiera un mínimo de conocimientos en esta área, ya que el médico es el que se encuentra en contacto directo con el paciente y este a su vez deposita una extrema confianza al profesionista de la salud. Los hallazgos físicos, de laboratorio y gabinete no nos describen el estado real en que se encuentra nuestro paciente, y no sólo basta decirle que su glicemia esta normal y que sus glucosurias se encuentran dentro de los límites permitidos sin que por ello se encuentre estable, bien puede suceder que en ocasiones el paciente se encuentre pidiendo a gritos la ayuda para resolver sus problemas de angustia o depresión que trae consigo y que ningún laboratorio por eficiente que sea nos lo va a reportar. En ocasiones se necesita tener información de lo que esta su cediendo en su interior y en el medio ambiente en que se desenvuelve, que en un momento dado puede ser el causante de las alteraciones que presenta; por lo tanto, jamás llevará a cabo las indicaciones que recomienda el médico tratante con el consiguiente fracaso de la terapéutica empleada de carácter medicamentoso, a pesar de que en ocasiones será el plan de manejo más adecuado para el paciente. He aquí lo importante de esta área de estudio-manejo del diabético y de todo el proceso tan complejo de alteraciones que en estos pacientes se va desarrollando, y desde luego, si nosotros como médicos intervenimos en una forma alentadora, con la mucha o poca experiencia que podemos poseer; nos iremos encontrando que siempre actuará en forma positiva -- hacia su control y hacia el tan ansiado equilibrio que guarda la salud.

Quizá se deba mencionar que todos los pacientes necesitan tener la seguridad de que su médico los escucha, que todas las crisis de depresión y angustia que se presentan no son producidas por la en-

fermedad, sino que él mismo las provoca ya que se cree mutilado por el estado en que se encuentra, así como el papel que desempeña dentro de su medio ambiente. Para aclarar todo esto el profesionalista de la medicina dará la impresión de su convicción acerca de lo antes expuesto, por lo que en nada sobran las aclaraciones que se hagan o se digan a la prescripción de tranquilizantes sin explicación previa de -- que es y para que sirve. Esto hará dudar al paciente y sospechará -- que el médico lo está engañando en cuanto al interés que él tiene por su enfermedad, por lo que al ordenar un sedante, se le debe informar que el objetivo de la administración del medicamento es exclusivamente aliviar la tensión emocional y también se explicará la variedad -- del tratamiento que el paciente necesita para controlar su desajuste metabólico, y por ningún motivo se tratará de engañar o mentir con -- respecto a su enfermedad.

El médico familiar debe estimular a sus enfermos a que continúen con sus actividades habituales y la aceptación del diabético a su estado de no salud en forma positiva, ya que tanto para él y para su familia esta concepción es saludable para el estado mental. Se -- les debe brindar confianza y disipar cualquier duda acerca de su padecimiento y que debe confiar en sí mismo. He aquí la forma más adecuada para dar un tratamiento y control del paciente y su familia en forma global.

Así, con estas breves recomendaciones al diabético lograremos, individuos útiles a la sociedad, a su familia y sobre todo que se valgan así mismos en cualquier circunstancias de su vida.

El paciente responderá mejor en estas condiciones de apoyo emocional, esforzándose para lograr los trabajos que se le encomiendan y no sentirse frustrado por el sólo hecho de estar en un estado de no salud -- por la diabetes.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La diabetes mellitus se conoce desde la antigüedad. Los --
chinos lo describían como síndrome caracterizado por polifagia, poli-
dipsia y poliuria. Fue descrita en el primer siglo de la era cristia-
na por Aretaeo quien lo señaló como "Una fusión de la carne y las ex-
tremidades hacia la orina", y llama a la enfermedad diabetes de la pa-
labra griega que significa "sifón" ó "correr a travez" por la poliur-
ia y polidipsia que lo caracteriza. El sabor dulce de la orina fué --
descrita por Susruta en el siglo II antes de Jesucristo y la presen-
cia de azúcar en la orina fué comprobada por Dobson en el siglo VIII;
esto dió lugar a un enfoque dietético del problema introducido por --
por Rollo 29 años después. Norton en 1686 hizo notar el carácter he-
reditario de la enfermedad, en 1859 Claudio Bernard demostró el conte-
nido elevado de la glucosa en la sangre del diabético y reconoció la-
hiperglucemia como signo cardinal de la enfermedad. En 1869 Langer-
hans aún estudiante de medicina, describió los islotes celulares del-
páncreas. Von Mering y Minkowski en 1889 produjeron la enfermedad --
efectuando pancreatocetomía en el perro; Banting y Best en 1921 prepa-
raron un extracto pancreático capaz después de una purificación ade-
cuada, de conservar la vida de los perros pancreatocetomizados y de --
los enfermos diabéticos, llamado dicho extracto pancreático "insuli-
na". Magdora introdujó la primera insulina de acción prolongada.
Nicol y Smith descubrieron la estructura química de la insulina. El-
descubrimiento accidental de la acción hipoglucemiante de la carbuta-
mida fue hecha por Franke y ^Fuchs en Alemania en 1955. Los trabajos-
experimentales iniciales de Loubatures en Francia iniciaron el uso de
hipoglucemiantes por via oral.

La tendencia a explicar la diabétes como consecuencia de -- producción insuficiente del principio pancreático llamado insulina, -- poco a poco fue perdiendo validéz cuando las investigaciones de Hou--ssay Long, Luken, Renold, Handle y otros autores, demostraron que se combinan muchos factores de carácter endócrino, inmunológico y químicos para regular la concentración sanguínea de azúcar, y que es obligado que los pacientes diabéticos carezcan de insulina incluso teniendo presentes estos otros factores, la diabétes probablemente dependa de una secreción inadecuada de insulina. (1,2.).

En la actualidad, el concepto general de la diabétes lo consideran como un padecimiento crónico, hereditario que pasa por diversas etapas evolutivas y que se encuentra condicionada por factores ambientales, siendo el principal elemento de su fisiopatología una alteración en la secreción o utilización de la insulina. Se manifiesta -- por problemas del metabolismo intermedio principalmente de los carbohidratos, pero los destinos de proteínas, grasas, electrolitos y agua también se encuentran alterados, se presentan alteraciones neurológicas y vasculares de macro y microangiopatía entre los que destacan lesiones retinianas, renales y de las coronarias. (3.4.5.)

- (1).- Harrison y Col. Diabétes mellitus. Tratado de medicina interna. 6a. edición, Tomo I, .pp 583.
- (2).- Philip. K. B.; Transtornos del metabolismo de los hidratos de -- carbono, Diabétes sacarina. Tratado de medicina interna Cecil -- Loeb y col. tomo II, pp1715.
- (3).- Philip. K.B. op. cit. pp 1715
- (4).- Harvey H'c G. y cols; Diabétes mellitus. Tratado de medicina interna 18 ava. edición, pp 765.
- (5).- Mesa redonda. Historia natural de la diabétes mellitus. Revista de la Facultad de Medicina, Méx. Vol XVII, año 17, No.6, pp 5. -- Jun.

La diabetes es una enfermedad que tiene una distribución mundial, por su frecuencia se calcula que hay aproximadamente unos 200 millones de diabéticos en el mundo (6). En los últimos años se ha observado un aumento notable en la frecuencia de la diabetes; para 1972 la tasa de mortalidad por esta patología fue de 15.8 por 100,000 habitantes; se calcula que el 2% de la población mexicana sufre diabetes sintomática y que hay un 5% de diabéticos asintomáticos. La frecuencia de la enfermedad aumenta con la edad y es aún mayor después de los 40 años; el 90% de las defunciones por esta causa ocurren después de los 45 años. La diabetes juvenil representa del 5 al 10% de los casos de esta patología. En los adultos afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, es más frecuente entre las personas de mayor ingreso económico y menor actividad física. (7). A menos que se encuentre cura o alguna medida de carácter preventivo para la diabetes, esta cantidad seguirá aumentando por las siguientes razones: 1).- La población crece y se hace más vieja. 2).- La vida media esperada para los pacientes diabéticos tratados es muy cercana a lo normal. 3).- puesto que más diabéticos viven lo suficiente para tener hijos un número mayor de ellos heredan el ge. 4).- la obesidad va en aumento y por ende predispone a la enfermedad. (8).

Por tal motivo, toda aquella persona que de una forma u otra este relacionado con las ciencias de la salud en México, estará informado de los índices y tasas de morbimortalidad en los últimos años y observará que aún persisten las tasas de morbimortalidad elevadas para los problemas de infecciones ya sea en el tracto respiratorio o gastrointestinal; sin embargo, es de hacerse notar el incremento importante que se ha detectado en las tasas de morbimortalidad de las enfermedades crónicas y/o degenerativas, todo esto es debido a que se han implementado programas para abatir los padecimientos infecciosos y probablemente llegará el día en que los problemas infeccio-

(6).- Harrison. et al; op cit pp 583

(7).- Hesa redonda, historia natural de diabetes mellitus. ibidem op. cit. pp 13-23

(8).- Harrison y cols.; op cit., pp 584

..nos serán relegados a segundo término, teniendo mayor importancia las enfermedades crónicas degenerativas dentro de los indicadores de salud.

Como un fenómeno interesante, el lugar dejado por la patología infecciosa tendrá que ser ocupado por padecimientos crónicos, tal como sucede actualmente en los países desarrollados y obviamente México no estará exento de presentar el problema o fenómeno.

Podemos asegurar que en algunas partes de la República ya se ha iniciado dicha situación y así podemos observar que los estados del norte de la geografía del país, como por ejemplo, el estado de Baja California Norte, la diabetes se encuentra ocupando un lugar importante dentro de las primeras causas de mortalidad a nivel regional. Pero hasta el momento es poco el impulso que se ha brindado acerca de la diabétes, ya que no constituye una alarma aún en el resto del país. Sin embargo, el médico ya deberá estar pensando en el problema y sobre todo aquel facultativo que ejerza su profesión en estas latitudes. Aquí fue donde apareció la inquietud nuestra, al ver que en cada momento aumenta el número de pacientes con este desajuste metabólico que por cualquier causa de alteración acuden con el médico familiar para tratar los males que aquejan y quebrantan el estado relativo de salud de los diabéticos. Probablemente lo más importante del padecimiento no es en sí la enfermedad orgánica, es más bien la repercusión psicosocial generada por el padecimiento y reflejada en la familia, tanto en los aspectos emocionales como las funciones de la dinámica familiar.

llama la atención, que dentro de los antecedentes de este estudio, el progreso de la ciencia médica se encuentra satisfactoriamente desarrollado; pero se observa que "son relativamente mínimos los estudios del diabético, basados en su problemática psicosocial, ya --

Por tal motivo, toda aquella persona que de una forma u otra esté relacionada con las ciencias de la salud en México, estará informada de los índices y tasas de morbilidad en los últimos años y observará que aún persisten las tasas de morbilidad elevadas para los problemas de infecciones ya sea en el tracto respiratorio o gastrointestinal; sin embargo, es de hacerse notar el incremento importante que se ha detectado en las tasas de morbilidad de las enfermedades crónicas y/o degenerativas, todo esto es debido a que se han implementado programas para abatir los padecimientos infecciosos y probablemente llegará el día en que los problemas infecciosos serán relegados a segundo término, teniendo mayor importancia las enfermedades crónicas degenerativas dentro de los indicadores de salud.

Como un fenómeno interesante, el lugar dejado por la patología infecciosa tendrá que ser ocupado por padecimientos crónicos, tal como sucede actualmente en los países desarrollados y obviamente México no estará exento de presentar el problema o fenómeno.

Podemos asegurar que en algunas partes de la república ya se ha iniciado dicha situación y así podemos observar que los estados del norte de la geografía del país, como por ejemplo, el estado de Baja California Norte, la diabetes se encuentra ocupando un lugar importante dentro de las primeras causas de mortalidad a nivel regional. Pero hasta el momento es poco el impulso que se ha brindado acerca de la diabetes, ya que no constituye una alarma en el resto del país actualmente. Sin embargo, el médico y los equipos de salud relacionados ya sean; enfermería, trabajo social deben

estar pensando en el problema y sobre todo aquel facultativo que ejerza su profesión en estas latitudes. Aquí fue donde apareció la inquietud nuestra, al ver que en cada momento aumenta el número de pacientes con este -- desajuste metabólico, que por cualquier causa de alteración acuden con el -- médico familiar para tratar los males que aquejan y quebrantan el estado -- relativo de salud de los diabéticos. Procaalmente lo más impaciente del -- padecimiento no es en sí la enfermedad orgánica, es mas bien la repercusión psicosocial generada por el padecimiento y reflejada en la familia, -- tanto en los aspectos emocionales como las funciones de la dinámica familiar.

Llama la atención, que dentro de los antecedentes de este estudio, el progreso de la ciencia médica se encuentra satisfactoriamente desarrollado; pero se observa que "son relativamente mínimos los estudios del -- diabético, basados en su problemática psicosocial, ya que en un estudio de revisión de la revista de investigación "Quartely Communicative Index" en -- un período de 12 años se encontraron 3333 artículos referentes a la diabetes mellitus de los cuales sólo 23 se referían a los aspectos psicosociales de la enfermedad (9). Por lo que resulta evidente la poca investigación -- que se lleva a cabo en este campo.

Si hemos de considerar a la Diabetes mellitus como un proceso -- morboso, en la salud individual, también debemos considerarla una alteración de la salud familiar y comunal. No debemos observar esto como una entidad nosológica y con una historia natural netamente orgánica; también haremos-

(9).-Hunter, P.J.M.D; et. a l. : Progresses of the science medical
The american Journal of the Medical Science. Vol.94, pp131-147.

conciencia de los factores emocionales que precipitan los síntomas de la enfermedad y hacen probablemente que esta aparezca seguida de sugerencias y conflictos emocionales; esto sugiere que la diabetes sea una enfermedad de adaptación (10), que altera a la familia y secundariamente a la sociedad ya que si consideramos a la familia como base de la estructura social, resulta obvia las consecuencias que presentará posteriormente.

Hablaremos en el transcurso del trabajo de aspectos emocionales y psicosociales del padecimiento y la repercusión generada en la familia del enfermo. Desde luego, solamente tocaremos algunos temas emocionales ya que en este renglón se podría hacer un tratado al respecto, así mismo lo sería el aspecto psicosocial. Sabemos que aunque la psicología de la diabetes es todavía en gran parte desconocida, dará como consecuencia un síndrome cuyos efectos tienen diversas complicaciones sobre el funcionamiento total del organismo (11).

Trataremos también de dilucidar el efecto causado por la presentación de la enfermedad en el paciente y en su familia, aunque sabemos que un buen equilibrio del padecimiento depende de la educación que el paciente reciba por parte de las instituciones médicas y del personal que se emplee para ello (12,13,14). Se debe dar mayor importancia a la educación del diabético, ya que puede ser llevado a tener una vida casi normal.

(10).- Hunter P.J.MD; et. al. op. cit. 131-147.

(11).- Chase, P.K. MD; Aspectos emocionales y psicosociales de la diabetes mellitus. Clínicas Médicas de Norteamérica. Vol. 55 No. 4, pp1010. Julio

(12).- Etwiler. Enseñanza que requiere el diabético. Clínicas Médicas de Norteamérica. vol. 4, pp 877-878.

(13).- Wishner, W.J; Diabetes y familia. Clínicas médicas de Norteamérica. Vol 4, pp872.

(14).- wishner, W.J.: op. cit. pp 869-975.

Nuestro estudio tratará de detectar si la presencia de la diabetes puede disminuir la integridad global de la familia, considerando que el efecto real del diagnóstico del padecimiento sobre la unidad familiar, va a depender de la composición de la familia, la edad del comienzo clínico, el régimen terapéutico y la psicopatología preexistente a nivel familiar. La presencia de la diabetes también aumentara las tensiones de carácter económico sobre la familia, incrementando en forma silenciosa las situaciones de tensión, a pesar de que se menciona que el padecimiento es característico en aquellos grupos sociales que viven holgadamente dentro de la sociedad. (15).

La persona con diabetes muchas veces se dirige a la familia en busca de ayuda y consejo y en especial en el cónyuge, que en la mayor parte de los casos se encuentra agobiado por los problemas inherentes al padecimiento del enfermo, creando así un caos interno dentro de la dinámica familiar. La repercusión más frecuentemente adaptada, es la pérdida de autoridad familiar y el aislamiento del paciente por la presencia de psicopatología en la familia como ya se mencionó anteriormente, lo que representa un efecto negativo sobre el cuidado del enfermo. En muchos casos la conducta del paciente estriba en intentar escapar a problemas familiares e interpersonales, yendo al Hospital o deseando acabar con su existencia, la mayor parte de las veces se manifiesta con aislamiento hacia la sociedad donde se desarrolla el diabetico.

Por otra parte, la enfermedad en nuestro medio plagado de tradiciones mal canalizadas como el machismo, han hecho del padecimiento un martirio para quien lo sufre y se llega a presentar la problemática de la --

(15).- Ferreras, P.V;et.al. Diabetes. Medicina Interna, Tomo II pp.555.

impotencia sexual. La reducida potencia sexual ha sido notada por Nauyn en 1906. Recientemente Schoffling, Montenegro, Rubin y Elliott, sitúan a la impotencia sexual en más del 50% de presentación en los pacientes diabéticos estudiados y a pesar de que los diversos autores presentan desacuerdo sobre cual es la causa básica (hormonal, vascular o neurológica), podemos decir que es una agravante con repercusión familiar y social que trataremos de demostrar en el estudio (16).

Estudiar el problema con las nipotesis plantadas, no sólo incumbe al enfermo en sí, también incumbe a toda la familia y lo más difícil es conocer que tanto sabe él y su familia con respecto al padecimiento, o bien si el conocimiento es equivocado por haber recibido una información difusa, ya que repercutirá negativamente sobre la terapéutica empleada por el facultativo. Podemos afirmar que lo más difícil de corregir es la información equivocada en el campo de la salud y los niveles de salud.

Con la aparición de la enfermedad, el diabetico inicia una serie de experiencias desagradables que no solamente lo aquejan a como ya se mencionó-- con anterioridad, sino también recaen en la familia y otras estructuras sociales (17). Por lo regular las alteraciones son derivadas de los diversos cambios de conducta en las relaciones interpersonales con los diferentes grupos enunciados. La familia como grupo social, comunmente se encuentra mal preparada para aceptar un acontecimiento que afecta a uno de sus miembros como es el caso de la diabetes, lo que origina una defensa inconciente

(16).- Katz, A.M. "Wives of diabetics men" Menninger Clinic Bolletin 33: 279-294 pages,

(17).- Leisle J. SH; op. Cit pp 544-550.

emocional al sentirse culpables los integrantes del grupo social, como condicionantes de un ambiente que ha provocado la enfermedad. ').

Vemos pues, la importancia analítica que reviste la enfermedad y que el paciente diabético será presa fácil de desajustes emocionales y psicosociales.(18). En este renglón se han hecho investigaciones de la personalidad de los pacientes, antes de la aparición de la enfermedad y determinan que se han identificado factores de dependencia a la familia, dependencia, inmadurez, inseguridad, indecisión, machismo o agresividad, mal -- ajuste sexual que aumentará con la aparición y evolución de la enfermedad, a sí podemos decir que el enfermo puede presentar alteraciones neuróticas- previas que actúan dando conflictos intrapersonales difíciles de superar, -- afectando las relaciones interpersonales de cualquier tipo. Chase Patter- son los clasifica como el afecto del síndrome diabético sobre el individuo, que tiene diversas implicaciones sobre el funcionamiento total del organism- o (19) teniendo a la enfermedad como una perturbación biopsicosocial.

Debemos de tener en cuenta la personalidad individual de cada uno de los diabéticos, esto puede ser la llave para ayudarlo a ajustar su enfer- medad, el reconocimiento de la dependencia, inmadurez, pasividad, ya que en un paciente de este tipo ayuda en forma importante este tipo de observacio- nes sobre el tratamiento directamente, ya sea psíquico o biosocial.

(18).- Leisle, J. Sh; ibidem pp 544-550.

(19).- Chase, P.K. op, cit. pp 1010.

Los aspectos del tipo psicológico pueden estar alterados por las siguientes condiciones: 1.- El medio ambiente psicosocial 2.- El rol de los factores psicosociales 3.- La forma de reacción del paciente y el ajuste de carácter psicosocial. 4.- Las secuelas tanto físicas como psíquicas que presenta el paciente en esta etapa . (20).

Para los pacientes que presentan una enfermedad crónica como en este caso (diabetes) puede presentar: 1.- La fijación de la personalidad -- desarrollada en el tiempo de su enfermedad ó 2.- Una regresión a una precoz personalidad consecuente con la presentación de la enfermedad. (21).

El rol del diabético en la familia, como se ha explicado se enfrenta a situaciones catastróficas en lo que respecta a su enfermedad, es una experiencia continua de la vida del paciente. El rol que juega ha sido descrito desde hace tiempo, la idea de que la persona está enferma puede aceptarse dependiendo de la posición social que guarda, en este caso en la unidad familiar (22); no es la misma situación para el padre, la madre, o los hijos enfermos, en el caso de los esposos diabéticos, la esposa pudiera presentar problemas psicosociales importantes, es el caso de la esposa que perdió la firmeza social (23); en un momento pueden llegar a sentirse emocionalmente sin importancia para el cónyuge originando en ella trastornos neuróticos o psicosociales, se va acentuar la situación de dependencia del esposo inclusive la aparición de agresividad del enfermo con fines destructivos. (24).

(20).- Chase, P.K. Ibidem. pp1 1007.

(21).- Chase, P.K. op.cit. pp. 1008.

(22).- Leisle. J. Sh. op. cit. pp 594.

(23).- William. J.,W. op.cit. pp870.

(24).- Katz, A.M. ibidem. pp 289-290.

Los factores emocionales precipitan los síntomas de la enfermedad y hacen probablemente que la alteración aparezca seguida de conflictos emocionales y sugestiones. (25) Esto sugiere que la diabetes es una enfermedad de adaptación (26); por lo que creemos que tanto el paciente diabético y los familiares se deben adaptar a esta situación de no salud para beneficio de todo el núcleo familiar, el médico tratante se percatará de esta situación y tratará de evitar conflictos, así la esposa del afectado que se presenta a consulta relatando que su enfermo es agresivo o dependiente de una manera determinante al núcleo familiar llegando a producirse que el paciente dependa de su núcleo hasta para resolver la más mínima situación de carácter conflictivo, por lo que el médico, de ser sagaz en sus percepciones del grupo familiar y comprender la situación en que se encuentran para resolver con conocimiento de causa estas situaciones desagradables de los miembros, asumiendo inclusive el papel de psicoterapéutica.

El rol de los hijos y de la madre es una situación diferente a la de los otros miembros de la familia. Shepps y Shepps demuestran que en la diabetes descubierta dentro de las dos primeras décadas de la vida causan una serie de inestabilidades emocionales, tendencias neuróticas y malos ajustes respecto al medio y circunstancias (27). Benton asegura que las manifestaciones neuróticas van a ayudar a manipular la dieta como una arma(28)

(25).-Hunter, P.J.et.al;op cit pp131-147.

(26).-Hunter,P.J. et.al. op cit. pp 131-147.

(27).-Wilson,Vaughan,McKay; Diabetes Juvenil. Tratado de Pediatría.Pl212,1974

(28).-Hunter, P.J. et.al. op. cit. 131-147.

La madre reacciona de diferente forma ante el hijo diabético; primero: la actitud materno perfeccionista donde se observa como resultado un pobre desarrollo de la personalidad del paciente como individuo; en segundo lugar aquellas madres que presentaban tolerancia sobre el control de la diabetes, es decir aceptando cualquier transgresión del tratamiento establecido y en tercer lugar, aquellas madres con una actitud masoquista hostil -- existiendo un choque constante entre la madre y el hijo enfermo. (29)

Todas las repercusiones psicosociales que afectan al paciente -- provocan una incapacidad sentida del mismo, esto hace que se pierda la identidad personal y su capacidad de identidad; esto se debe al convencimiento mental del paciente por el daño causado por la enfermedad, inclusive en otras ocasiones la mentalidad del paciente se vuelve destructiva rechazando toda terapéutica que induce un desequilibrio de los roles familiares, él en algunas ocasiones no tiene conciencia de lo que está provocando el nuevo estado de no salud. Existen ocasiones en que la familia y el paciente son estables a pesar del padecimiento, se debe en estos casos unicamente vigilar que no aparezcan dichas complicaciones en este tipo de grupos familiares o intervenir cuando se considere necesario. (30).

(29).- *ibidem.* 131-147.

(30).- *Leisle, J. Sh. et. al. op. cit. pp594.*

Consideramos nosotros al igual que varios autores, que parte del tratamiento específico del diabético no estriba únicamente en el uso de medicamentos, ya sea de hipoglucemiantes o de insulina, o de llevar adecuadamente una dieta previamente prescrita sino que se debe tener en cuenta en el paciente y su familia, el concepto que tienen de su nuevo estado de no salud. Tendiendo a tener un apoyo al paciente dentro de la familia porque la falta de confianza y el desajuste emocional agravan más el padecimiento que la evolución propia de la enfermedad; por lo tanto, se debe instruir al diabético para aceptar su limitación física así como entender que el paciente no es una persona inválida .

Todo esto nos lleva a pensar que la diabetes no es una entidad solitaria, ya que se encuentra involucrando en todo su proceso a la familia y por ende muchas veces la familia llega a ser una guía o apoyo para el enfermo o por el contrario puede precipitar la aparición temprana de las complicaciones de la enfermedad.

Un enfermo crónico presenta problemas de carácter económico y se incrementará conforme crece la gravedad o muestra recaídas de su desajuste metabólico. (31).

La diabetes causa trastornos psíquicos como ya lo hemos referido anteriormente, por lo que debemos impedir que el paciente utilice su enfermedad como arma vengativa (32).

(31).- Etzwiler, O.D. op.cit. pp.669-975.

(32).- Leisle.J.Sh. op. cit. 594.

Para obtener ventaja sobre los demás, ya que el costo de vida o de la salud puede ser dañada en forma irreparable.

Un apoyo importante en el control y tratamiento de los diabéticos son las comunidades terapéuticas con las cuales estamos de acuerdo y damos nuestro apoyo, ya que para el paciente es necesario referir sus inquietudes y necesidades a un grupo con una problemática similar, para que en conjunto se discipen sus dudas, se los oriente adecuadamente y lo que es importante, el apoyo que se brindan entre ellos mismos, para el control y entendimiento de su enfermedad, promoviendo de un modo efectivo el bienestar y la seguridad emocional de los individuos, reduciendo la tensión, la ansiedad, agitación y la agresión (33), ya que como sabemos en la diabetes las alteraciones emocionales juegan un papel importante en la liberación de catecolaminas y que sin la ayuda de un buen control emocional, será difícil mantener al diabético controlado, o sea, la interacción del equilibrio metabólico y la adaptación social es tal, que la regulación clínica no es suficiente para tener éxito en el manejo del enfermo (34).

(33).- Williams, Robert. Trastornos Emocionales en Diabetes Mellitus. Tratado de Endocrinología, pp 749.

(34).- De la Fuente, M.R. Aspectos psicológicos de la diabetes mellitus. Psicología médica. pp 298-301.

así concluimos que una comunidad terapéutica tiene como fundamento dirigir a los integrantes hacia un buen control de su enfermedad en todas las áreas por medio del esfuerzo y la comunidad a prevenir y superar la apatía, y la inactividad y restituir la confianza, afecto y socialización para beneficio del paciente y su núcleo familiar.

No se debe descuidar la parte médica del padecimiento, que tanto el paciente como sus familiares requieren una orientación de los tipos de medicamentos que se encuentra ingiriendo el paciente, así como la dieta que el diabético debe estar llevando en base a costumbres, antropología y nivel socioeconómico de cada núcleo familiar, ateniendo que dichas indicaciones sean lo más claro posible y sencillo para mejorar las condiciones de este. (35, 36).

La rehabilitación incluye tres formas principales de llevarla a cabo; la primera se refiere al entrenamiento que debe de llevar el paciente y la familia. (Administración de medicamentos, formulación de dietas, etc.) La recreación y la resocialización. Estas acciones son un trabajo de habilidad que requiere paciencia y entendimiento de genuinos intereses para la gente, es un puente entre el estado de dependencia implicado por la enfermedad y el estado más permanente de independencia para el disfrute de una persona normal y sana (37). Sin embargo, debemos tener cuidado en la etapa de rehabilitación de nuestros pacientes, ya que puede suceder la aparición de problemas de conducta asociados a la rehabilitación, incluyéndose las siguientes complicaciones: Exceso de actividad y de reacción emocional, impulsividad, perfeccionismo, terquedad y truculencia. (38)

(35).- Williams, et.al. Op. cit. pp 724

(36).- Marcus A. Krupp, et. al. Diabetes Sacarina. Diagnóstico clínico y tratamiento. pp 727-746.

(37).- Etzwiler, P.D. op. Cit. pp 594

(38).- T. Roberts. Problemas Psicológicos asociados con la rehabilitación. Manual de enfermería psiquiátrica, pp 90-91.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración del presente trabajo, se tomó como área de investigación la Unidad de Medicina Familiar número 16 de Pueblo Nuevo en la Ciudad de Mexicali, Baja California Norte; considerando que la población adscrita a la mencionada Unidad cuenta con ciertas características, con lo cual se mejorará la calidad del estudio; las mencionadas características son concernientes a que posee un archivo descentralizado, un control de la población por medio de tarjetas de registro familiar, una población aparentemente heterogénea, en cuanto al nivel socioeconómico y ocupacional, así como en su grado de escolaridad y regular asistencia a los servicios de Medicina Preventiva y Consulta Externa.

Se extrajo como universo de trabajo a los pacientes inscritos en el Club de Diabéticos y se escogió una muestra representativa al azar y la cual correspondió al 25% de los pacientes.

Se programó el estudio en tres etapas para un mejor control de los resultados y evaluaciones previas de los instrumentos de trabajo elaborados previamente; la forma de trabajo consistió en las siguientes etapas:

Primera etapa: Cuestionarios a los médicos para evaluación de los instrumentos de trabajo, así como para conocimiento del área a investigar en nuestro trabajo.

Segunda etapa: Test aplicado al paciente diabético, captado en cada uno de los consultorios y en los diversos turnos para completar el número de pacientes captados como muestras y que corresponde a un total de 40 enfermos diabéticos.

Tercera etapa: Test aplicado al familiar del paciente diabético excluyéndose en esta sección a los menores de 16 años o bien a personas que pudiesen alterar la fidelidad de la cédula de encuesta (dementes, consanguíneos indirectos, lazos de unión religiosos, etc.).

Se efectuó un presupuesto de trabajo estimado en seis meses en forma total, correspondiendo en distribución cronológica a:

- 1 a. etapa.- 15 días
- 2 a. etapa.- 60 días
- 3 a. etapa.- 105 días

La tercera etapa fué la más amplia considerando que las cédulas de encuesta aplicadas fueron hechas en los domicilios de los pacientes para evitar alteraciones, errores u omisiones y sobre todo, considerando que en la mayor parte de los casos el paciente acude sólo a su consulta o bien lo hace acompañado de personas ajenas a sus familiares.

Las fuentes de información fueron proporcionadas por el Departamento de Trabajo Social y por los Archivos de la Unidad de Medicina Familiar número 16, Pueblo Nuevo del I.N.S.S.

La forma de recolección de los datos se encuentra anexa tanto para el Médico, paciente y familiar del paciente.

La concentración de los datos se efectuó por hojas de tabulación modificadas y rectificadas en 3 ocasiones por el conjunto de Médicos Residentes que intervienen en este trabajo, así mismo fueron nuevamente rectificadas por el Departamento de Estadística del Hospital General de Zona II número 1 en Mexicali B. C. y se reajustaron al sistema de tarjetas perforadas para com-

putación manual.

La medición de los resultados se comprobó y se ratificó tanto cualitativamente como cuantitativamente con medición analítica y crítica por los Médicos Residentes que intervinieron en la investigación, bajo asesoría ya mencionada.

Una vez completado el resumen de las actividades a realizar se sometió a un interrogatorio especial formulado en tres cuestionarios; uno dirigido al paciente, otro dirigido al familiar y otro al médico, donde se tomaron los datos anexos siguientes:

al paciente se tomaron los datos:

Ficha de identificación.- Nombre, sexo, edad, número de afiliación estado civil, peso actual y talla, años de ser diabético, roll familiar, fecha de última consulta, ingreso percápita, tipo de control, número de hospitalizaciones, escolaridad.

Dentro del área cognocitiva se preguntó; el concepto general de la enfermedad y el conocimiento que él tiene sobre las complicaciones de la enfermedad.

Por lo que respecta al área familiar se interrogó sobre la pérdida de autoridad, disminución de la libido, aparición de problemas familiares y comportamiento de la familia ante el enfermo.

El área psicosocial fue investigada en la siguiente forma: la sociabilidad del individuo e cambios de comportamiento social y psicológico para con el medio ambiente que le rodea; la relación médico-paciente existente y prevalente del momento.

En cuanto a la cédula de encuesta al familiar se tomaron como -
datos generales:

Ficha de identificación.- Nombre, sexo, roll familiar, estado ci-
vil, ingreso percápita, escolaridad y la edad.

Por lo que respecta a las áreas cognitivas de la enfermedad, -
familiar, psicosocial y relación médico-paciente fueron las mismas interro-
gantes pero encaminadas al familiar en sí.

La cédula de encuesta al médico comprendió sus datos generales -
(nombre, categoría y turno) y se preguntaron las complicaciones más frecuen-
tes a nivel de esta enfermedad, así como el grado de actualización sobre -
el tema y la representación que tiene la enfermedad en su consulta.

RESULTADOS

I.1.- Datos generales de los pacientes diabéticos encuestados.

- a) SEXO.- De los 40 pacientes encuestados, se obtuvo que el 70% (28) correspondieron al sexo femenino y el 30% (12) de los encuestados fueron del sexo masculino.
- b) EDAD.- La mayor incidencia encontrada fue de 9 pacientes 22,5% dentro del grupo de edad de 60 a 64 años; los de mayor incidencia con un paciente 2,5% correspondió a los grupos de 20 a 24 años; 30 a 34 y 35 a 39 años (ver fig. 1).
- c) ESTADO CIVIL.- De los pacientes encuestados encontramos que la mayor incidencia correspondió a los casados con 25 que representa 62,5% y la unión libre representó al grupo de menor incidencia con 3 casos correspondiendo a 7,5% de la población de diabéticos entrevistados (ver fig. 2).
- d) GRADO DE ESCOLARIDAD.- Los resultados obtenidos con respecto al grado de escolaridad de los pacientes entrevistados nos reportó que ninguno de estos diabéticos tenían una profesión determinada; en la mayoría de los casos 22 (55%) se encontraban con primaria incompleta; el 20% ó son analfabetas, 7 casos (17,5%) sólo saben leer y escribir y 3 pacientes (7,5%) tienen primaria completa. (ver fig. 3).
- e) INGRESO FAMILIAR.- Los datos obtenidos con respecto al ingreso per-cápita familiar nos reportó que la totalidad de los pacientes encuestados representaron ingreso per-capita menor a 1500 pesos mensuales.

I.2.- Datos generales de los familiares de diabéticos encuestados.

Se encuestaron a 40 familiares de pacientes diabéticos de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

- a).- SEXO.- El mayor número de familiares encuestados correspondieron al sexo femenino con 21 entrevistados (52.5%) de la población, y el 47.5% (19) correspondió al sexo masculino.
- b).- EDAD.- Los resultados obtenidos con respecto al grupo de edad se encontró que la mayor proporción de los entrevistados se encontraban en el grupo de 20-24 años con 7 siendo el (17.5%) de la población estudiada; y el grupo de edad donde se observó menor cantidad de familiares encuestados con un sólo paciente correspondió al grupo de 55 a 59 años, representando el (2.5%) del grupo entrevistado (ver fig. 4).
- c).- ESTADO CIVIL.- Se observó que la mayor incidencia de los entrevistados se encontraban casados representando 26 de los 40 entrevistados correspondieron al (65%) y 13 (35%) de los familiares fueren solteros, encontrándose que un sólo familiar era viudo. (ver fig. 5).
- d).- GRADO DE ESCOLARIDAD.- Dentro de las encuestas realizadas se encontró que la mayor incidencia con respecto al nivel educacional correspondió al nivel de primaria incompleta encontrándose a este nivel 13 familiares encuestados los cuales representan (32.5%) de la población estudiada; teniendo de acuerdo a su frecuencia en orden decreciente los siguientes niveles: primaria completa con 9 familiares (22.5%); secundaria incompleta con 7 encuestados (17.5%); preparatoria incompleta presentaron 4 familiares, representando al (10%) y con 3 encuestados (7.5%); los niveles académicos de los que apenas saben leer y escribir. Y secundaria completa por último donde se encontró que la mayor proporción de los entrevistados de acuerdo al grado de escolaridad fué para

la profesional incompleta con 1 (2.5%) entrevistado. (ver fig. 6).

e).- INGRESO PER-CAPITA.- al igual que al grupo de los pacientes diabéticos entrevistados; se obtuvieron resultados que nos indicaron que el ingreso per-cápita familiar fué menor a 1500 pesos.

1.3.- Datos generales de los médicos tratantes del paciente diabético.
Se aplicaron los cuestionarios a 15 médicos distribuidos en 8 consultorios con dos turnos de trabajo (AC - BE), no interesando para este trabajo la edad, sexo, ingreso, ni estado civil de los médicos tratantes entrevistados.

II.1.- Aspectos de interés médico de los pacientes diabéticos entrevistados.

- a).- AÑOS DE EVOLUCIÓN DIABÉTICO.- Dentro de los enfermos encuestados se encontró que la mayor incidencia, 24 diabéticos (60%) de la población estudiada, tenía una evolución cronológica de su enfermedad menor de diez años, mientras que 16 (40%), tenían una evolución más crónica de su enfermedad, é sea, más de diez años, presentando en este grupo que 2 de los pacientes encuestados tenían más de 25 años de evolución de su desajuste metabólico.

Años de evolución de la diabetes	NO. de casos	%
Menor de 10 años de evolución	24	60
Mayor de 10 años de evolución	16	40
TOTAL	40	100

- b).- TIPO DE CONTROL.- Con respecto al tipo de control de la diabetes se -- encontró en este grupo de pacientes entrevistados, que la mayor proporción de ellos 19 (47.5%), realizaban su control exclusivamente con --- hipoglucemiantes orales, mientras 15 pacientes que correspondieron al (37.5%), se controlaban a base de hipoglucemiantes orales a dieta; el resto de los pacientes 6 (15%), llevaban otro tipo de control (ver fig. 7).

- c).- NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES.- Observamos que 33 (82.5%) de los pacientes diabéticos entrevistados nunca habían tenido necesidad de ser hospitalizados por su padecimiento, mientras que solo 3 pacientes (7.5%), habían tenido una sola hospitalización, 2 diabéticos (5%) ingresaron - en dos ocasiones y por último otros 2 (5%) habían tenido tres ingresos hospitalarios por causa de su padecimiento metabólico (ver fig. 8).

d).- Peso Y Talla.- Se realizó la toma de peso y talla en todos los pacientes con el fin de investigar el peso ideal de los enfermos entrevistados; teniendo como resultado: la mayoría de los pacientes 25 (62.5%) se encontraban con sobrepeso; 9 pacientes (22.5%) mantenían su peso ideal y 6 diabéticos (15%) presentaban bajo peso.

III Área Médico Cognocitiva de la Diabetes Mellitus.

III.1.- Conocimiento general de la diabetes mellitus por el paciente diabético entrevistado.

Se observó en los resultados obtenidos a nivel de los pacientes, que la mayor incidencia de los enfermos, 26 (65%), tenían un concepto erróneo de su enfermedad, mientras que 14 (35%) presentaban un concepto general de la enfermedad correcto.

a).- COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.- La respuesta en lo referente a las complicaciones de la diabetes mellitus por parte de los pacientes entrevistados se obtuvo que la mayor complicación detectada fue la retinopatía por 15 pacientes (37.5%), seguida por la enfermedad cerebral vascular con 7 (17.5%), al igual que la nefropatía. En menor proporción se reportaron otros tipos de complicaciones (ver fig. 9).

III.2.- Conocimiento general de la diabetes mellitus por los familiares de los diabéticos entrevistados.

Con respecto a este nivel se observó que la respuesta de los familiares entrevistados referente al concepto general de la enfermedad tuvo mayor incremento el concepto erróneo, ya que 30 (75%) de los entrevistados marcaron dicho concepto, mientras que solamente 10 (25%) tenían un concepto correcto con respecto al conocimiento general de la diabetes.

a).- COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.- Las complicaciones de la diabetes que fueron más reportadas por los familiares correspondieron en --

orden decreciente a retinopatía, infecciones agregadas, vasculopatías periféricas y nefropatías, únicamente un familiar encuestado reportó como complicación de la enfermedad a la neuresis.

III.3.- Conocimiento general de la diabetes mellitus por los médicos tratantes entrevistados.

Con respecto a esta área se investigó a nivel de los médicos tratantes las complicaciones más frecuentes conocidas y detectadas por éstos, - siendo reportados con mayor incidencia en orden decreciente las siguientes complicaciones: Nefropatía diabética en un 66.6% de las entrevistas realizadas, neuropatías periféricas en un 73%, retinopatías en 66.6% y macroangiopatía en un 53.3% de las encuestas refiriendo otras complicaciones en menores proporciones, (ver fig. 10).

Actualización sobre la diabetes mellitus.- Se obtuvieron que 11 médicos (73.3%) indicaron que se encuentran actualizados por medio de la lectura de las últimas publicaciones y aplicando dichos conocimientos en sus pacientes.

IV Aspectos familiares de la diabetes mellitus.

IV.1.- Aspectos familiares reportados por los pacientes diabéticos encuestados.

- a).- AUTORIDAD FAMILIAR.- Se aplicó el cuestionario tratado de investigar la percepción de la pérdida de autoridad a nivel del núcleo familiar, reportando dichas entrevistas que la mayor proporción de pacientes investigados 31 (77.5%) fue negativa la respuesta con respecto a la sensación de pérdida de autoridad familiar como consecuencia de la enfermedad, mientras que 9 casos (22.5%), percibieron en forma positiva la sensación de pérdida de autoridad.
- b).- DISMINUCIÓN DEL APETITO SEXUAL.- En la encuesta realizada a los diabéticos entrevistados se observó que 14 (35%) respondió en forma positiva la disminución del apetito sexual y 26 (65%) negaron dicha perturbación.
- c).- PROBLEMAS FAMILIARES.- (50%) de los diabéticos encuestados reportaron la presencia de problemas familiares una vez instalado el padecimiento; mientras que los otros 20 (50%) pacientes no reportaron dichos problemas en su familia.
- d).- COMPORTAMIENTO FAMILIAR.- en este renglón se obtuvo como resultado que la mayor proporción de los pacientes 25 (62.5%) refirieron que el comportamiento de su familia fue positivo con respecto a su padecimiento, mientras que 15 (37.5%) reportaron que el comportamiento de su familia hacia el paciente fue en forma negativa.

IV.2.- Aspectos familiares reportados por los familiares de diabéticos encuestados.

- a).- AUTORIDAD FAMILIAR.- De los familiares entrevistados se obtuvieron datos sobre pérdida de autoridad familiar del paciente diabético teniendo como resultado que la mayor proporción de los familiares 31 (77.5%) no reportaron dicha anomalía, mientras que 9 (22.5%) familiares refirieron la presencia de pérdida de autoridad familiar.
- b).- DISMINUCION DEL APETITO SEXUAL.- De los familiares encuestados, se observó que 16 (45%) de éstos fueron cónyuges; a su vez de éstos, 11 (27.5%) reportaron la presencia de disminución del apetito sexual de su pareja enferma, mientras que solamente 7 de los integrantes de parejas conyugales no reportaron alteración sexual de su paciente.
- c).- PROBLEMAS FAMILIARES.- 21 familiares (52.5%), reportaron la ausencia de problemas a nivel familiar, mientras que 19 (47.5%) familiares, refirieron la presencia de problemas familiares debido a su enfermedad diabética.
- d).- COMPORTAMIENTO FAMILIAR.- Los familiares encuestados refirieron en 20 de éstos (70%) que el comportamiento familiar ante el enfermo fué favorable, mientras que en 12 (30%) familiares refirieron tener un comportamiento familiar negativo ante el enfermo diabético.

IV.3.- Aspectos familiares reportados por los médicos tratantes entrevistados.

- a).- INFORMACION SOBRE EL PADECIMIENTO.- Se obtuvo dentro de los médicos entrevistados, en 10 (66%) de ellos que la información con respecto a

la enfermedad la daban en su totalidad a la familia completa, mientras que 5 (34%), daban la información sobre la enfermedad a la familia en forma parcial (ya sea únicamente al paciente, a la pareja, ó a quien lo solicitaba).

- b).- Problemas Familiares.- Los problemas familiares mas frecuentemente encontrados por los médicos fueron: problemas de angustia familiar 6 médicos (39.6%), seguidos por problemas de angustia y depresión, 3 médicos (19.8%) no detectaron dichos problemas y 1 (6.6%) refirió no tener interés en dichos problemas para el control del paciente.

V Aspectos Psicosociales.

V.1.- Aspectos psicosociales reportados por los pacientes diabéticos--
encuestados.

a).- COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE.- La forma de comportamiento del paciente hacia su enfermedad fué reportada de la siguiente manera: 19 (47.5%) pacientes reaccionaron incrementando su ego, 11 (27.5%) reaccionaron tomando el padecimiento como un problema de tipo económico y 10 (25%) presentaron un aislamiento de carácter social.

b).- RELACION LABORAL.- Se obtuvo que la mayor respuesta con respecto a la presencia de problemas laborales en relación con su enfermedad fué negativo en 25 (62.5%) pacientes, mientras que 15 (37.5%) reportaron la presencia de problemas en su relación laboral cotidiana.

Relaciones interpersonales.- La mayoría de los pacientes entrevistados se observó que 24(60%) no notaron ningún cambio en su comportamiento con los demás, 16 (40%) pacientes reportaron cambios en el comportamiento de las relaciones interpersonales caracterizados por estados -- tendientes a la angustia y depresión.

c).- RELACION MEDICO - PACIENTE.- Observamos que en 29 diabéticos (72.5%) - entrevistados refirieron mantener buenas relaciones con su médico tratante, 11 (27.5%) pacientes refirieron mantener mala relación médico-- paciente.

V.2.- Aspectos psicosociales reportados por los familiares entrevista--
dos.

a).- COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE.- Los familiares encuestados reportaron que

los pacientes diabéticos reaccionaron de la siguiente manera: 19 (47.5%) reaccionaron incrementando su ego 14 (35%) presentaron un aislamiento social y 7 (17.5%) enfermos lo abordaron como un problema de carácter económico.

b).- RELACION LA. ORAL.- Se reportó la presencia de problemas laborales debido a la diabetes en 12 entrevistas (30%) y 20 familiares (70%) refirieron no haber presencia de problemas laborales en sus pacientes.

relaciones Interpersonales.- Se observó que los familiares de los pacientes diabéticos reportaron 19 de ellos (47.5%) la presencia de estado de angustia en su paciente; 15 familiares (37.5%) refirieron que no hubo cambio del comportamiento de su familiar con los demás y 6 familiares (15%) reportaron estados de depresión de sus pacientes.

c).- RELACION MEDICO.- PACIENTE.- 32 familiares entrevistados (80%) refirieron mantener una buena relación con el médico tratante mientras que 18 encuestados (20%) reportaron mantener una relación en el médico tratante.

V.3.- aspectos psicosociales reportados por los médicos tratantes entrevistados.

Refirieron los médicos tratantes a sus pacientes diabéticos como un paciente que debe considerarse con atención especial en un 53% de los entrevistados; mientras que 40% de los médicos entrevistados consideran al diabético como un paciente con problemas serios involucrando aspectos psicosociales que debe ser ayudado en forma integral, mientras que el 7% de los encuestados definieron al paciente diabético como un enfermo negligente.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos de las secciones de campo, podemos considerar -- que:

- 1.- El grupo de pacientes diabéticos entrevistados, se caracterizó por ser en su mayoría adultos viejos, con predominio del sexo femenino y una -- gran proporción de ellos jugando un rol familiar que implica una responsabilidad hacia el grupo familiar, situados estos en un nivel económico y cultural bajo.
- 2.- Los familiares entrevistados, que en su mayoría se encontraban en una edad económicamente activa teniendo un predominio del sexo femenino, - solteros y con un nivel económico bajo.
- 3.- Los médicos tratantes encuestados se desenvuelven en un medio laboral - de carácter institucional.
- 4.- Los diabéticos entrevistados se encontraban en una gran proporción en - las etapas iniciales de su padecimiento, llevando la mayoría de ellos un mal control de su desajuste metabólico y una gran proporción no - - habiendo tenido experiencia de ingreso hospitalario a causa de la diabetes, encontrándose un índice elevado en estos pacientes un estado de sobrepeso.
- 5.- El paciente diabético tiene un concepto general de la enfermedad difuso o equivocado, conociendo únicamente complicaciones de carácter somático.
- 6.- El familiar del enfermo en su mayoría desconoce el concepto general del padecimiento y las complicaciones de la diabetes mellitus.
- 7.- El médico tratante se actualiza únicamente tomando como base las repercusiones somáticas que tiene la enfermedad.

- 8.- El diabético refiere en forma considerable presentar desajuste a nivel familiar.
- 9.- Un número considerable de familiares refiere la aparición de problemas a nivel familiar ante la presencia de un paciente diabético en el núcleo.
- 10.- Los médicos tratantes informan la presencia de angustia y depresión de los pacientes diabéticos a su cargo.
- 11.- Los pacientes diabéticos sufrieron un cambio de actitud en su comportamiento al saberse enfermos.
- 12.- Un grado considerable de los familiares refirieron haber notado modificación en el comportamiento de su familiar, tanto a nivel familiar y social al saberse diabéticos.
- 13.- Los diabéticos como problema de carácter económico fue reportado por los enfermos y familiares de estos en una forma considerable.
- 14.- La relación médico-paciente dentro de los diabéticos y familiares entrevistados, fué reportada como buena en la mayoría de los casos.
- 15.- Los médicos tratantes consideran al paciente diabético como un enfermo que se le debe brindar un apoyo integral para mejorar el manejo y control de su patología.

CONCLUSIONES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Se intuye por lo anteriormente dicho, que en nuestro medio persiste el predominio y aparición de la enfermedad, en etapas tardías de la edad adulta, teniendo como consecuencia que afecta por la edad de aparición a personas que tienen o desarrollan un rol importante en la dinámica del grupo familiar a que pertenecen, así como la tendencia de orden genético, de incrementar nacimientos de personas potencialmente predisuestas de presentar el mismo desajuste metabólico.
- 2.- Los familiares del derecho-habiente entrevistados se encuentran situados en una etapa importante para poder efectuar acciones de carácter preventivo, hacia la aparición de la diabetes, por ser personas con una carga genética importante. Por lo que se podría establecer que dichas acciones sean encaminadas al mantenimiento de un peso ideal, dietas adecuadas, controles médicos periódicos, incluyendo glucemias capilares cada 6 meses así como el conocimiento de conceptos psicosociales de salud y enfermedad.
- 3.- Los médicos al desarrollarse en un medio ambiente laboral de tipo institucional, tienen muchas ventajas para poder controlar adecuadamente al paciente y su familia, la Institución por su parte ha de tratar que el médico tenga más información al respecto, para la aplicación de acciones en el primer nivel de atención. El médico realizará con mayor importancia acciones de prevención y promoción.
- 4.- Se tienen que realizar acciones sobre el aspecto psicológico del paciente, tendientes a implementar, una higiene mental del diabético, con respecto a la aceptación de su nuevo estado de no salud y las complicacio-

nes de carácter psicosocial que pueden presentarse si no acepta en forma adecuada dicha patología existente en él, así como el mantener un buen control de su problema orgánico, con información clara de la forma de control, ya sea higiénico, medicamentoso, dietético, este último tendiente de mantener un peso ideal al paciente y su familia.

- 5.- El derecho-habiente enfermo diabético en su mayoría un conocimiento erróneo de su enfermedad, por el carácter difuso y general de la diabetes, por tal motivo tienen un mal control de sí mismos.

El no tener un conocimiento claro de su endocrinopatía, el paciente se encontrará no apto para cooperar en su control, por la sensación de inseguridad y sozobra que le embarga.

Luego entonces, es necesario implementar acciones del médico para informar con claridad, dependiendo del nivel cultural del enfermo y su familia, tratando de abarcar en forma integral las áreas afectadas, es decir a todo nivel bio-psico social. En cuanto a las complicaciones -- que se presentan a causa de la enfermedad, la información es de primordial importancia, a la forma de control ya sea médico o higiénico-dietético.

La información debe ser dada por un equipo interdisciplinario, quedando la dirección de acción al médico tratante, abarcando una serie de consultas hasta que el derecho-habiente se encuentre sensibilizado y con un concepto general y claro de su enfermedad, teniendo como resultado un paciente y una familia que cooperará al mejor control de su enfermo.

- 6.- Este se traduce en la poca participación que va a tener la familia en el control de su paciente, lo que ocasiona que el diabético se enfrente con su problema en forma individual, sin apoyo de su familia, lo que incrementa las presiones de carácter psicológico por la sensación de culpabilidad del paciente y la familia en forma recíproca, al encontrarse solo con su problema.
- 7.- Es importante la información al médico de los aspectos psicosociales -- que presentan los enfermos de diabetes mellitus y así brindar apoyo integral a estos enfermos.
- 8.- En lo que respecta a la disminución de la libido, esto es causa directa de alteraciones psicológicas con repercusión ulterior a el núcleo familiar.
- 9.- Se debe aclarar a los familiares del cambio sufrido por su enfermo, que la presencia de egoísmo provocando aislamiento social, problemas de -- interrelación familiar, laboral, desajustes económicos, son productos directos de la enfermedad, por lo que se concientizará a los familiares -- de esta situación para una mejor adaptación posible.
- 10.-El médico tratante de alguna u otra forma ha detectado estas alteraciones, pero sin embargo no le dá importancia debida, ya se mencionó que -- carece de información adecuada en cuanto a las alteraciones psico-socia -- les, y esto reanda en una mejor atención.
- 11.-Entendiendo que el padecimiento es causa de problemas laborales o pro -- fesionales, básicamente de relación interpersonal redundando en su capacidad profesional, se debe hacer entender al diabético que tal incapaci --

dad y cambio de comportamiento no son necesariamente dependientes de su enfermedad, se le debe estimular que su comportamiento sea de un su jeto normal.

- 12.- Los familiares deben tener firmemente el conocimiento de los cambios - bio-psico-sociales del enfermo diabético y tener conciencia de que ella ellos mismos están predispuestos genéticamente a contraer la enfermedad si no es que ya la padezcan.
- 13.- Concluimos que todo padecimiento crónico económicamente el costo es -- elevado, es por eso que en su mayoría de los núcleos familiares el dé ficit económico es considerable, el enfermo ha de entender las bases - de su control para impedir en forma temprana la aparición de las com- plicaciones que son causa de dicho déficit.
- 14.- Observamos la confianza que tiene el diabético como enfermo y persona- ante el médico, esta relación es básica para promover programas de pri mer nivel de salud, principalmente de enseñanza, que junto con enferme- ría y trabajo social son necesarios para prevenir los problemas psico- sociales y biológicos del diabético y sus familiares.
- 15.- Creemos que el diabético no sea solo tratado como enfermo o una ficha clínica, abogamos que sea tomado en cuenta como un ente bio-psico-so- cial, como todo sujeto se encuentra luchando humanamente en la socie- dad.

COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS

Definitivamente, las hipótesis planteadas al presentar nuestro -- protocolo de investigación, son verificadas con el presente estudio, en don de hemos comprobado que:

1o.- "El desconocimiento ya sea parcial o total de la diabetes y sus complicaciones somáticas, su tratamiento y rehabilitación, procrean alteraciones de la personalidad del enfermo, sifriendo su familia un desequilibrio emocional, dando como resultado la aparición de un medio propicio para la presentación de alteraciones de carácter psicosocial en la familia".

Lo anteriormente expuesto se comprueba cuando los pacientes (50%) contestaron que efectivamente se presentaron problemas familiares una vez -- instalado el padecimiento. La cifra representativa de que en la mitad de -- los pacientes se presenta el problema planteado, se ve reforzado cuando la familia nota la problemática existente en un 47.5%, cifra casi idéntica a -- la reportada inicialmente.

2o.- "Un ambiente hostil alrededor del diabético da como consecuencia un -- mal control de su padecimiento, propiciando un ambiente fértil para la instalación de alteraciones de carácter psicosocial en su núcleo familiar". Lo anterior se comprueba cuando el médico familiar tratante, detecta problemas de angustia familiar (39.6%), seguidos por problemas -- de angustia y depresión familiar (19.8%), lo que dará un total de 59.4% o sea, que las 3/5 partes de los médicos detectan un ambiente hostil -- con lo que probablemente se instalará alguna otra alteración psicosocial a la ya existente.

301- "El estrato sociocultural de la familia y del diabético interviene en forma importante en el control y manejo adecuado al paciente, así como a la aparición de alteraciones de carácter psicosocial".

Esto es comprobado bajo el análisis de los datos generales, tanto del paciente como de sus familiares, en donde el estrato socioeconómico así como cultural y su grado de escolaridad son en realidad bajos.

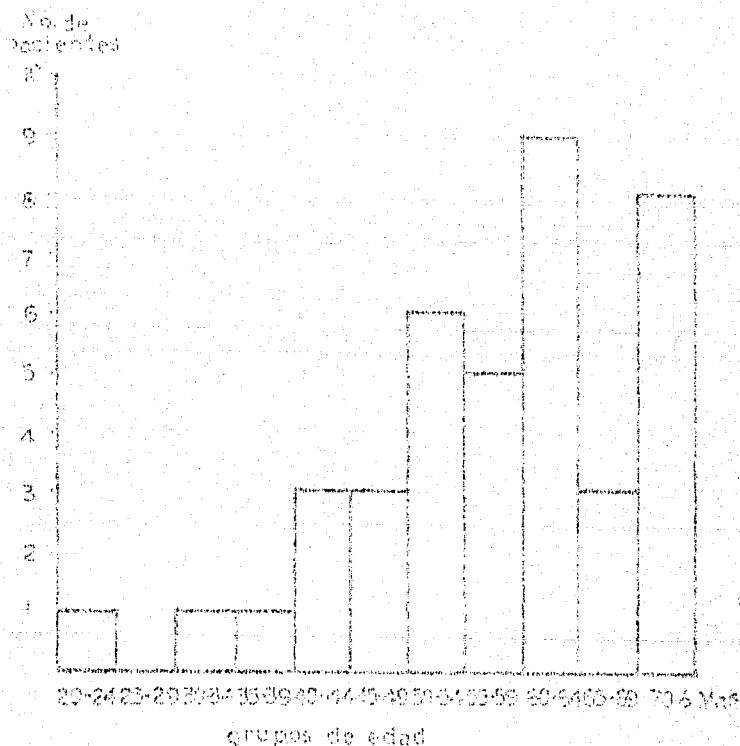
Nuestras hipótesis son comprobadas ampliamente.

Gráfica No 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS —
ENTREVISTADOS

U.M.F. No 10

I.M.S.S.



Fuente: Cedula de encuesta

Oct. 1980

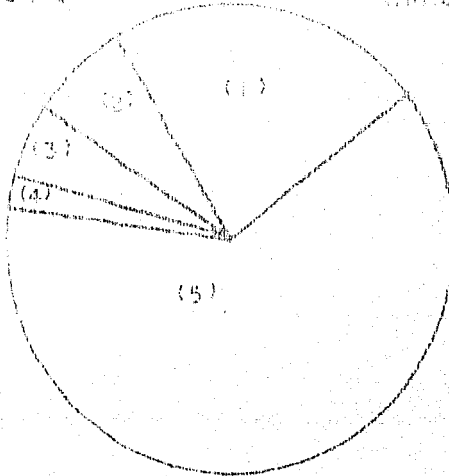
Gráfica No 2

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL
DE LOS PACIENTES DIABETICOS.
ENTREVISTADOS

U.M.F. No 16

I.M.S.S.

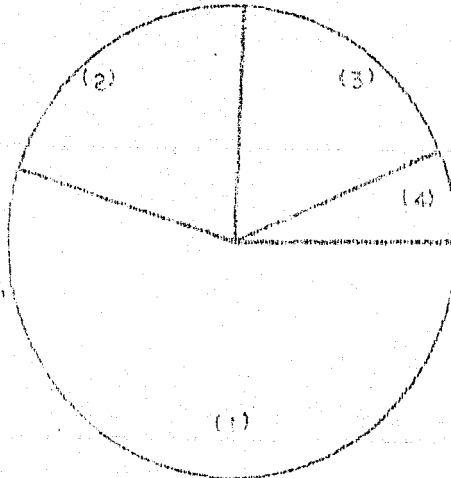
- 1.- Viudos 22.5%
 - 2.- Abandonados 7.5%
 - 3.- Solteras 5.0%
 - 4.- U. Libre 2.5%
 - 5.- Casados 62.5%
- Total 40



Fuente: Cedula de encuesta

Oct. 1960

- 1.- Primaria. Incompl. 55%
 - 2.- Analfabeta 20%
 - 3.- Saben leer y escribir 17.5%
 - 4.- Primaria Completa 7.5%
- Total 40



Fuente: Cedula de encuesta

Oct. 1960

Gráfica No 3

DISTRIBUCION POR GRADO ESCOLAR
DE LOS PACIENTES DIABETICOS.
ENTREVISTADOS

U.M.F. No 16

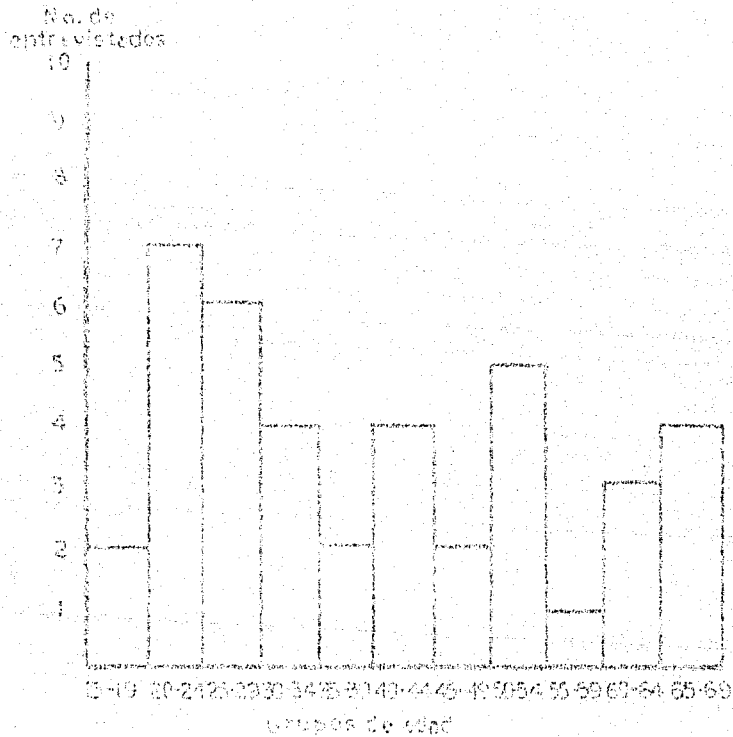
I.M.S.S.

Grafica No. 4

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
DE LOS FAMILIARES DE DIABETICOS
EN EL Y STADOS

U.M.C. No 15

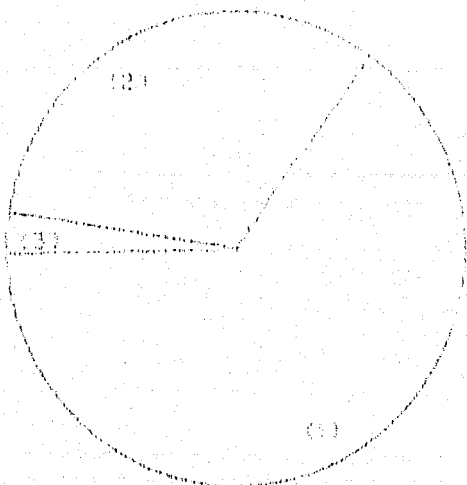
I.M.S.S.



DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL
DE LOS FAMILIARES DE DIABETICOS
ENTREVISTADOS

C.M.E. No.16

I.M.S.S.

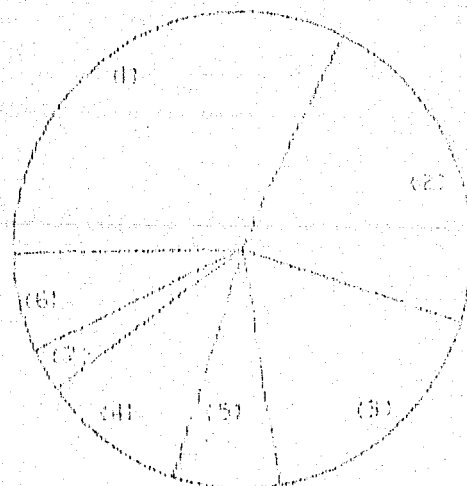


- 1.- Casados 62.5%
- 2.- Solteros 32.5%
- 3.- Viudos 2.5%

Total: 40

Fuente: Cédula de encuesta

Oct. 1980



- 1.- Primaria incompleta 32.5%
- 2.- Primaria completa 22.5%
- 3.- Secundaria incompleta 17.5%
- 4.- Prep. incompleta 10.0%
- 5.- Saben leer y escribir 7.5%
- 6.- Secundaria completa 7.5%
- 7.- Profesional incompleta 2.5%

Total: 40

Fuente: Cédula de encuesta

Oct. 1980

Gráfica No.6

DISTRIBUCION POR GRADO ESCOLAR
DE LOS FAMILIARES DE DIABETICOS
ENTREVISTADOS

C.M.E. No.16

I.M.S.S.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALAN L. Graber, M.D. Bárbara G. Christman, R.N.M.S.
"Evaluation of Diabetes patient-education-programs"
The Journal of the American Diabetes Association,
Vol.26, pp 61-64, 1977.
- 2.- AUDREY Latshaw Sutton.
"Enfermería práctica en Medicina y Cirugía".
Nueva Editorial Interamericana, 1970.
- 3.- CECIL Leeb, Beeson-Mcdermott.
"Tratado de Medicina Interna".
Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono.
Tomo II, pp 1725, Philadelphia, Saunders, 1971.
- 4.- CHASE, P.K, M.D.
"Aspectos emocionales y psicosociales de la diabetes mellitus".
Clínicas Médicas de Norteamérica.
Vol. 55 No. 4 Julio 1971.
- 5.- DE LA FUENTE, Muñiz Ramón.
"Aspectos psicológicos de la diabetes mellitus".
pp 298-301, México FCE, 1959.
- 6.- ETZWILER, D.Dennell.
"Enseñanza que requiere el diabético".
Clínicas Médicas de Norteamérica.
Vol. 4, pp 869-975, 1978.
- 7.- FADDEIAS, Valenti P.
(Dirigido Rozman Ciril)
"Medicina Interna".
Editorial Marin, 8a. edición, ..
Tomo I, pp 553-580, Barcelona España, 1974.
- 8.- HARRISON y Cols.
"Medicina Interna"
4a. Edición en Español
6a. Edición en Inglés
Traducción al Español C.A mor, S. 4 Cols
Principles of Internal Medicine.
La Prensa Médica Mexicana, 1er. Tomo
pp 583-602, México 20, D.F. 1973
- 9.- HARVEY, Mc Gehce A. y Cols.
"Tratado de Medicina Interna"
Traductor Sapiña Renard Santiago.
Nueva Editorial Mexicana, S.A. de C.V. 18a. Edición
pp 765-793, México 4, D.F. 1973.

- 10.- HUNTER Phillips, John Jr, MD. and Cols.
"Progress of Medical Science"
"El rol de los factores emocionales dentro de la etiología y evolución de la Diabetes Mellitus".
Una revisión de la literatura reciente.
The American Journal of the Medical Science.
No. 94: pp 131-147, 1962.
- 11.- KATS, A.M.
"Wives of Diabetic Men".
Menninger Clinic Bulletin
No. 33: pp 279-294, 1969.
- 12.- KIMBALL C. Patterson.
"Emocional and psychosocial aspects of diabetes Mellitus".
Clínicas Médicas de Norteamérica.
No. 55: pp 1007-1018, 1971.
- 13.- MARCUS A. Krupp y Cols.
"Diagnóstico Clínico y tratamiento".
El Manual Moderno, S. A.
Traducción Armando Soto Rodríguez.
Current Diagnosis and Treatment.
Edición en Inglés 1973,
pp 727-746, México 11, D.F. 1974.
- 14.- MESA REDONDA.
"Historia Natural de la Diabetes Mellitus."
Revista Facultad de Medicina, U.N.A.M., MEX.
Vol. XVII, año 17, No. 6. pp 5-28. Junio 1974.
- 15.- NELSON, Vaughan, Mc Koy.
"Tratado de Pediatría"
Salvat editores.
Tomo II, pp 1212-1213, Barcelona España, 1974.
- 16.- SHELLHAUSE L.J. & Shellhause F.E.
"Role of the Family in rehabilitation".
Social Casework,
No. 53: pp 544-550, 1972.
- 17.- T. Roberts.
"Manual de enfermería psiquiátrica".
Editor Intermédica,
pp 91 Buenos Aires, Argentina, Agosto 1973.

- 16.- WILLIAMS, Robert H.
"Tratado de Endocrinología".
Diabetes Mellitus.
Salvat Editores, 3a. Edición, 5a. reimpression.
pp 724, Barcelona España, 1978.

- 19.- WILLIAMS, J. Wishner and Michael D. O'Brien.
"Diabetes y la Familia".
Clínicas Médicas de Norteamérica.
vol. 4, pp 869-975. 1978.

F E D E E R R A T A S

- 1.- Se repite contenido de las páginas número 7 y 8, en las páginas 8 - 9 y 10. Por error mecanográfico

- 2.- Se indica erroneamente la presencia de las figuras 7 y 8 respectivamente, las cuales son inexistentes en el trabajo.