

11226  
2 of 50



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HGZ No. 11 XALAPA, VER. UMF No. 10

Influencia del Manejo y Abordaje  
Integral en las Familias Diabéticas  
de la U.M.F. No. 10 en  
Xalapa, Ver.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

GERARDO KURI CORTES



XALAPA, VER.

1988

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 N D I C E

1.- OBJETIVO GENERAL .....	1
2.- INTRODUCCION .....	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
4.- HIPOTESIS GENERAL .....	5
5.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES .....	6
6.- MATERIAL Y METODO .....	7
7.- RESULTADOS .....	16
8.- CONCLUSIONES Y COMENTARIOS .....	20
9.- BIBLIOGRAFIA .....	21

**OBJETIVO GENERAL**

Mostrar que el manejo biopsicosocial de las familias diabéticas, propicia resultados más satisfactorios que el manejo biológico, en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar - No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Xalapa, Vera Cruz.

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

Desde la antigüedad, la medicina ha estado al servicio de la sociedad, tratando de ajustarse a sus necesidades, siendo esto en muchas ocasiones de forma inadecuada. De los cambios más importantes, al inicio del siglo, se crea una medicina con enfoque biológico e individualista, resultando de ello, la fragmentación de la unidad biológica en órganos y sistemas, la separación del hombre y su contexto social y de su psiquismo, impidiendo esto una concepción del mundo y la vida humana de una forma estructurada científicamente (1).

La integración se ha intentado por varios caminos, uno de ellos, la medicina familiar, retoma a la medicina general desde el punto de vista integral o biopsicosocial, utilizando a la familia como unidad de análisis del proceso salud-enfermedad (2). Tomando como base estos principios y aspectos de la medicina familiar, afirmamos que el manejo del paciente diabético y su familia debe ser integral, es decir, el manejo biopsicosocial. Para ello usaremos el abordaje integral de la salud familiar (3), que se basa en los conocimientos disponibles del área médica en sus esferas individual, grupal e institucional, incluyendo un proceso de enseñanza-aprendizaje, siendo el aprendizaje grupal el más apegado a nuestros propósitos (4).

Actualmente hay unos 200 millones de diabéticos en el mundo representando un grave problema de salud pública, con una incidencia del 6% anual. La enfermedad y sus complicaciones ocupan la 3a. causa de mortalidad en los EEUU (5). Australia contempla un tratamiento integral con algunas características semejantes al nuestro, con buenos avances (6,7). Censos del IMSS a nivel nacional, indican que la enfermedad afecta a un 5% de la población derechohabiente - (8). Durante los primeros 10 meses de vida de nuestra UMF No. 10, la consulta por diabetes mellitus, representó un 2.1% del total de consultas otorgadas, esto es: 599 de 23,400, ocupando el 2o. lugar de morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas y el 3er. lugar de mortalidad en el HGZ No. 11 del IMSS de esta ciudad (9,10).

Los cambios tisulares producidos por un estado hiperglicémico sostenido, son potencialmente retardables en su aparición, por el uso correcto de dieta, ejercicio, hipoglucemiantes, insulina, etc. logrando con ello teóricamente una sobrevida mayor del paciente, sin embargo, los resultados aún no se logran (11). El manejo ideal retarda las manifestaciones clínicas de la macro y microangiopatía, logra y mantiene el peso corporal, corrige alteraciones metabólicas subyacentes (12,13), mejora la funcionalidad familiar y las relaciones psicológicas y sociales del paciente (14).

La aplicación del abordaje y manejo integral se basará en la utilización del proceso corrector de duración y objetivos limitados, de esta manera, la tarea correctora intenta: la disminución de los miedos básicos, plasticidad en el juego de introyección y -- proyección, volver explícito lo implícito, favorecer la movilidad de roles y la recreación de ideologías (15).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ El manejo y abordaje integral de la familia diabética, propicia la obtención de mejores resultados en el control de su enfermedad ?

En el servicio de consulta externa de la UMF No. 10 del IMSS de Xalapa Veracruz, se ha observado que frecuentemente un porcentaje importante de pacientes diabéticos, se encuentran biológicamente descontrolados, refieren un mínimo de conocimientos en relación con su enfermedad, no están completamente satisfechos con su manejo actual, muestran algún grado de disfunción familiar por la presencia de la enfermedad, las alteraciones psicológicas y sociales, también están presentes en los ámbitos individual, familiar y laboral. Además, un número cada vez mayor de complicaciones del tipo micro y macroangiopatía, se manifiesta, disminuyendo sin lugar a dudas la expectativa de vida de estos pacientes.

La presente investigación, tiene como propósito demostrar la utilidad e influencia positiva del manejo y abordaje integral familiar en relación con la disminución del descontrol metabólico y retraso en la aparición de complicaciones biológicas psicológicas y sociales de las familias diabéticas.

### HIPOTESIS GENERAL

El manejo y abordaje integral de la familia diabética, propicia la obtención de mejores resultados en el control de su enfermedad.

### HIPOTESIS ESTADISTICAS

H<sub>0</sub>.- Las familias diabéticas, cuando son manejadas integralmente no mejoran en el ámbito biopsicosocial.

H<sub>1</sub>.- Las familias diabéticas, cuando son manejadas integralmente mejoran en el ámbito biopsicosocial.



**DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

**ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIABETICA:** Prácti-  
ca social de la medicina, que implica el estudio y manejo integral  
del proceso salud-enfermedad en familias diabéticas, esto implica -  
el adecuado conocimiento de las ciencias biológicas, psicológicas y  
sociales. Todo lo anterior, respaldado por una filosofía bien defi-  
nida, permite explicar, predecir y controlar favorablemente al proce-  
so salud-enfermedad, así como sus implicaciones en el micro y macro  
ambiente.

**FAMILIA DIABETICA:** Grupo de dos o más personas que viven -  
juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de  
matrimonio o adopción, en la cual uno de sus miembros es diabético,  
implicando con ello una potencial disfunción familiar.

**PROCESO CORRECTOR DE DURACION Y OBJETIVOS LIMITADOS:** Con-  
junto de técnicas desarrolladas por la psicoterapia, que por su ob-  
jetividad, brevedad y costo, son una alternativa importante en la --  
práctica diaria del médico familiar.

**CONTROL METABOLICO ADECUADO:** Consideramos a las cifras nor-  
males de glicemia en el rango de 80 a 120 mg/100 ml con el método  
de Polin-Wu y al rango de 60 a 100 mg/ml con el método enzimático,  
utilizado desde hace 8 meses en nuestra UMF No. 10.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de dos cohortes de tipo prospectivo, longitudinal, comparativo y observacional, del 10. de junio al 30 de noviembre de 1987, en una muestra de 52 familias adscritas a la UMF No. 10. Para ello se localizó el domicilio de todas las familias diabéticas de la unidad y por servicio telegráfico se les invitó a una primera entrevista, donde se les proporcionó información general sobre la investigación; en una segunda entrevista, formamos una muestra de 52 familias, que reunían los criterios de inclusión y exclusión, estas fueron sometidas a la técnica de control por asignación aleatoria, formando dos grupos de 26 familias cada uno, el grupo experimental y el grupo control.

A los miembros diabéticos del grupo experimental, se les practicó una glicemia en ayunas y se les aplicó un formulario inicial (Anexos 1, 2, 3, 4) basado en: datos de identificación, conocimientos relacionados con la enfermedad y tipo de satisfacción en el manejo actual, detección de alteraciones psicológicas y conductas defensivas familiares, Apgar familiar, detección de alteraciones sociales en el ámbito individual, teniendo como objetivo detectar el nivel de conocimientos del paciente sobre su enfermedad y evaluar de manera global el ámbito biopsicosocial previo al estudio. La duración del manejo y abordaje integral es de 16 semanas, constituyéndose por tres fases: la fase uno, de integración grupal y educación para la salud, formada por siete sesiones grupales, realizando lecturas comentadas sobre definición y etiología, cuadro clínico, complicaciones agudas y crónicas, control - dieta, ejercicios, hipoglicemiantes e insulina, control médico integral, propiciando la exteriorización de sus fantasías y perspecti

vas con una participación grupal dinámica y eficaz; la fase dos, de desarrollo grupal, formada por seis sesiones semanales, con el objeto de intercambiar experiencias personales, obteniendo análisis y síntesis muy significativos; la fase tres, del manejo familiar, citando aisladamente a cada familia en cinco entrevistas, sometiendo las al proceso corrector de objetivos y tiempo limitados, formado por una entrevista de exploración y encuadre, tras de desarrollo y una de finalización. Al final, se cuantifico otra glicemia en ayunas, aplicando nuevamente el formulario inicial (Anexos 1,2,3,4) terminando el estudio y volviendo a control por su medico.

A los diabéticos del grupo control, se les practicó toma de glicemia en ayunas y les fué aplicado en formulario inicial (Anexos 1,2,3,4) continuando su control por su medico durante los cuatro meses siguientes, al terminar se toma nuevamente glicemia en ayunas y se aplica el mismo formulario inicial (Anexos 1,2,3,4).

Tomamos unicamente para efectos de evaluación en el presente estudio a los niveles de glicemia presentados por los pacientes al inicio y al final del mismo, considerando como estables o controladas aquellas familias con miembros diabéticos cuyas glicemias se encuentren en el rango de 90 a 180 mg/100 ml por el metodo Folin-Wu y entre 60 a 120 mg/100 ml por el metodo enzimatico.

El Apgar familiar incluido en el formulario aplicado, nos brinda el diagnostico funcional familiar, evaluado de la siguiente manera: 2 puntos a cada respuesta en "casi siempre", 1 punto en "algunas ocasiones" y 0 puntos en "dificilmente", 7 a 10 puntos denotan gran funcionamiento familiar, 4 a 6 moderadamente disfuncional y 0 a 3 familia severamente disfuncional (14), dando el panorama biopsicosocial del paciente y su familia. El analisis y la interpretacion de la informacion se realizo durante enero de 1988.

## CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Familias diabéticas que acepten ingresar al estudio.
- 2) Familias diabéticas con miembros de ambos sexos.
- 3) Familias diabéticas cuyo miembro enfermo se encuentre en el grupo etario comprendido entre los 15 a 70 años.
- 4) Familias diabéticas adscritas en cualquiera de los 10 consultorios del turno A/C en la UMF No. 10 hasta el mes de mayo de 1987.
- 5) Familias diabéticas con miembros portadores de diabetes mellitus primaria tipo I y tipo II, obesos y no obesos.
- 6) Familias diabéticas cuyos miembros han estado controlados por su médico familiar por lo menos durante 8 meses anteriores.
- 7) Familias diabéticas cuyos miembros enfermos han presentado tres o más glicemias fuera de los rangos establecidos por el método de Polin-Wu o por el método enzimático.

## CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1) Familias diabéticas que no acepten ingresar al estudio.
- 2) Familias diabéticas adscritas al turno B/D en la UMF No. 10.
- 3) Familias diabéticas cuyo miembro enfermo sea menor de 15 años y mayor de 70 años.
- 4) Familias diabéticas con miembros portadores de diabetes mellitus secundaria, diabetes gestacional o alteración en la curva de tolerancia a la glucosa o cualquier otra patología descompensada.
- 5) Familias diabéticas cuyo miembro diabético ha recibido tratamiento médico por segundo nivel o diferente al prescrito inicialmente.
- 6) Familias diabéticas con miembros metabólicamente estables, confirmados bioquímicamente por glicemias con cualquier método referido.

## ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

## A) FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ ZP \_\_\_\_\_

## B) CONOCIMIENTOS GENERALES Y SATISFACTORIEDAD DE SU MANEJO

- 1) ¿Sabe usted qué tipo de enfermedad es la diabetes mellitus?
  - a) Enfermedad curable
  - b) Enfermedad controlable
  - c) Enfermedad incurable
  - d) Enfermedad mortal.
- 2) ¿La diabetes mellitus es un padecimiento hereditario?
  - a) La mayoría de las veces
  - b) Solo algunas ocasiones
  - c) Sí
  - d) No.
- 3) ¿El exceso de peso, facilita la aparición de la enfermedad?
  - a) La mayoría de las veces
  - b) Solo algunas ocasiones
  - c) Sí
  - d) No.
- 4) ¿El exceso en azúcares, predispone a la enfermedad?
  - a) Nunca
  - b) Solo en algunas personas
  - c) Solo si es por varios años
  - d) No lo se.
- 5) ¿La hipertensión arterial influye en el tratamiento de la enfermedad?
  - a) Siempre
  - b) Algunas ocasiones
  - c) No tiene por que influir
  - d) Lo ignoro por completo.

- 6) ¿Cuáles son los síntomas de una diabetes sin tratamiento?
- a) Sed, diarreas, gastritis                      b) Artritis, infecciones, hambre  
 c) Cataratas, gastritis, zumbido de oídos, irritabilidad  
 d) Aumento inexplicable del hambre y sed, con abundante orina.
- 7) ¿Cuáles son las principales complicaciones de la enfermedad?
- a) Diarreas, parálisis, ceguera                  b) Ataques, dolor abdominal, sed  
 c) Caída del pelo, infecciones pulmonares, artritis  
 d) Infecciones urinarias, de la piel, problemas circulatorios, disminución de la agudeza visual, etc.
- 8) ¿El adecuado control de la diabetes se efectúa con?
- a) Dieta únicamente                              b) Ejercicio y medicinas  
 c) Solo con Insulina                              d) Dieta, ejercicios y medicinas.
- 9) ¿Sigue las indicaciones de su médico familiar adecuadamente?
- a) A veces    b) Los primeros días  
 c) Siempre al pie de la letra                  d) Nunca me da recomendaciones.
- 10) ¿Cuándo asiste usted a consulta con su médico familiar?
- a) Con cada cita                                      b) Cuando se siente mal  
 c) Cuando tiene tiempo                          d) Cuando termina sus medicinas
- Ahora conteste brevemente lo que se le pide:
- a) ¿Desde cuándo es usted diabético?
- 
- b) ¿Qué medicamentos toma y de qué forma lo hace?
- 
- c) ¿Lleva algún tipo de dieta, efectúa regularmente ejercicio?
- 
- d) ¿Se encuentra satisfecho con su tratamiento actual? Diga por qué:
-

## ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

DETECCION DE ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y DE CONDUCTAS  
 DEPENDIVAS FAMILIARES

Conteste Si o No según el caso. Pueda responder mas de una vez

- 1) ¿Su caracter ha cambiado desde que se le diagnosticó diabetes?  
 \_\_\_\_\_
- 2) ¿En qué formas se siente triste \_\_\_\_\_ se siente inutil \_\_\_\_\_  
 se siente nervioso \_\_\_\_\_ se siente avergonzado? \_\_\_\_\_
- 3) Ultimamente y a consecuencia de su enfermedad ¿cómo se siente ante un grupo de personas tímido \_\_\_\_\_ se aísla \_\_\_\_\_ es sensible a las críticas \_\_\_\_\_ culpable \_\_\_\_\_ le dan ganas de llorar fácilmente o llora fácilmente \_\_\_\_\_ se siente menos que los demás? \_\_\_\_\_
- 4) ¿Como reacciona ante un problema desde el diagnóstico de su enfermedad? más irritable \_\_\_\_\_ más nervioso \_\_\_\_\_ pierde momentaneamente la visión o el habla \_\_\_\_\_ se desmaya o paraliza alguna parte de su cuerpo \_\_\_\_\_
- 5) ¿Desde ese diagnóstico, alguna vez ¿ha intentado suicidarse o solamente lo ha pensado? \_\_\_\_\_
- 6) ¿Ha notado cambios de actitud en su familia desde que se diagnosticó su enfermedad? \_\_\_\_\_
- 7) ¿Los nota excesivamente preocupados por su enfermedad? \_\_\_\_\_ le ayudan a tomar sus medicamentos con horario \_\_\_\_\_ le evitan

tareas que pudiesen ser pesadas para usted \_\_\_\_\_ ¿no lo invi-  
tan a participar en actividades de juego o trabajo por conside-  
rarlo incapaz de llevarlas a cabo? \_\_\_\_\_

8) ¿Desde el inicio de su tratamiento, su familia lo visita con la  
misma frecuencia con que lo hacían hasta antes de saberlo en-  
fermo de diabetes mellitus? \_\_\_\_\_

9) ¿Su familia niegan a usted o a su enfermedad delante de la gente?  
\_\_\_\_\_

10) ¿Nota a su familia con alguna actitud agresiva hacia usted o -  
precuran no estar cerca de usted? \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

## DETECCIONES DE ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL

Conteste a cada una de las preguntas con Si o No según el caso

- 1) ¿Por su enfermedad ha tenido que dejar de trabajar? \_\_\_\_\_
- 2) ¿Ha cambiado de trabajo? \_\_\_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_
- 3) ¿Desde que se sabe enfermo de diabetes mellitus, sus relaciones con los compañeros de trabajo se han modificado? \_\_\_\_\_  
 ¿De qué manera? \_\_\_\_\_
- 4) ¿Cree usted que su enfermedad tiene relación con su trabajo?  
 ¿porqué? \_\_\_\_\_
- 5) ¿Desde el inicio de la enfermedad, sus relaciones con la pareja se han modificado? \_\_\_\_\_ ¿cómo? \_\_\_\_\_
- 6) ¿Desde que se sabe enfermo de diabetes mellitus, ha perdido el interés en el progreso escolar de sus hijos? \_\_\_\_\_
- 7) ¿Ha disminuido el número y la calidad de sus relaciones sexuales a consecuencia de su enfermedad? \_\_\_\_\_ ¿Porqué? \_\_\_\_\_
- 8) ¿Desde que se sabe diabético, ha dejado de frecuentar o incluso no asistir a los sitios de diversión que antes frecuentaba?  
 \_\_\_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_
- 9) ¿Desde que inicia su enfermedad, se le dificultan sus relaciones interpersonales con sus vecinos? \_\_\_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ANEXO 4  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

APGAR FAMILIAR

Marque con una X la respuesta que considere correcta:

Me siento satisfecho con la ayuda -  
 que recibo de mi familia cuanto ten  
 go algún problema.

\_\_\_\_\_

Estoy satisfecho con la manera en -  
 que mi familia colabora en la reso-  
 lución de problemas conmigo.

\_\_\_\_\_

Generalmente las decisiones impor-  
 tantes las tomamos en conjunto.

\_\_\_\_\_

Estoy satisfecho con la cantidad de  
 tiempo que mi familia y yo pasamos  
 juntos.

\_\_\_\_\_

Estoy satisfecho con la forma en -  
 que mi familia expresa afecto a mis  
 sentimientos como: tristeza, ira y a  
 mor.

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

## RESULTADOS

Del estudio realizado durante seis meses, investigamos a 52 familias diabéticas, a cuyos miembros enfermos se les practicó glicemia en ayunas antes y después de someterlos al manejo familiar integral (grupo experimental), comparando los resultados con el grupo de miembros enfermos que continuaron llevando un manejo individual y biológico (grupo control). El estudio se realizó, a pesar de haber detectado que un número pequeño de pacientes (7.69%), llevaba un manejo familiar integral no especificado.

En el cuadro no. 1, se observa el tipo de control de la diabetes en base a los niveles de glicemia en ayunas encontrados en los pacientes diabéticos al inicio del estudio, también observamos que del total de pacientes diabéticos, 52 (100%), hay:

- a) 10 de ellos (19.23%), que mostraron glicemia normal. De estos, 3 (30%) llevaban un manejo familiar integral no especificado, y 7 (70%) un manejo biológico individual;
- b) 42 de ellos (80.77%), mostraron glicemias elevadas, es decir, se encontraban no controlados. De estos, 1 (2.38%) llevaba un tipo de manejo familiar integral no especificado y 41 (97.62%) un manejo biológico individual;
- c) 4 de ellos (7.69%), que llevaban un manejo familiar integral no especificado, los dividimos en 3 (75.0%) que presentaban glicemias normales y se encontraban controlados y 1 (25%), que presentaron glicemias elevadas y no estaban controlados.
- d) 48 de ellos (92.31%), que llevaban manejo biológico individual 7 (14.58%) presentaron glicemias normales y estaban controlados, y 41 (85.42%) eran glicemias anormales o no controlados.

La gráfica no. 1, basada en el cuadro 1, demuestra que los

cuatro miembros diabéticos con manejo familiar integral no especificados, 3 de ellos (75.0%) presentaron glicemias normales, y se encuentran controlados y 1 de ellos (25.0%) no encuentra con glicemia anormal, no controlado. El grupo de 48 diabéticos con manejo biológico, 7 (14.58%) están controlados y 41 (85.42%) no lo están.

En el cuadro no. 2, se muestra la influencia final del manejo integral familiar sobre el manejo biológico individual en el control de la diabetes mellitus, observando que del total de miembros diabéticos 52 (100%), hay:

- a) 33 de ellos (63.46%) con glicemias normales o controlados. De estos, 24 (72.73%) fueron sometidos a manejo integral familiar y 9 (27.27%) fueron manejados biológicamente;
- b) 19 de ellos (36.54%) mostraron glicemias anormales, siendo no controlados. De estos, 2 (10.53%) llevaban manejo familiar integral y 17 (89.47%) manejo biológico individual;
- c) 26 pacientes (50%) llevaron manejo familiar integral. 24 de estos (92.31%) mostraron glicemias normales y estaban controlados y 2 (7.69%) glicemias anormales o no controlados.
- d) 26 pacientes (50%) llevaron manejo biológico individual. 9 de estos (34.62%) presentaron glicemias normales manteniéndose controlados y 17 (65.38%) glicemias anormales no controlados.

La gráfica no. 2, basada en el cuadro no. 2, demuestra que de los 26 pacientes sometidos al manejo familiar integral, 24 de ellos (92.31%) resultaron controlados con glicemias normales y 2 (7.69%) no lograron controlarse. Ahora, de los otros 26 pacientes sometidos al manejo biológico individual, 9 de ellos (34.62%) resultaron controlados y sus glicemias normales y 17 (65.38%) resultaron no controlados, con glicemias elevadas anormalmente.

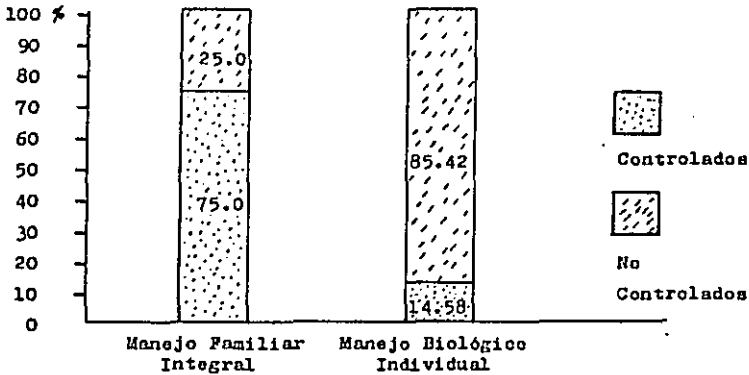
CUADRO No. 1

Niveles de glicemia en ayunas, encontrados en los pacientes diabéticos al inicio del estudio. UMF No. 10 Xalapa, Ver.  
Periodo: mayo de 1987.

	CONTROL DE LA DIABETES		TOTALES
	CONTROLADOS	NO CONTROLADOS	
MANEJO FAMILIAR INTEGRAL	3	1	4
MANEJO BIOLÓGICO INDIVIDUAL	7	41	48
TOTALES	10	42	52

Fuente: Archivo de la unidad.

GRAFICA No. 1



Fuente: Cuadro No. 1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 2

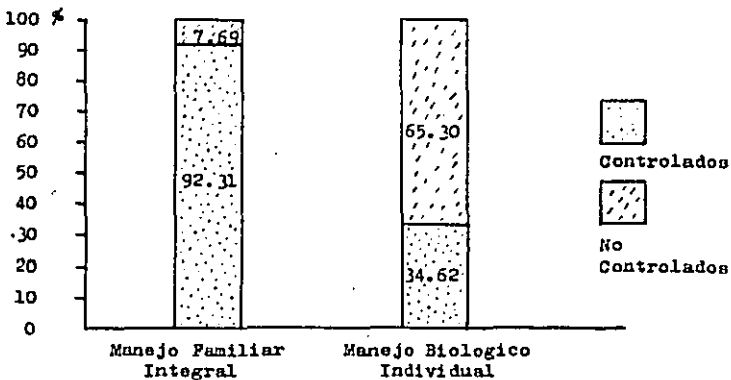
19

El Manejo Integral Familiar y el Manejo Biológico Individual en el control de la diabetes mellitus. UMF No. 10 Xalapa, Ver. Periodo: mayo-noviembre 1987. Evaluación Final.

	CONTROL DE LA DIABETES		TOTALES
	CONTROLADOS	NO CONTROLADOS	
MANEJO FAMILIAR INTEGRAL	24	2	26
MANEJO BIOLOGICO INDIVIDUAL	9	17	26
TOTALES	33	19	52

Fuente: Archivo de la unidad.

GRAFICA No. 2



Fuente: Cuadro No. 2

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

En el rubro de conclusiones, se utilizó la prueba estadística  $x^2$  con un coeficiente de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05,  $gl=1$  y un criterio de rechazo de 2.71. El resultado de  $x^2$  experimental fué de 16.25, por lo tanto concluimos en rechazar la hipótesis de nulidad que dice "las familias diabéticas, cuando son manejadas integralmente no mejoran en el ámbito biopsicosocial" y aceptamos la hipótesis alterna que dice "las familias diabéticas, cuando son manejadas integralmente, mejoran en el ámbito biopsicosocial"

En el apartado de comentarios podemos mencionar que de acuerdo a la bibliografía utilizada para la presente investigación los resultados obtenidos corresponden a los esperados, por lo menos en el renglón referente a control metabólico adecuado (16). La importancia de la educación para la salud, la integración familiar y la dinámica grupal, sientan las bases para el logro del control metabólico mencionado, además de dar la pauta al inicio del manejo biopsicosocial tan anhelado por nosotros en nuestra consulta de medicina familiar. Esperamos iniciar la brecha de continuidad en este tipo de investigaciones, que si bien presentan objetivos al parecer utópicos, usando la constancia y preparación poco a poco los conquistaremos.

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Pichon-Riviere E. Teoría del Abordaje de la prevención en el ámbito del grupo familiar. En Pichon-Riviere, ed. El Proceso Grupal (I). 6a. ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1981: 195-99.
- 2) Jaime AH, Irigoyen CA. Exploración de la familia. En Jaime AH, Irigoyen CA, eds. Fundamentos de la Medicina Familiar. 1a ed. México: Ediciones M.F.M. 1982: 97-113.
- 3) Minuchin S. Formación del Sistema Terapéutico. En Minuchin S, ed. Families and Family Therapy. 3a. ed. México: Gedisa, 1986: 183-203.
- 4) Pichon-Riviere E. Tratamiento de grupos familiares: Psicoterapia colectiva. En Pichon-Riviere E, ed. El Proceso Grupal (I). 6a ed. - Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1981: 57-64.
- 5) Foster DW. Diabetes mellitus. En Harrison TR, Petersdorf EG, Adams RD, et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. México: Mc Graw-Hill, 1986; 15: 1134-36.
- 6) Carter NJ. The new-diabetic: an approach to management. Aust Fam Physician 1986; 15: 1122-25.
- 7) Kamien M, Welborn T. Diabetes; a complete clinical review. Aust - Fam Physician 1986; 15: 1134-36.
- 8) IMSS. Diabetes mellitus. En Guías Diagnóstico Terapéuticas del - IMSS, eds. 1981: 199.
- 9) Archivo Clínico de la UMF No. 10. Diagnóstico de Salud 1986.
- 10) Archivo Clínico del HGZ No. 11. Diagnóstico de Salud 1986.



- 11) Felig P. Páncreas Endocrino: Diabetes mellitus. En Felig P, Baxter DJ, Broadus EA, Frohman AL, eds. Endocrinology and Metabolism. México : Mc Graw-Hill, 1983; 816-917.
- 12) National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of -- diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. ed. Diabetes 1979; 29: 1039.
- 13) Vázquez CC, Gutiérrez MG. Diabetes mellitus: Progresos recientes -- en el conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificación. Rev Med ISES 1983; 21: 97-104.
- 14) Smilkstein AG. The Family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Practice 1978; 6: 79-87.
- 15) Kesselman H. Psicoterapia Breve, ed. Fundamentos, Buenos Aires, -- 1979; 583-603.
- 16) Memorias XVII Simposium Nacional de Medicina Familiar. Avances -- instrumentales en el abordaje integral de la salud familiar 1986.