

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Importancia de la Relación Medico-Paciente en el Control Adecuado de la Diabetes Mellitus del Adulto en la Clinica Hospital T-1 No 2, CD. Madero, Tams.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A N :**

**DR. FRANCISCO JAVIER SOTO RODRIGUEZ**

**DR. JOSE LUIS GONZALEZ GONZALEZ**

**A S E S O R**

**DR. ALFREDO MALDONADO SANCHEZ**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO DEL SISTEMA MEDICO**

**FAMILIAR CLINICA HOSPITAL T-1 NO 2**

**CD. MADERO**



**1 9 7 9**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. GENERALIDADES
- IV. HIPOTESIS
- V. JUSTIFICACION
- VI. OBJETIVOS
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. DISEÑO DE LA MUESTRA
- IX. OBTENCION DE LA MUESTRA
- X. RESULTADOS OBTENIDOS
- XI. CUESTIONARIOS (1 Y 2)
- XII. RECOMENDACIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA.

## I. INTRODUCCION

Gran parte del éxito obtenido en el diagnóstico, terapéutica y control de los pacientes diabéticos que asisten a consulta externa, radica principalmente en una buena relación Médico-Paciente.

Una buena relación Médico-Paciente constituye la esencia misma de la práctica Médica, es oficio destacado en la profesión del médico, porque cuando no se alcanza se produce un efecto negativo e indeseable.

Siendo la relación Médico-Paciente el resultado de actividades que se producen durante la interacción de dos actitudes diferentes, es expresión de afecto humano, pero de afecto activo y positivo y no de otra índole, y resulta conveniente aceptar en ella los siguientes atributos, no importa quien los haya escrito:

Conocimientos, Respeto, Responsabilidad y Permisividad.

Lograr una buena relación Médico-Paciente no es asunto que se limite a seguir recomendaciones generales y urbanidad ó a aplicar una conducta de relaciones públicas, sino que va más allá, arranca de un genuino interés del médico por ayudar al paciente resolviéndole sus problemas de salud dentro de los límites de su cultura.

El propósito de la relación Médico-Paciente es, que el Médico habiendo recolectado la información necesaria, dé al paciente una explicación y un consejo conveniente respecto a su problema.

El establecimiento de esta interrelación dependerá básicamente de dos factores : Uno de tipo Emocional y otro de tipo Intelectual, nos referimos al ambiente por un lado y a la comunicación por otro. Lógicamente, los dos son factores que positivamente pueden influir sobre dicha relación. Es necesario considerar dentro del ambiente - tres variables: El domicilio del enfermo, el consultorio y el hospital; dentro de la Comunicación existen tres modelos básicos de la - relación Médico-Paciente.

MODELO	PAPEL DEL MEDICO	papel del PACIENTE	APLICACION CLINICA DEL MODELO	PROTOTIPO DEL MODELO.
1. Activo-Pasivo	Hacer algo al paciente.	Receptor	Anestesia, coma, etc..	Padre-hijo (infante)
2. Dirección-Cooperación.	Le dice al paciente lo que debe hacer.	Obedece	Infección aguda	Padre-hijo (adolescente)
3. Participación-mutua.	Ayudar al paciente para que el se ayude.	Participa en una empresa.	Pacientes crónicos.	Adulto-adulto.

Es de notarse que, para que la relación Médico-Paciente sea efectiva se deberá aplicar el modelo que más convenga tanto para el médico como para el paciente, el ideal sería aquel cuando el médico se pudiera relacionar con su paciente de adulto a adulto, para esto es conveniente que el médico actúe como tal y que el paciente cumpla también con la parte que le corresponda. 15

## II. ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es un padecimiento del cual existen descripciones clínicas desde el año 550 A.C. en el papiro egipcio de Ebers.

Los griegos Apolonio de Memphis, Demetrio de Apamea y Arateo de Capadocia entre los siglos III y II A.C. ya empleaban el término de diabetes y el último lo interpretó como de origen renal.

Los médicos chinos en el siglo II D.C. describen como un mal caracterizado por: "sed excesiva, cansancio y orina tan dulce que atrae a los perros".

Los médicos hindúes, observaron la relación de sacarina con tuberculosis e incidencia familiar.

Los Médicos árabes en el año 1000 D.C. describen las gangrenas periféricas como complicación de la diabetes.

En el siglo XVII Tomás D. Willis, utiliza el término de mellitus complementario a diabetes, después de haber probado la orina del Mayor Meredith y encontrándola dulce como la miel.

En el siglo XVIII el inglés Dobson, descubre azúcar en la orina por evaporación.

En el siglo XIX, Kussmaul emitió el concepto anatómico-fisiopatológico de la diabetes. El patólogo Langerhans descubrió los islotes del páncreas y se abandona el origen renal, digestivo y hepático de la diabetes.

En pleno siglo XX, en 1921 Bating y Best obtienen de los islotes del páncreas una solución que inyectada produce hipoglucemia.

En enero de 1922, se inicia el uso de la Insulina en el tratamiento de la diabetes, ministrando la primera inyección al joven diabético Leonard Thompon.<sup>16</sup>

En 1955, se descubre accidentalmente a los hipoglucemiantes -- orales.<sup>14</sup>

Simultaneamente a estos antecedentes históricos se sabe que este padecimiento es hereditario con un caracter autosómico recesivo de penetrancia variable, que dejando a su evolución natural lesiona a aquellos individuos con antecedentes de diabetes.

En circunstancias heredofamiliares específicas, se considera a la obesidad, vida sedentaria, transgresiones alimenticias, stress físico y emocional, embarazo, etc. como causas desencadenantes de la diabetes.<sup>1,3,4,10</sup>

Como antecedente de importancia de efectos de diabetes en el embarazo, se menciona un 14% de malformaciones congénitas y una mortalidad perinatal de 4.5%.<sup>4</sup>

En los países pobres o subdesarrollados, a medida que los niveles de vida se van superando y por ende presentan aumento en el envejecimiento de sus pobladores, la diabetes mellitus ha cobrado mayor importancia.

En los países desarrollados, una de las enfermedades crónicas que más importancia médico-social reviste, es la diabetes mellitus, que afecta a gran número de personas primordialmente adultas.<sup>1,3.</sup>

Se considera que en nuestro país 3 de cada mil habitantes entre 65 y 75 años mueren de diabetes cada año; este mal es, además, un factor importante de muerte materno-fetal y de complicaciones obstétricas.<sup>1,2,17.</sup>

En nuestro país, los estudios realizados hace ya algunos años, han sido los pioneros al respecto y detectaron una prevalencia de 2.3 y 1.3%, en nuestro medio si procedía la muestra de origen urbano ó rural, respectivamente. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se refiere una prevalencia de 2.3 a 4.5% lo que depende de diferentes investigadores.<sup>1,3,18,19</sup>

Es indudable que la edad juega un papel muy importante en la prevalencia de la diabetes mellitus, lo cual ha sido reportado por diferentes autores, en sus análisis por grupos de edad.<sup>1,3,4,6,13.</sup>

La afección endócrina más frecuente dentro de la Pediatría la constituye la diabetes mellitus, como se registra en varios países.<sup>8</sup>

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta en México -- aproximadamente del 2 al 3% de la población en general, a más del 33% de las personas con antecedentes familiares de diabetes, y en estudios realizados en la población más expuesta se eleva la prevalencia a más del 10%.

El I.M.S.S. en 1971 durante su campaña para la detección de diabetes en el Distrito Federal en más de cien mil personas adultas no seleccionadas se encontraron 4.5% de casos, 15% de pre-diabéticos y 50% de obesos. La detección se hace a través de las cintas reactivas de Dextrostix.<sup>10</sup>

El 22% de la población porta un gen de diabetes mellitus.<sup>12</sup>



### III. GENERALIDADES

La relación Médico-Paciente, es un proceso de gran dinamismo - en el cual interactúan tanto el usuario de los servicios de atención médica como el personal de salud, participando ambos grupos en toda su herencia biológica y sociocultural.

El médico que diagnostica diabetes a de intentar comprender - la dinámica de la adaptación familiar cuando se establece el diagnóstico, para iniciar la educación de la familia y, rápidamente intervenir en la forma de obrar.

La reacción de la familia a la presencia de una enfermedad - crónica depende de : Tipo de familia, la presencia de otras personas importantes, la base cultural, la educación de sus miembros, - la etapa de desarrollo familiar y, finalmente, el tipo de ideas -- sobre la salud adoptado por la familia.

El tiempo necesario para que la familia se adapte a su nuevo - miembro diabético depende del nivel previo de función familiar y -- de los sistemas existentes para ayuda médica y social.

El diagnóstico de diabetes que depende de insulina se considera muchas veces como la primera señal del comienzo de una grave invalidez en una persona de edad avanzada.

La sensación de amenaza inmediata física y psicológica, para - amputación o ceguera aunque no tenga fundamento real, puede comprometer gravemente la situación biopsicosocial, ya tensa, de cual - - quier familia.

La presencia de diabetes también aumentará las presiones económicas sobre la familia, incrementando en forma silenciosa las situaciones de tensión. El diabético de cualquier edad por virtud de las complicaciones o de información equivocada puede causar aislamiento social de la familia.

La presencia de psicopatología en la familia puede tener efecto negativo sobre el cuidado del diabético. La familia bien informada, psicológicamente intacta y generalmente fuente de sosten, indudablemente ayudará a su miembro enfermo.

Muchas familias bien intencionadas tienen información equivocada o carecen totalmente de ella, acerca de la diabetes y sus complicaciones.

Si la familia se adapta bien a la enfermedad importa tener presente que cuando empiezan las complicaciones clásicas de la diabetes, pueden aparecer de nuevo, la confusión, el miedo y la preocupación.

Hay que llevar a cabo una estimación biopsicosocial; hay que determinar la etapa de desarrollo de la familia y la consecuencia que puede tener sobre el diabético, así mismo hay que revisar el grado de cultura de la familia para establecer el modelo de cuidado más adecuado.

El control de la diabetes no se logra fácilmente, y el tratamiento requiere que los pacientes, bien informados, cooperen con el médico a su cuidado.

Como la mayor parte de las enfermedades crónicas no se pueden curar, deben tratarse en casa, la escuela, el trabajo, o en vacaciones y en cualquier parte las 24 horas del día, por el propio paciente.

Reconociendo estos cambios de la personalidad que corresponden a los pacientes, hemos de desarrollar nuevos enfoques para proporcionar un cuidado apropiado de sus necesidades cambiantes. La enseñanza y la participación del paciente es parte integral de los servicios médicos.

Se ha demostrado la importancia y el valor que tiene desarrollar un sistema amplio de conocimientos que incorpore la enseñanza del paciente a la ayuda constante para él mismo. El empleo de personal sanitario auxiliar, la disponibilidad y el acceso mejorados, la supresión de las barreras lingüísticas y la formación de un plan de tratamiento a largo plazo lograron disminuir mucho los costos, la morbilidad y la mortalidad.<sup>7, 15</sup>

Es inobjetable el hecho de que aún si las drogas fallaran, se producen mejorías sorprendentes mediante la relación positiva y armónica con el paciente necesitado de una explicación clara sobre su enfermedad.

#### IV. HIPOTESIS

CONSIDERAMOS QUE EL MANEJO INTEGRAL A LOS PACIENTES  
DIABETICOS, DISMINUYE EL ABANDONO DEL MISMO.

#### V. JUSTIFICACION

Se sabe que dentro de las 10 primeras causas de morbi-mortalidad en la Clínica Hospital T-1 No.2 de Cd. Madero, Tamps., se encuentra la diabetes mellitus, notando que la causa de consulta casi siempre es por : Complicaciones, presencia de enfermedades -- concomitantes ó interrecurrentes, o por errores en la forma de llevar el tratamiento se hace necesario elaborar un estudio de investigación-, tratando de encontrar la causa de estos hechos.

En forma objetiva se ha notado que los pacientes diabéticos abandonan el tratamiento ó son renuentes a seguir dietas específicas.<sup>16</sup>

Considerando la importancia de las complicaciones agudas y crónicas, y las incapacidades y muertes que esto implica, se justifica hacer un estudio para comprobar que una buena Relación Médico Paciente lleva al enfermo a un convencimiento en el manejo correc-

to de su enfermedad.

Teniendo en cuenta que la buena relación Médico-Paciente es la esencia misma de la profesión médica y que no existe bibliografía al respecto, se justifica hacer un estudio para medir los efectos benéficos de esta.

La Morbilidad en la Clínica Hospital T-1 No.2 de Cd. Madero, Tamps. durante el año de 1978, reporta :  
 Consulta de primera vez en consulta externa de Medicina Familiar, No Familiar y Urgencias ; 1676 (20.6%)  
 Consultas subsecuentes en las mismas áreas : 6477 (79.4%)  
 Que hacen un total de : 8,153 consultas otorgadas. (Cuadro 1)

La Mortalidad durante el año 1978, es de 46 pacientes de un total de 278 pacientes que requirieron hospitalización, o sea el 16.5% de los ingresos. 17

La relación de diabetes respecto al sexo encontrada en este estudio es de 2.1 : 1, con predominio en la mujer, siendo notable que la frecuencia aumenta entre los 35 y 60 años de edad. (Gráfica 1, Cuadro 2).

to de su enfermedad.

Teniendo en cuenta que la buena relación Médico-Paciente es - la esencia misma de la profesión médica y que no existe bibliografía al respecto, se justifica hacer un estudio para medir los -- efectos benéficos de esta.

La Morbilidad en la Clínica Hospital T-1 No.2 de Cd. Madero,- Tamps. durante el año de 1978, reporta :

Consulta de primera vez en consulta externa de Medicina Familiar,- No Familiar y Urgencias ; 1676 (20.6%)

Consultas subsecuentes en las mismas areas : 6477 (79.4%)

Que hacen un total de : 8,153 consultas otorgadas. (Cuadro 1)

La Mortalidad durante el año 1978, es de 46 pacientes de un total de 278 pacientes que requirieron hospitalización, o sea el -- 16.5% de los ingresos.<sup>17</sup>

La relación de diabetes respecto al sexo encontrada en este - estudio es de 2.1 : 1, con predominio en la mujer, siendo notable que la frecuencia aumenta entre los 35 y 60 años de edad.

(Gráfica I, Cuadro 2).

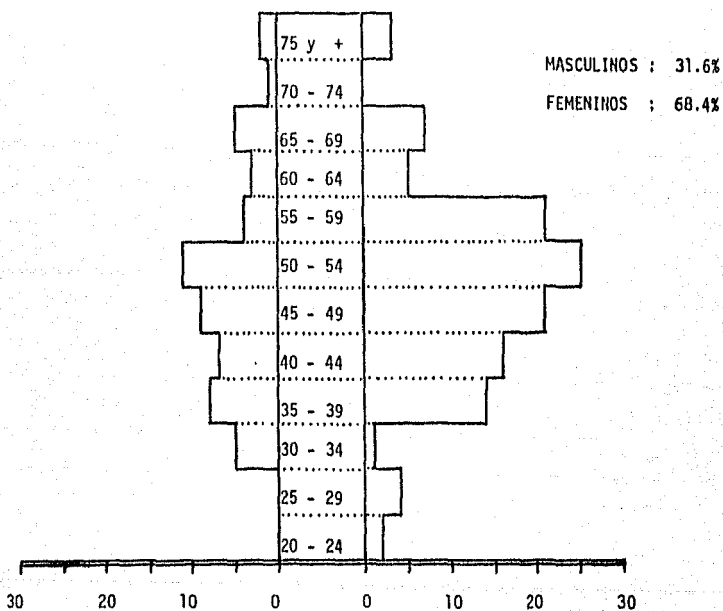
MORBILIDAD DE LA DIABETES MELLITUS EN LA CONSULTA EXTERNA  
 DE MEDICINA FAMILIAR, NO FAMILIAR Y URGENCIAS DURANTE EL AÑO 1978  
 EN LA C-H-T-1 No.2 CD. MADERO, TAMPS.

M E S	1a. VEZ	SUBSE- CUENTE	TOTAL
ENERO	318	474	792
FEBRERO	112	426	538
MARZO	131	637	768
ABRIL	116	568	684
MAYO	104	554	658
JUNIO	112	518	630
JULIO	80	381	461
AGOSTO	123	507	630
SEPTIEMBRE	81	346	427
OCTUBRE	132	403	535
NOVIEMBRE	202	891	1093
DICIEMBRE	165	772	937
T O T A L	1676	6477	8153

Fuente de Información : Archivo de Medicina Preventiva

CUADRO 1

PIRAMIDE DE POBLACION DE DIABETICOS ESTUDIADOS  
 EN LA CLINICA DE DIABETES POR GRUPOS ETAREOS  
 EN LA C-H-T-1 No.2 CD. MADERO, TAMPS.



RELACION 1:2.1

GRAFICA I



PIRAMIDE DE POBLACION DE DIABETICOS ESTUDIADOS  
 EN LA CLINICA DE DIABETES POR GRUPOS ETAREOS  
 EN LA C-H-T-1 No.2 CD. MADERO, TAMPS.

1 9 7 9 .

EDAD	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
20-24	-	-	2	1.1	2	1.1
25-29	-	-	4	2.3	4	2.3
30-34	5	2.9	1	0.6	6	3.4
35-39	8	4.6	14	8.0	22	12.6
40-44	7	4.0	16	9.2	23	13.2
45-49	9	5.2	21	12.1	30	17.2
50-54	11	6.3	25	14.4	36	20.7
55-59	4	2.3	21	12.1	25	14.4
60-64	3	1.7	5	2.9	8	4.6
65-69	5	2.9	7	4.0	12	7.0
70-74	1	0.6	-	-	1	0.6
75 y +	2	1.1	3	1.7	5	2.9
TOTAL	55	31.6	119	68.4	174	100

CUADRO 2.

## VI. OBJETIVOS

- I. CONOCER LAS CAUSAS POR LAS CUALES EL DIABETICO ABANDONA EL TRATAMIENTO.
- II. INVESTIGAR LA IMPORTANCIA QUE REPRESENTA PARA EL DIABETICO LA BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE.
- III. DETECTAR LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PACIENTES DE SU ENFERMEDAD.
- IV. COMPROBAR LA HIPOTESIS ANTES PLANTEADA
- V. DIFUNDIR LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO AL PERSONAL MEDICO.

## VII. MATERIAL Y METODOS

### 1. MATERIAL UTILIZADO EN LA INVESTIGACION

#### 1.1 RECURSOS HUMANOS

- 5 Residentes de segundo año de la especialidad de -  
Medicina Familiar.
- 174 pacientes diabéticos
- Jefe de Departamento Clínico, Sistema Médico Familiar

#### 1.2 RECURSOS MATERIALES

- \_ Consultorio equipado totalmente, ubicado en el area -  
de consulta externa.

#### 1.3 RECURSOS TECNICOS

- Encuestas impresas
- Formatos especiales para concentrar datos.

## 2. METODOS

- 2.1 Información obtenida por la aplicación de la encuesta - dirigida a pacientes diabéticos canalizados por su Médico Familiar.
- 2.2 Formación de una clínica de Diabetes, que se ubicó en el área de consulta externa, trabajando de Lunes a Viernes de las 18.00 a las 21.00 Hrs., de Marzo a Agosto 1979.
- 2.3 Se citó a los pacientes cada mes para valorar respuesta al tratamiento integral.
- 2.4 Se aplicó una segunda encuesta para valorar el efecto de la Relación Médico-Paciente, y medir el grado de conocimientos sobre su enfermedad.

### VIII. DISEÑO DE LA MUESTRA.

El universo estuvo constituido por 2000 pacientes diabéticos, población determinada por la una extrapolación de la incidencia -- de la diabetes según estadísticas nacionales.

### IX.. OBTENCION DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó mediante una fórmula convencional del Método Científico, el cual es un procedimiento que -- al escoger un grupo pequeño de una población o universo, podemos -- tener un grado de probabilidad de que ese pequeño grupo efectivamente posee las características del universo que estamos estudiando.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot V^2}{N \cdot D^2 + t^2 \cdot V^2}$$

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño del universo

t = Coeficiente de confiabilidad para probabilidad dada.

V = Coeficiente de variación del universo

D = Error medio tolerable.

$$n = X$$

$$N = 2000$$

$$t = 1.96 \text{ (95\%)}$$

$$V = 0.526$$

$$D = 8\% \text{ (0.0056)}$$

$$n = \frac{2000 \times 3.8416 \times 0.2771}{2000 \times 0.0056 + 3.8416 \times 0.2771}$$

$$n = \frac{212.9}{12.26} = 173.7 \text{ Pacientes.}$$

## X. RESULTADOS OBTENIDOS

De las encuestas realizadas a los 174 pacientes diabéticos -- se obtuvieron los siguientes datos :

En relación a la calidad de derechohabientes, lo cual se -- muestra en la gráfica y cuadro adjunto.

Se observa que la población del régimen Ordinario del sexo - masculino fue de : 42 y la del régimen eventual 14.

Por lo que respecta al sexo femenino, se observa que en el - régimen Ordinario son : 83 y en el régimen Eventual 35.

Estos datos obtenidos muestran que la relación respecto al - sexo es de 2.1 : 1 con predominio en la mujer, datos semejantes - a las estadísticas nacionales e internacionales. (Gráfica II, - Cuadro 3).

La gráfica y el cuadro siguiente muestran que dentro del sala río mensual familiar, 122 familias perciben entre \$3,000.00 y -- \$6,000.00 que representan el 70.10 % de la población estudiada.

Siendo notable que 8 familias perciben menos de \$3,000.00 y - que representan el 4.6 %. (Gráfica III, Cuadro 4).

Respecto al grado de instrucción escolar se encontró que el - 79.3% de la población estudiada sabe leer y escribir.

Esto tiene importancia, ya que estos pacientes son suscepti-- bles de modificar sus conocimientos actuales acerca de la diabe - tes.

El 20.7 restante que se considera una población analfabeta, - se le incluyó en un programa especial de acuerdo a sus posibilida-- des de enseñanza-aprendizaje para lograr los objetivos planteados. (Gráfica IV, Cuadro 5).

En relación al estado civil que guarda la población diabéti-- ca estudiada en la Clínica Hospital T-1 No.2 Cd. Madero, Tamps., encontramos que la mayor incidencia, 135 pacientes son casados; y la menor incidencia es en los divorciados, o sea 2 pacientes. (Gráfica V, Cuadro 6).



Es importante observar que la mayor incidencia se encuentra en familias integradas, lo cual repercute en la dinámica familiar, puesto que esta enfermedad trae repercusiones tipo social, cultural y económico.

Además de que estas familias producirán individuos pre-diabéticos.

Es importante recalcar en lo referente a la ocupación de la población diabética estudiada, que las amas de casa, obreros generales y empleados son los que guardan una mayor proporción en relación a obreros especializados, profesionistas y jubilados.

Situación tal, que conlleva a crisis en la dinámica familiar y laboral. (Gráfica VI, Cuadro 7).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Como se puede observar en la siguiente gráfica, el mayor número de familias que representa el 96%, cuenta con más de 4 miembros por familia.

Esto reviste una gran trascendencia puesto que estos miembros son potencialmente diabéticos.

Esta situación repercute en la Dinámica Familiar, en cuanto a los aspectos :

Sociales,  
Culturales, y  
Económicos.

(Gráfica VII, Cuadro 8).

Por lo que respecta al control de los pacientes estudiados a su ingreso a la Clínica de Diabetes y 6 meses después de tratamiento integral; (Gráfica VIII, Cuadro 9).

Se puede observar que a su ingreso 36 pacientes llegaron controlados por su Médico Familiar, y 138 pacientes sin control; logrando un incremento de 62 pacientes controlados, que hace un total de 98; por ende se aprecia una disminución en los pacientes sin control de 138 a 76, se incluyen 22 pacientes que se consideran desertores a la Clínica por no acudir a citas subsecuentes.

Esto demuestra la Hipótesis planteada al inicio, de que el Manejo Integral, (entendiendo este como la aplicación de los Niveles preventivos de Leavell y Clark) disminuye el abandono al mismo.

En la figura siguiente se grafica el conocimiento sobre la Diabetes Mellitus de 150 pacientes diabéticos bajo control integral en la Clínica de Diabetes, contra 150 pacientes tomados de las salas de espera de la consulta de Medicina Familiar; tomando como rango : Nulos, Mínimos, Buenos, Muy Buenos y Excelentes.

**NULOS** : Cuando no sabían que contestar a las preguntas dirigidas para tal efecto. (Se anexa copia)

**MINIMOS** : Cuando contestaban solo a algunas de las preguntas.

**BUENOS** : Cuando contestaban a la mayoría de las preguntas sobre la enfermedad en forma adecuada.

**MUY BUENOS** : Cuando contestaban a casi todas las preguntas.

**EXCELENTES** : Cuando contestaban en forma adecuada a todas las preguntas dirigidas.

Se observa que de los 150 pacientes diabéticos bajo control integral en la Clínica de Diabetes, 124 se encontraron con conocimientos adecuados indispensables, que hacen un porcentaje de 82.7% y en los 150 pacientes tomados de la consulta externa, solo el 30.7% es decir 46 pacientes, tenían conocimientos adecuados de su enfermedad.

Se ve en forma ostensible, que una relación persistente y positiva entre Médico y paciente redundan en beneficios para el paciente, para la familia y para la sociedad; ya que se evitan las complicaciones agudas y se retardan las crónicas. (Gráfica IX, Cuadro 10).

## XI. CUESTIONARIOS .

No. 1

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE  
DIABETES.

## 1. FICHA DE IDENTIFICACION

1.1 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ 1.2 Fecha \_\_\_\_\_

1.3 No. de Afiliación \_\_\_\_\_ 1.4 Sexo \_\_\_\_\_ 1.5 Edad \_\_\_\_\_

1.6 Edo.Civil \_\_\_\_\_ 1.7 Ocupación \_\_\_\_\_ 1.8 Salario \_\_\_\_\_

1.9 Escolaridad: \_\_\_\_\_ 1.10 No.de Hijos : \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS.

2.1 Fmicos \_\_\_\_\_ 2.2 Diabéticos \_\_\_\_\_ 2.3 Neoplásicos \_\_\_\_\_

2.4 Obesidad \_\_\_\_\_ 2.5 Nefropatía \_\_\_\_\_ 2.6 Cardiopatía \_\_\_\_\_

2.7 Hipertensivos \_\_\_\_\_ 2.8 Otros \_\_\_\_\_

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

3.1 Habitación : Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

3.2 Alimentación : Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

3.3 Tabaquismo : + ++ +++ ++++ Cuanto tiempo \_\_\_\_\_

3.4 Alcoholismo : Positivo ( ) Negativo ( )

3.5 Hábitos Higiénicos : Buenos ( ) Regulares ( ) Malos ( )

3.6 Actividad física : Leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( )

## 4. ANTECEDENTES GINECO/OBSTETRICOS

4.1 Menarca: \_\_\_\_\_ 4.2 Ritmo: \_\_\_\_\_ 4.3 V.S.A. : \_\_\_\_\_

4.4 Gesta: \_\_\_\_\_ 4.5 Para : \_\_\_\_\_ 4.6 Abortos: \_\_\_\_\_

4.7 Cesareas: \_\_\_\_\_ 4.8 Obitos \_\_\_\_\_ 4.9 Macroso mías \_\_\_\_\_

4.10 FUM : \_\_\_\_\_ 4.11 FUP: \_\_\_\_\_ 4.12 FPP: \_\_\_\_\_

## 5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

5.1 Obesidad : Grado.- 1o. ( ), 2o. ( ), 3o. ( )

5.2 Diabéticos: \_\_\_\_\_ 5.3 Hipertensivos \_\_\_\_\_ 5.4 Cardiopatía \_\_\_\_\_

5.5 Nefropatía: \_\_\_\_\_ 5.6 Neuropatía: \_\_\_\_\_ 5.7 Retinopatía \_\_\_\_\_

5.8 Infecciosos: \_\_\_\_\_ 5.9 Traumáticos \_\_\_\_\_ 5.10 Quirúrgicos \_\_\_\_\_

5.11 Transfuncionales : \_\_\_\_\_

## 6. SINTOMATOLOGIA

6.1 Poliuria: \_\_\_\_\_ 6.2 Polidipsia \_\_\_\_\_ 6.3 Polifagia \_\_\_\_\_

6.4 Otros : \_\_\_\_\_

## 7. ETAPA DIAGNOSTICA

7.1 Prediabético: \_\_\_\_\_ 7.2 Diabetes Química \_\_\_\_\_

7.3 Diabetes Clínica: \_\_\_\_\_ 7.4 Fecha de Diagnóstico \_\_\_\_\_

## 8. EXPLORACION FISICA

8.1 Peso: \_\_\_\_\_ 8.2 Talla: \_\_\_\_\_ 8.3 T.A. \_\_\_\_\_ 8.4 F.R. \_\_\_\_\_

8.5 F.C.: \_\_\_\_\_ 8.6 Fondo de ojo : \_\_\_\_\_

8.7 Pulsos Periféricos : MSD: \_\_\_\_\_ MSI \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_ MII \_\_\_\_\_

8.8 Estudios de Laboratorio previos: \_\_\_\_\_

## 9. TRATAMIENTO

9.1 Dieta: \_\_\_\_\_ 9.2 Tolbutamida \_\_\_\_\_ 9.3 Fenetilbiguanida \_\_\_\_\_

9.4 Insulina \_\_\_\_\_ 9.5 Otros \_\_\_\_\_

10. DIAGNOSTICO INTEGRAL : \_\_\_\_\_

11. TRATAMIENTO : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
C-H-T-1 No.2 CD. MADERO, TAMPS.

CUESTIONARIO No. 2  
CLINICA DE DIABETES.

- 1.- Si Ud. tiene cuatro hijos, cuántos pueden desarrollar la DIABETES?  
Todos      Ninguno      Solo dos      Solo uno      No sabe
- 2.- De las siguientes, cuáles son las molestias de la DIABETES?  
Diarrea      Cansancio      Mucha orina      Caída del pelo
- 3.- Es peligroso estar gordo y ser diabético ?  
Si                      No                      No Sabe
- 4.- Cree Ud. que una persona puede quedar diabética después de un sus  
to ó un coraje?  
Si                      No                      No Sabe
- 5.- Señale cuáles medicamentos se usan para controlar la DIABETES?  
Terramicina      Insulina                      Tolbutamida  
Magnopiról                      Vitaminas
- 6.- Cree Ud. que la dieta para el diabético debe tener poca Azúcar?  
Si                      No                      No Sabe
- 7.- Cada cuando conviene ir al médico para el control de su DIABETES?  
Cada 15 días      Cada mes      Cada año      No Sabe
- 8.- Cuáles son las cifras normales de azúcar en la sangre?  
250-300      80-120      400-500 Mg.      No Sabe
- 9.- Por cuanto tiempo es el tratamiento de la DIABETES?  
Un mes      Un año      Toda la vida      No Sabe
- 10.- Cree Ud. que al aplicarse Insulina quedaría ciego?  
Si                      No                      No Sabe.

## XII. RECOMENDACIONES

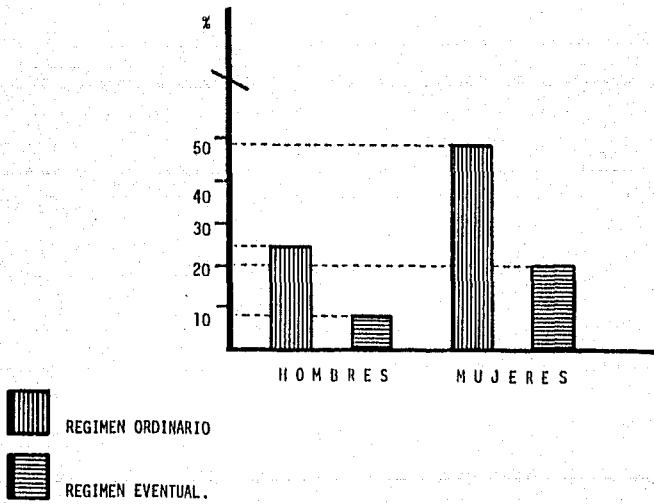
- Se deben aumentar los esfuerzos en la detección de diabetes sobretodo en pacientes susceptibles; recordando que aproximadamente la mitad son asintomáticos.
- Dentro de las causas de abandono del tratamiento se encontraron :
  - a) Comunicación inadecuada entre Médico y Paciente
  - b) Intolerancia y apatía del Médico frente a los pacientes diabéticos.
  - c) Adecuación del Médico respecto a las condiciones socioeconómicas y culturales del derechohabiente diabético.
  - d) Iresponsabilidad del paciente respecto a su tratamiento y a su persona, etc, etc.

Estamos convencidos que la Buena Relación Médico-Paciente disminuye y abate algunas de las causas mencionadas y otras de las no mencionadas, ya que las cifras antes citadas así lo indican.

- Debido a que no podemos mejorar las condiciones socioeconómicas de los pacientes es necesario tener en cuenta su condición para dictar dietas adecuadas, y vigilar la observancia de la terapéutica medicamentosa.
- El poco o nulo conocimiento que tiene el diabético de su enfermedad, aunado a su bajo nivel educacional, son una limitante para el tratamiento integral; se recomienda explicar al paciente las veces que sea necesario lo mínimo indispensable de su padecimiento en palabras sencillas y con mucha paciencia y esto redundará en beneficio de todos.



CALIDAD DE LA POBLACION DIABETICA ESTUDIADA POR SEXO  
EN LA C-II-T-1 No.2, CD. MADERO, TAMPS.



GRAFICA 11

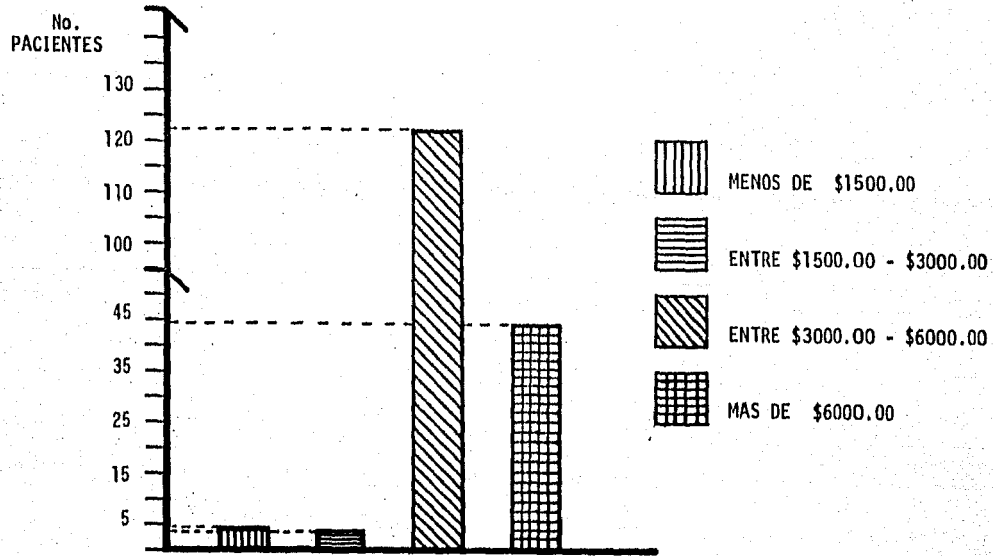
CALIDAD DE LA POBLACION DIABETICA ESTUDIADA POR SEXO

EN LA C-H-T-1 No.2, CD. MADERO, TAMPS.

C A L I D A D		NUMERO DE PACIENTES.	%
HOMBRES	ORDINARIO	42	24.1
	EVENTUAL.	14	8.0
MUJERES	ORDINARIO	83	47.7
	EVENTUAL.	35	20.2
T O T A L		174	100

CUADRO 3.

SALARIO MENSUAL DE LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2  
CD. MADERO, TAMPS.



GRAFICA III

SALARIO MENSUAL DE LA POBLACION DIABETICA

ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2

CD. MADERO, TAMPS.

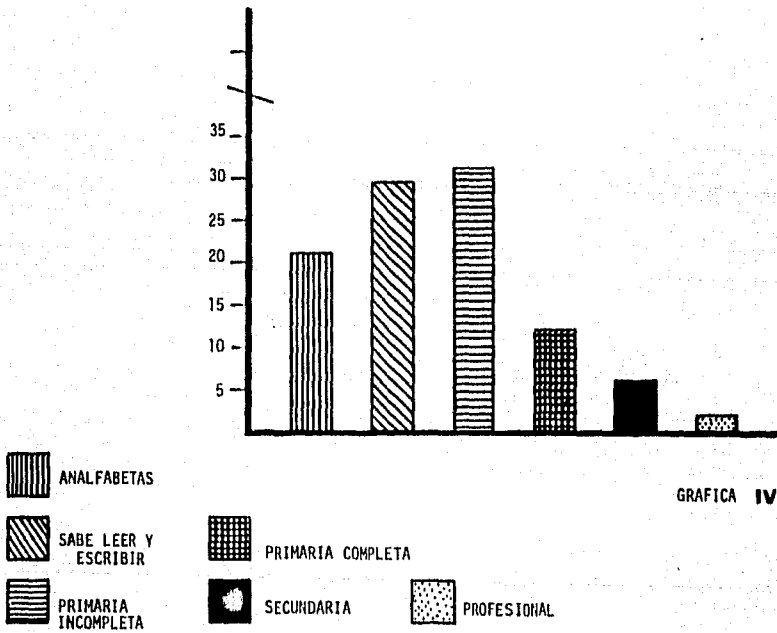
SALARIO MENSUAL	No. PACIENTES	%
MENOS DE 1500.00	4	2.30
DE 1500.00 - 3000.00	4	2.30
DE 3000.00 - 6000.00	122	70.10
MAS DE 6000.00	44	25.30
T O T A L	174	100

CUADRO 4

GRADO DE INSTRUCCION DE LA POBLACION DIADETICA

ESTUDIADA EN LA C-II-T-1 No.2

CD. MADERO, TAMPS.



GRADO DE INSTRUCCION EN LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-II-T-1 No.2  
CD. MADERO, TAMPS.

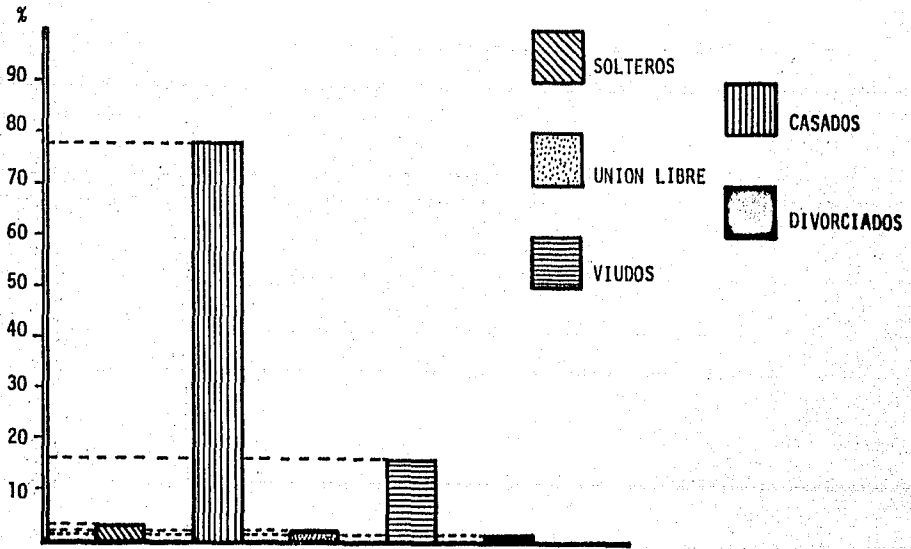
GRADO DE INSTRUCCION	No. DE PACIENTES	%
ANALFABETAS	36	20.7
SABE LEER Y ESCRIBIR	51	29.3
PRIMARIA INCOMPLETA	53	30.5
PRIMARIA COMPLETA	20	11.5
SECUNDARIA	10	5.7
PROFESIONAL	4	2.3
T O T A L	174	100

CUADRO 5

ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DIABETICA

ESTUDIADA EN LA C-II-T-1 No.2

CD. MADERO, TAMPS.



GRAFICA V

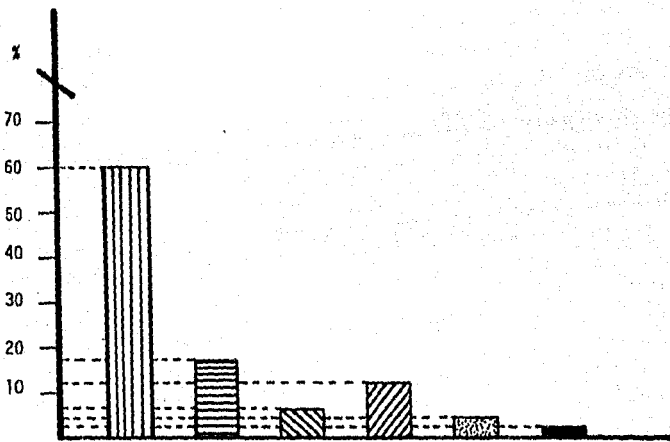
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2  
CD. MADERO, TAMPS.

ESTADO CIVIL	No. PACIENTES	%
SOLTEROS	5	2.9
CASADOS	135	77.6
UNION LIBRE	4	2.3
VIUDOS	28	16.1
DIVORCIADOS	2	1.1
TOTAL	174	100

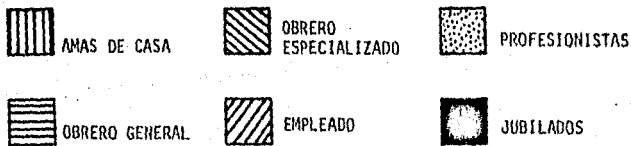
CUADRO 6



OCUPACION DE LA POBLACION DIABETICA  
 ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2  
 CD. HADERO, TAMPS.



GRAFICA VI

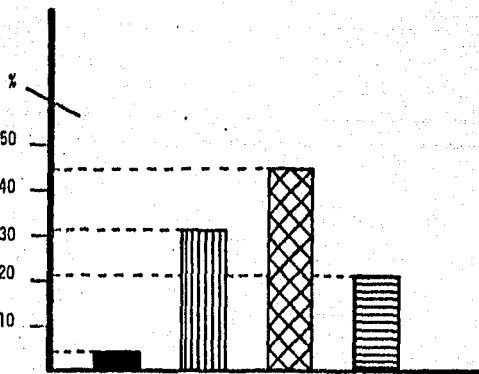


OCUPACION DE LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-II-T-1 No. 2  
CD. MADERO, TAMPS.

O C U P A C I O N	No. DE PACIENTES	%
AMA DE CASA	105	60.0
OBROERO GENERAL	27	16.0
OBROERO ESPECIALIZADO	10	6.0
EMPLEADO	21	12.0
PROFESIONISTA	7	4.0
JUBILADO	4	2.0
T O T A L	174	100

CUADRO 7

MIEMBROS POR FAMILIA EN LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2  
CD. MADERO, TAMPS.



1 - 3

7 - 9

4 - 6

+ 9

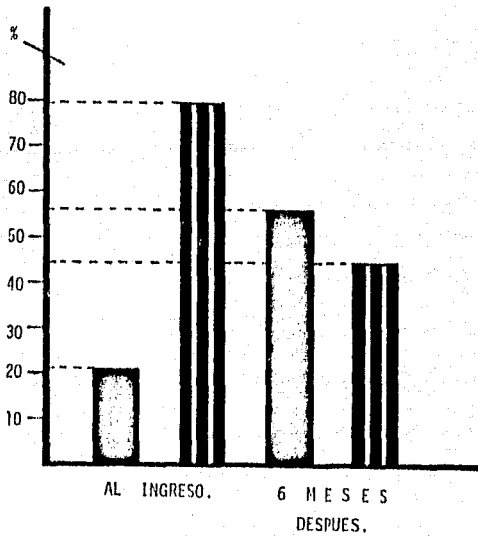
GRAFICA VII


MIEMBROS POR FAMILIA EN LA POBLACION DIABETICA  
ESTUDIADA EN LA C-H-T-1 No.2  
CD. MADERO, TAMPS.


MIEMBROS POR FAMILIA	No. DE MIEMBROS	%
1 - 3	7	4.0
4 - 6	53	30.5
7 - 9	78	44.8
+ 9	36	20.7
T O T A L	174	100

CUADRO 8

CONTROL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS A SU INGRESO  
Y SEIS MESES DESPUES CON TRATAMIENTO INTEGRAL.  
c-II-T-1 No.2 CD. MADERO, TAMPS.



 CONTROLADOS

 NO CONTROLADOS.

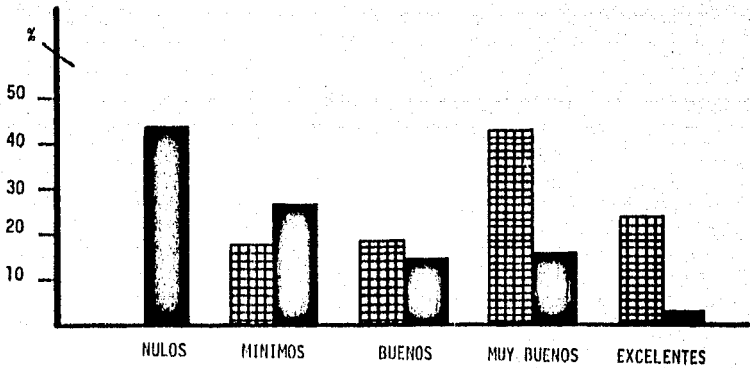
GRAFICA VIII.

CONTROL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS A SU INGRESO  
Y SEIS MESES DESPUES CON TRATAMIENTO INTEGRAL.

DIABETICOS A SU INGRESO Y 6 MESES DESPUES DE CONTROL EN LA CLINICA DE DIABETES.		NUMERO DE PACIENTES.	%
AL INGRESO	CONTROLADOS.	36	20.7
	NO CONTROLADOS	138	79.3
6 MESES DESPUES.	CONTROLADOS	98	56.3
	NO CONTROLADOS *	76	43.7

\*En este grupo se incluyen 22 desertores con un 28.9 %.

GRADO DE CONOCIMIENTOS QUE SOBRE DIABETES MELLITUS  
 TIENE UNA POBLACION DE 150 PACIENTES DIABETICOS  
 MANEJADOS EN FORMA INTEGRAL EN LA CLINICA DE DIABETES  
 Y 150 MANEJADOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN FORMA RUTINARIA  
 EN LA C-H-T-1 No.2 DE CD. MADERO, TAMPS.



PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE DIABETES.



PACIENTES ATENDIDOS POR SU MEDICO FAMILIAR.

GRAFICA IX

GRADO DE CONOCIMIENTOS QUE SOBRE DIABETES MELLITUS  
 TIENE UNA POBLACION DE 150 PACIENTES DIABETICOS  
 MANEJADOS EN FORMA INTEGRAL EN LA CLINICA DE DIABETES  
 Y 150 MANEJADOS EN LA CONSULTA EXTERNA EN FORMA RUTINARIA  
 EN LA C-II-T-1 No.2 DE CD. MADERO, TAMPS.

CONOCIMIENTOS .	CLINICA DE DIABETES		CONSULTA EXTERNA.	
	No.	%	No.	%
NULOS	-	-	65	43.3
MINIMOS	26	17.3	39	26.0
BUENOS	27	18.0	21	14.0
MUY BUENOS	63	42.0	22	14.7
EXCELENTES	34	22.7	3	2.0
	150	100	150	100

CUADRO 10.



## XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Francisco Espinoza L.- Detección Oportuna de Diabetes mediante Glucemia Post-Prandial Capilar.- Residente V 3(2), Nov.78
- 2.- Félix Ramirez Espinoza.- Pie de Diabético.- Medicina al Día.
- 3.- Jorge Delgado Urdapilleta y Col.- Diabetes y Embarazo. - Medicina al Día VI (4) : 16, 1978.
- 4.- Noticias Médicas.- Diabetes Gestacional.- MD en Español. V 15 (11) : 41, Nov. 77
- 5.- G. William Bates.- Manejo de la Diabetes Gestacional.- Medicina de Postgrado.
- 6.- William D. Wishner y Col.- Diabetes y Familia.- Clínicas Médicas de Norteamérica. V 4, 1978.
- 7.- Donnell D. Etzwiller.- Enseñanza que requiere el Diabético. Clínicas Médicas de Norteamérica. V 4, 1978.
- 8.- C. Patrick Mahoney.- Diabetes Mellitus en Niños : Tratamiento en el Consultorio.- Tribuna Médica. V 15 (11) Dic.1973.
- 9.- Andrew Markovits.- Normas para tratar a los Pacientes Crónicos.- Tribuna Médica. V 22 (7), Jun.1972.
- 10.- Alicia Márquez A. y Col.- Programa de Control y Detección de Diabetes Mellitus. Tribuna Médica. V 21(6), Feb.1972.
- 11.- Investigación.- Enigma de la Diabetes.- Mundo Médico. V 1 (1) Octubre 1973.
- 12.- Miles Kahan y Col.- Pie Diabético. - Tribuna Médica.- V 23 (9), Nov. 1972.

- 13.- Ramón Araiza Spiritu.- Acción Preventiva del I.M.S.S.- Boletín Médico del IMSS. V 15(12), Dic. 1973.
- 14.- Bernardo Tanur T. y Col.- Diabetes Mellitus: Amenaza Latente. Atención Médica. Año 6(11), Nov. 1976.
- 15.- Mensaje Editorial.- La Obesidad y sus Repercusiones.- Atención Médica. Año 6(3), Mar. 1976.,
- 16.- Expedientes Clínicos.- Clínica Hospital T-1 No.2, Cd. Madero Tamps.
- 17.- Archivo de Medicina Preventiva.- C-H-T-1 No.2, Cd. Madero, - Tamps. 1979.
- 18.- Rafael Baltazar C. y Col.- Epidemiología de la Diabetes.- Tesis.- C-H-T-1 No.2 Cd. Madero, Tamps., IMSS. 1979.
- 19.- IMSS, Programa Detección y Control de Diabetes Mellitus.- Servicios de Medicina Preventiva.- Memoria Técnica.- México, D. F. 1971-76.