

11226

11
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CLINICA "ORIENTE"
I S S S T E

LA RELACION MEDICO-PACIENTE Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

T E S I S

PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. CONCEPCION BETANCOURT LEYTE

Médico Residente de Medicina General Familiar



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990.



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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 está 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.

INDICE :

	Pág.
Agradecimientos	1
Introducción	2
Antecedentes	6
Planteamiento del Problema	16
Justificación	17
Objetivos	18
Metodología	19
Resultados	23
Análisis	26
Conclusiones	29
Bibliografía	30
Anexos	34
Tablas	37

INTRODUCCION .

La Relación Médico-Paciente (R/M/P) es muy antigua, ocurre ante el dolor, la angustia y la muerte. El hombre pide ayuda a quien tiene el poder y la voluntad de ayudar: el brujo, el sacerdote, el médico, etc.¹⁰

El concepto de la R/M/P es un concepto fundamental, una abstracción que incorpora lo que el médico y el paciente piensan, sienten y reciben el uno del otro como dos sistemas que interactúan.¹⁰ Es un elemento de los más importantes de la interrelación de los pacientes con todo el personal de salud.² Principalmente, la relación del médico con su paciente, para que se de en una forma adecuada, debe desarrollarse sobre una base de confianza mutua,³ e implica necesariamente comunicación bilateral de conceptos y de sentimientos.⁴

El marco de orientación humanista, propone al médico acordar los problemas de la práctica cotidiana poniendo el acento en los aspectos humanos, es decir, los aspectos psicológicos y sociales. En la R/M/P, la naturaleza de ésta relación, sus componentes, sus modalidades e implicaciones son vistas no sólo como algo que es esencial en el arte médico, sino como algo que tiene relevancia científica.¹⁰

Se ha dicho que la medicina esta perdiendo su sentido humano, se trata de un aspecto negativo del progreso en un campo donde los logros de la inteligencia y los avances sociales son impresionantes. Es necesario recordar que la tecnificación interpone entre el médico y el paciente demasiados aparatos, la burocratización y la desindividualización del médico, por otra parte la institución y la pérdida de la facultad para elegir y hoy en día ni el médico ni el paciente pueden elegir a su paciente ni a su médico, respectivamente.³

La unidad de la práctica médica es la consulta, acto clínico por excelencia que en la intimidad de un recinto se encuentran e interrelacionan dos personas: la que necesita ayuda médica por un problema en el proceso de Salud-Enfermedad y otra, que está capacitada psíquica, científica, técnica y legalmente para proporcionarla.

En esta entrevista clínica de impacto múltiple bilateral, se procura realizar un modelo de auténtica R/M/P humanizada.³⁵ En esa relación se incluyen dos acciones: una cognoscitiva (objetiva y analítica); y otra de identificación médica, proceso afectivo dirigido a la comprensión del paciente, surgiendo en la consulta médica tres fenómenos:¹⁵

- a) Transferencia, que significa lo que el médico representa para el paciente.
- b) Contratransferencia, que representa lo que es el paciente para el médico.
- c) Rapport, que indica relación cordial, afectuosa, de confianza, aprecio y respeto mutuo.

La entrevista médica no puede ser vista solamente como un intercambio intelectual, los componentes afectivos deben ser considerados. La atención del paciente empieza cuando se logra una relación personal entre él y el médico.³

Si no existe un sentimiento de Fe y Confianza por parte del sujeto, disminuirá la eficacia de muchas de las medidas terapéuticas. El paciente es un individuo cuya capacidad le impide realizar las funciones sociales de las que normalmente ha de hacerse cargo.³⁶ Socialmente, el médico se responsabiliza del bienestar del paciente, facilitando su recuperación de la mejor manera posible que le permitan sus habilidades.³⁶

Son funciones del médico: prevenir en ciertos casos, -

curar, atenuar el sufrimiento, contener el avance de la enfermedad, ayudar al enfermo a vivir con sus síntomas y a confrontar la muerte con dignidad. Lograr una buena R/M/P emerge de un genuino interés del médico por ayudar al paciente, resolviéndole sus problemas de salud dentro de los límites de su cultura.⁷

En una sana R/M/P, deben aprender del conocimiento mutuo,⁸ de los hechos biológicos y psicológicos, además de las influencias socioeconómico-culturales sobre la conducta y la personalidad de los que participan en el progreso y programas de atención médica.

Un aspecto importante de las decisiones clínicas y la asistencia del enfermo comprende "La Calidad de Vida",⁹ que entraña la valoración subjetiva de aspectos vitales a los que -- concede mayor valor el enfermo. Dicha valoración obliga al conocimiento detallado y a veces íntimo de la persona, que se logra a menudo por medio de conversaciones deliberadas, tranquilas y repetidas. En ocasiones es imposible que el paciente este totalmente asintomático, la meta principal de los cuidados, es el llevar al máximo "La Calidad de Vida".

A este respecto cabe citar a las enfermedades crónico-degenerativas, en las cuales sólo se tratará de dar a los pacientes, ésta "Calidad de Vida" lo mejor posible. En esta investigación se refiere en forma particular a la Diabetes Mellitus Tipo II, enfermedad caracterizada por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo a nivel sistémico (ojos, riñón, nervios, vasos sanguíneos y membranas basales).⁵

Este padecimiento no es difícil de diagnosticar cuando su presentación es sintomática, el problema inicia cuando los pacientes son asintomáticos que de una u otra causa son consi-

derados como diabéticos potenciales, aún con niveles de glucosa plasmática en ayunas normales. Siendo conveniente la realización de una prueba de tolerancia a la glucosa oral, es ésta prueba pueden influir factores que den resultados positivos - falsos, entre ellos se mencionan; la angustia o stress (genera adrenalina), las enfermedades concomitantes, dietas inadecuadas y la falta de ejercicio físico.⁵

La comunicación es un factor importante para que exista una buena R/M/P y con ello un mejor manejo del padecimiento del enfermo, ya que al llevar una buena R/M/P se hará lo posible para que el individuo enfermo tome conciencia de su enfermedad, y de todo lo que implica la Diabetes Mellitus (medidas preventivas, complicaciones, dietas, vida social, etc).

En este estudio interesa señalar de que manera influye la R/M/P en el tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

ANTECEDENTES .

La Diabetes Mellitus o Sacarina es una enfermedad crónico-degenerativa grave, que es caracterizada por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo que afectan ojos, riñones, vasos sanguíneos, nervios y membranas basales.⁵

No es difícil diagnosticar la diabetes mellitus sintomática o asintomática con glicemia en ayunas elevadas de modo persistentes, los problemas inician con los pacientes asintomáticos que, por una u otra causa se consideran diabéticos potenciales, pero tienen niveles de glucosa plasmática en ayunas normales. A menudo se realiza una prueba de tolerancia a la glucosa oral para corroborar nuestras sospechas, hay muchos indicios de que la prueba "sobrediagnostica" diabetes mellitus en grado notable porque la diversidad de factores originan una respuesta anormal al parecer una descarga de adrenalina (bloquea la secreción de insulina, estimula la liberación de glucagón, activa la desintegración del glucógeno y altera la acción de la insulina sobre los tejidos blanco, de modo que aumenta la producción hepática de glucosa y deteriora la capacidad para manejar su carga exógena); la angustia (genera adrenalina); las enfermedades concomitantes; dietas inadecuadas; y la falta de ejercicio físico, contribuyen a resultados positivos falsos.⁵

La clasificación de la Diabetes Mellitus, esta basada en el National Diabetes Data Group.⁵

A) Primaria

- 1) Diabetes Sacarina dependiente de insulina o tipo I.
- 2) Diabetes Sacarina no dependiente de insulina o tipo II.
 - a) DSNDI en obesos
 - b) DSNDI en no obesos (tipo I en evolución)
 - c) Diabetes tipo adulto en el joven (MODY)

B) Secundaria

- 1) A enfermedades pancreática
- 2) Alteraciones hormonales
- 3) Inducida por fármacos o químicos
- 4) Alteraciones en el receptor de insulina
- 5) Síndromes genéticos
- 6) Otros.

La dependencia a insulina no equivale a la administración de ella, sino significa que el paciente tiene el riesgo de presentar cetoacidosis si no recibe insulina. El término de dependiente o no dependiente de insulina no es ideal, ya que se han presentado pacientes no dependientes de insulina, a largo plazo pueden volverse dependientes de ella y susceptibles de cetoacidosis.⁵

Los términos de tipo I y tipo II se refieren a mecanismos patógenos (mediados por inmunidad y no mediados por inmunidad, respectivamente).⁵

La diabetes mellitus dependiente de insulina, suele iniciarse antes de los 40 años de edad, su inicio puede ser repentino presentando sed, poliuria, apetito intenso y pérdida de peso en unos cuantos días o puede iniciarse por una cetoacidosis durante una enfermedad intercurrente o posterior a una intervención quirúrgica.⁵

La diabetes mellitus no dependiente de insulina, suele iniciarse después de los 40 años de edad, el paciente típico es obeso, la sintomatología se presenta en forma gradual y el diagnóstico se establece con frecuencia cuando se descubre hiperglicemia en un paciente asintomático. Cuando su estado metabólico está descompensado, presentan síndrome hiperosmolar no cetónico.

Como se mencionó anteriormente, la diabetes mellitus o sacarina es una enfermedad crónico-degenerativa, que de alguna manera se ve influida por la relación médico-paciente en el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad, y no sólo de ella, sino de todas las enfermedades que entran en este grupo.

Ahora se refiere a la R/M/P, a los médicos, a los pacientes, el cómo se da esta relación y el porqué se ha perdido.

Del médico se espera tacto, simpatía y comprensión, porque el paciente no sólo es un "conjunto" de síntomas y signos, funciones trastornadas, órganos dañados y emociones alteradas. Es un temeroso y esperanzado que busca alivio, ayuda y confianza.³ El desarrollo de una tecnología cada vez más especializada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente, hicieron indispensable dar a la asistencia médica nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces. La R/M/P se ha vuelto menos íntima, falta de comunicación y empatía; los enfermos tienen dudas acerca del interés que por ellos tienen los médicos, hasta el punto de hablar de una crisis de confianza; a muchos médicos les falta entusiasmo en su trabajo y se limitan a cumplir. Parece trillado repetir que los médicos necesitan considerar a sus pacientes como individuos cuyos problemas con mucha frecuencia trascienden y son quejas que los llevan a consultarlos.¹⁰

Algunos pacientes utilizan la enfermedad para obtener cuidados o se sirven de ello como "muleta" para librarse de una situación que les causa tensión emocional; hasta fingen enfermedades físicas. Cualquiera que sea la situación de los enfermos, el médico necesita considerar el terreno en el que se presenta una enfermedad, no sólo en términos del propio sujeto sino también en los sus familiares y ambiente social.⁹

En la sociedad contemporánea, muchos factores tienen la fuerza de despersonalizar la atención médica, algunos se han mencionado y comprender: esfuerzos enérgicos para reducir el aumento de los costos de la atención médica; confiar más en avances tecnológicos y en la computación en muchos problemas de diagnóstico y tratamiento; aumento en convenios de "sistemas cerrados" como las organizaciones de salud, en las cuales el paciente tiene poca o ninguna injerencia para escoger a su médico, la intervención de numerosos médicos para atender a la mayoría de sujetos con enfermedades graves, por lo antes mencionado es difícil conservar los aspectos humanitarios del médico y de la atención médica.³

¿Qué es en esencia la R/M/P? Es una transacción, un sistema de interacción recíproca tanto intelectual como emocional. En general cuando una persona enferma, se experimenta impotencia ante la enfermedad y busca la ayuda del médico, a cambio de recibir ayuda, el enfermo asume una actitud expectante y sumisa. Las circunstancias, la personalidad, la educación y las actitudes de ambos participantes, determinan el contenido, curso y destino de la relación.¹⁰

Es posible identificar dos modelos generales: el técnico y el humano. En el modelo técnico se ve al paciente como si fuera un objeto, la relación es impersonal y no desea tener acceso a la intimidad del enfermo, sólo centra su interés en el problema. En el modelo humanista, el paciente es visto como una persona, intenta penetrar en la subjetividad del individuo y su relación adquiere importancia.

Fabrega y Manning,¹²⁻¹³⁻¹⁴ mencionan que las diferencias en los conceptos que tienen el paciente y el médico acerca de la naturaleza y la causa de las enfermedades afectan la rela -

ción entre ambos y resta efectividad a las acciones terapéuticas, por él se considerará un factor importante la comunicación. Existen tres polaridades:¹⁰ autoridad-sumisión, amor-odio, y cercanía-distancia, que dan una medida de interacción.

Autoridad-Sumisión; el médico ejerce la autoridad sin llegar al despotismo ni a la arbitrariedad, y el paciente acata las ordenes. Amor-Odio; debe de haber confianza, respeto, y estimación mutuas. Cercanía-Distancia; cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja.

Freud, introdujó los términos de transferencia y contratransferencia,¹⁵ que se refiere a la distorción de las percepciones mutuas del médico y del paciente debido a relaciones pasadas significativas a cada uno de ellos. Estas influencias - que ocurren en el curso de un tratamiento son en gran parte inconscientes y pueden resultar de intensos sentimientos de suspicacia, hostilidad, competitividad, dependencia regresiva, etc. que tienden a dañar la relación. También intervienen otros sentimientos conscientes de apatía, confianza o antipatía, que son aspectos universales de las relaciones humanas, no necesariamente distorcionadas por el pasado infantil de los participantes.

Un concepto básico de la R/M/P es que los procesos involucrados en la comunicación médico-paciente son de vital importancia. (Dr. Boekelheide).¹⁶

Pierce,¹⁷ divide a la comunicación en interna, la cual es efectuada a través de una red biológica compleja de subsistemas nerviosos y metabólicos; y en externa, o sea los procesos por los que los seres humanos se comunican entre sí,

Tanto el médico como el enfermo llevan a la relación a

propiedades inherentes a toda comunicación: recepción, evaluación y emisión.¹⁶ Cuando la comunicación se lleva a cabo con éxito, hay satisfacción de ambas partes, siendo de importancia -- que el paciente sienta que ha sido tomado en cuenta, que el médico se interesa en él. Cuando fracasa, ambos quedarán insatisfechos.

Greenson,¹³ describe el elemento esencial del arte de la comunicación con el paciente como "una actitud fundamental del intento terapéutico", y cree que "el interés en ayudar al paciente debe estar manifiesto en todas las interacciones con él, desde la primera hasta la última entrevista".

Rogers,¹³ declaró inequívocamente que la "buena comunicación, la comunicación libre entre los hombres siempre es terapéutica".

Korsch y Negrete,²⁰ hacen referencia acerca de los gestos de cortesía elemental, como la autopresentación, dirigirse a ellos por su nombre, no utilizar lenguaje técnico, y no hablar demasiado y en tono impersonal. Concluyeron que para obtener una buena comunicación, así como la satisfacción de los pacientes y un cumplimiento de las ordenes del médico, estos deberán mostrarse interesados y amistosos hacia los pacientes, atender sus preocupaciones, dar instrucciones específicas y expresar su confianza en la capacidad de seguir las indicaciones

Royal,²¹ en experimentos psicológicos refieren: los pacientes olvidan la mayor parte de lo que se les dice y, mientras más se les dice, más olvidan.

De acuerdo con Satir y otros,²² toda comunicación consta de cuatro elementos: emisor, que en este caso es el paciente y médico; mensaje, claro o encubierto, congruente o incongruente confuso o directo; contexto, la necesidad de comprender al en-

ferno; y receptor, otra vez es el paciente y el médico.

Dentro de la comunicación existen dos niveles:¹⁶ el deno-
tativo o literal que es, estoy enfermo, mientras que el nivel
connotativo involucra sus intenciones, asociaciones y sentimi-
entos, a saber: "¡escuche mis preocupaciones; ¡ayudeme a com-
prender!". El enfermo se sentirá satisfecho y cumplirá las in-
dicaciones, cuando el nivel metacomunicacional fue congruente
(es decir, cuando el médico comenta sobre las preocupaciones -
y lo instruye cuidadosamente para la realización de las indica-
ciones y le dió información acerca de la causa de su enferme-
dad).

La comunicación puede ser disfuncional, esto porque el
médico percibió el mensaje de un modo distorsionado. Los que -
escriben acerca de la comunicación como Haley,²³ agregarían que
el médico no tomo en cuenta las interacciones con la familia y
el medio ambiente. O puede ser sinétrica, esto es cuando ambos
han contribuido en partes iguales a controlar la relación o la
interacción (Bateson).²⁴

El médico utiliza sus habilidades para reunir y propor-
cionar información como complemento de sus habilidades técni-
cas y de evaluación. Con esto deja de ser un simple médico ge-
neral para convertirse en un médico personal, familiar, educa-
dor y un médico de la comunidad.²⁵

Balint,²⁶ escribió que la "función apotélica" de cada -
médico era el modo en que se expresaba en su práctica de la me-
dicina clínica. La droga que se utiliza con frecuencia es, el
propio médico, y el modo en que este se "administre" a su paci-
ente, así como la atmósfera que prevalezca en ese momento, con-
tribuyen a mantener el efecto principal, esto es, sus respues-
tas a lo que el paciente ofrece.

El grupo Balint,²⁷ del Instituto Tavistock de Relaciones Humanas, investigó la interacción médico-paciente, en el contexto de la crisis médica. Dentro del análisis de la crisis médica destacan varios expresos como:

- 1) Asher,²³ menciona algunos defectos de la medicina sobre especialización, malos tratos, pereza, etc.
- 2) Erich Fromm,²³ expresa; el peligro del futuro es que los pueden llegar a ser robots.
- 3) Michael Harrington³⁰ piensan; si hay avances tecnológicos, e sin avance social, hay automáticamente un aumento en la miseria humana.

Hay descontento del paciente respecto a como el médico lo trata en consulta,² también hay descontento del médico refiriendo a los resultados de la asistencia que el proporciona -- los pacientes se quejan: la consulta ha sido demasiado rápida, casi no se les explora, no hay comunicación suficiente, no se les da oportunidad para decir lo que sienten, no se les informa sobre lo que tienen y el porque, no reciben explicaciones -- sobre los medicamentos y no se les informa acerca de prohibiciones, dieta y actos vivenciales.

Los médicos por su parte, se sienten insatisfechos por que la medicina centralizada en la enfermedad, no les ayuda a identificar enfermedades psíquicas cotidianas y además, los recursos de la terapéutica no logran resolver sus problemas, en general existe gran resistencia a considerar al ejercicio de la medicina, como una relación interpersonal.⁴

Deberá evitarse en lo posible, las siguientes perturbaciones:³¹ Necesidad de dependencia exagerada (el paciente suscita cuidados y atención por todos, incluida la simulación y la hipocondría), rechazo de la relación con el médico, desapari--

ción de los síntomas que incitan al paciente a interrumpir el tratamiento, dificultad para asumir y aceptar el papel de enfermo, y sentimiento de incompreensión.

Es necesario modificar la enseñanza y la formación del médico, así como, adecuar la estructura y objetivos de la consulta médica,³² para que estudiantes y médicos posteriormente conozcan, aprendan y ejerciten un proceso de socialización en su comportamiento y cambio de actitudes en conjunto con el equipo de salud, al observar los verdaderos valores de la profesión médica.³³

Desde otro punto de vista, T SZASZ y Hollender¹¹⁻³⁴ distinguen tres modelos básicos de la relación médico-paciente: -

- 1) Modelo actividad-pasividad; aquí el médico hace algo por el paciente sin que este participe en la acción, por ejemplo cuando un enfermo esta sangrando o está en estado de coma.
- 2) Modelo guía-cooperación; aquí el paciente está dispuesto a cooperar, la relación de ambos participantes es activa.
- 3) Modelo coparticipación; es necesario que los participantes tengan casi el mismo poder y que las interdependencias produzcan satisfacción a ambos, este modelo es apropiado para el manejo de enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades renales, cardiacas etc., el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo. Estos modelos pueden combinarse dependiendo de la situación.

Las actitudes de los familiares influyen de modo favorable o desfavorable en la evolución de una enfermedad y en la adhesión a un tratamiento adecuado y oportuno, además en la vida familiar puede encontrarse algunas de las causas de la enfermedad.

Ante ciertos enfermos los médicos reaccionan con irritabilidad o con desaliento y prefieren eludirlos, son personas

difíciles, porque su personalidad y actitudes intervienen de inmediato en su relación con los médicos, a menos que éste comprenda la forma como estos enfermos interpretan su enfermedad.

La famosa declaración del Dr. Francis Peabody, hecha hace más de medio siglo, tiene aún valor:

"Nunca recalcaremos con demasia la importancia de la Relación Médico-Paciente, puesto que en un gran número de casos tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen directamente de ella. Una de las cualidades esenciales del clínico es su humanitarismo, pues el secreto del cuidado del paciente consiste en interesarse por él".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Diabetes Mellitus ha mostrad^o una tendencia hacia - el aumento en sus tasas de morbilidad y mortalidad, y se ha observado que una buena proporción de los pacientes afectados - por esta enfermedad no siguen con regularidad el tratamiento - indicado por su médico,³⁸ siendo posible, que ésto sea uno de - los factores determinantes de dicho aumento es la morbimortalidad.

Por otra parte, se sabe que la naturaleza de la relación que exista entre el médico y el paciente, puede modificar el apego de los enfermos al tratamiento establecido.³⁷ Los pacientes acuden al médico de familia con la esperanza de que éste les ayudará a resolver sus problemas, ya sean biofísicos, emocionales, individuales o familiares³⁹ y en ocasiones esto no ocurre de tal forma.

Por lo anterior, como problema en este trabajo se plantea el señalar la importancia de la Relación Médico-Paciente - como factor que puede influir en el tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

J U S T I F I C A C I O N .

La Diabetes Mellitus Tipo II ha adquirido una gran magnitud siendo uno de los principales padecimientos crónico-degenerativos que afectan a la población⁵ que repercuten negativamente en la salud del individuo que la padece y puede afectar también el equilibrio familiar.

Un manejo médico adecuado de los pacientes con esta enfermedad logra el control de los niveles sanguíneos de glucosa pero además evita complicaciones graves en el sujeto, por ello es necesario identificar los factores que influyen en el tratamiento de este padecimiento. Así, si se ha dicho que la relación médico-paciente es capaz de modificar el apego de los pacientes a su tratamiento,³⁷ es conveniente tratar de señalar la importancia de esta relación médico-paciente como factor determinante en el tratamiento del enfermo con Diabetes Mellitus Tipo II. Además, otras ventajas que se pueden obtener es profundizar en el conocimiento de la R/M/P, obteniéndose beneficios no sólo para el paciente (mejor control metabólico y disminución de las complicaciones), sino también para las instituciones de salud, ya que puede representar menor número de consultas, menor cantidad de medicamentos, evitar hospitalización, etc. y también para la familia (independencia del paciente, disminución en los gastos monetarios y estabilidad emocional de todos los miembros de la familia).

O B J E T I V O S .**Objetivo general:**

Señalar la importancia de la Relación Médico-Paciente como factor que puede influir en el tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar en los pacientes con excelente relación médico-paciente, el promedio de glicemia en el último año.
- 2) Identificar en los pacientes con buena relación médico-paciente, el promedio de glicemia en el último año.
- 3) Identificar en los pacientes con mala relación médico-paciente, el promedio de glicemia en el último año.
- 4) Identificar en los pacientes con pésima relación médico-paciente, el promedio de glicemia en el último año.
- 5) Determinar la satisfacción o insatisfacción de la consulta recibida por parte del paciente.
- 6) Identificar en los pacientes con excelente, buena, mala y pésima relación médico-paciente el tipo de transferencia, contratransferencia y comunicación, positiva o negativamente.

M E T O D O L O G I A .

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal durante el período comprendido entre los meses de Noviembre de 1990 a Febrero de 1991, en 100 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II de la Clínica "Oriente" del ISSSTE, por médicos residentes del tercer año de la especialidad de Medicina General Familiar.

Los pacientes con los que se trabajó se obtuvieron mediante un muestreo no aleatorio, por cuotas hasta completar un total de 100 pacientes.

Los criterios para la selección de pacientes fueron los siguientes:

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II.
- Derechohabientes de la Clínica "Oriente" del ISSSTE
- Pacientes mayores de 40 años de edad
- Pacientes que acepten colaborar en el estudio
- Que cuenten con expediente clínico-

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I
- No derechohabientes de la Clínica "Oriente" del ISSSTE
- Menores de 40 años de edad
- Que no acepten colaborar en el estudio
- Que no cuenten con expediente clínico.

c) Criterios de eliminación:

- Habiéndose aplicado el cuestionario, se descubriera que en su expediente clínico no existen determina--

ciones de glicemia en el último año.

La información a recolectar es la contenida en la cédula de recolección de datos (anexo No. I) y que consta de un apartado de datos generales y 25 preguntas que investigan los aspectos de Transferencia, Contratransferencia y Comunicación de la Relación Médico-Paciente, así como acerca de la dieta e información sobre el número de médicos consultados por el paciente. Las preguntas que se tomaron para el aspecto de transferencia fueron: 1, 2, 3, 6, 7, 13, 20, 21, 24, y 25; para contratransferencia fueron: 4 y 5; y para comunicación son: 3, 9, 10, 11, 12, y 14.

Se efectuó una prueba piloto para identificar si existía dificultad en el manejo del instrumento de recolección de datos en 15 pacientes con las características similares a las descritas en los criterios de selección y no se observó problema alguno.

Únicamente para los fines de ésta investigación, la clasificación de la relación médico-paciente se hizo en base a la calificación del cuestionario, el cual se calificó de la siguiente manera. Se calificaron sólo 13 preguntas que son las que valoran la R/M/P, y las otras siete se toman como información adicional relativas a la dieta y el número de médicos vistos por el paciente. De las 13 preguntas calificadas cada una tiene una calificación máxima de 54 puntos para cada cuestionario, el cual se dividió entre 4 para obtener los rangos de una R/M/P de excelente, buena, mala y pésima, obteniéndose el siguiente cuadro:

- | | | |
|--------------|-------|----------------|
| a) Excelente | R/M/P | = 43-54 puntos |
| b) Buena | R/M/P | = 29-42 puntos |
| c) Mala | R/M/P | = 15-28 puntos |

d) Pésima R/W/P = 0-14 puntos

Para cada pregunta se dió la siguiente puntuación a la respuesta del paciente:

- a) La mayoría de las veces = 3 puntos
- b) Algunas veces = 2 puntos
- c) Pocas veces = 1 punto
- d) Nunca = 0 puntos

Con excepción de las preguntas 4 y 5 que estan elaboradas en sentido negativo y por lo tanto su puntuación es inversa:

- a) La mayoría de las veces = 0 puntos
- b) algunas veces = 1 punto
- c) Pocas veces = 2 puntos
- d) Nunca = 3 puntos

También es pertinente aclarar aquí que las preguntas + de la 15 a la 19, 22 y 23 son las que se excluyeron de la calificación y que nos brindan la información adicional antes referida.

Además de clasificar de esta manera la R/W/P, también se clasificó el control de glicemia del paciente como bueno, regular y malo. Y para los fines de este trabajo se obtuvo el promedio de glicemia manejando por el paciente durante el último año a través de sus determinaciones de la química sanguínea haciendo la siguiente clasificación:

- a) Buen control = Menos de 160 mg/dl de glucosa
- b) Regular control = De 161 a 200 mg/dl de glucosa
- c) Mal control = Más de 200 mg/dl de glucosa.

Los aspectos de Transferencia, Contratransferencia y Comunicación se calificaron de la siguiente manera: para transferencia y comunicación, se dieron valores positivos a los in-

cisos;

- a) La mayoría de las veces
- b) Algunas veces

Los cuales se sumaron. Y valores negativos a los inci-

sos;

- c) Pocas veces
- d) Nunca

Los que se sumaron. Se tomó como transferencia positiva cuando el paciente tuvo más de 6 respuestas positivas y como negativa con menos de 4 respuestas negativas. Se calificó como comunicación positiva cuando el paciente presentó más de 4 respuestas positivas y como negativa con menos de 2 respuestas negativas. Aclarando que fueron 10 y 6 preguntas, respectivamente. Para el aspecto de contratransferencia las 2 preguntas se elaboraron en sentido inverso y por lo tanto su calificación es;

- a) La mayoría de las veces
- b) Algunas veces

Se sumaron y se dió valor negativo, los incisos;

- c) Pocas veces
- d) Nunca

Se sumaron y se dió valor positivo. Se clasificó como positiva cuando las 2 respuestas fueron positivas y como negativa cuando las 2 respuestas fueron negativas.

No se clasificaron á aquellos pacientes que tenían igual número de respuestas positivas que negativas en los tres aspectos.

RESULTADOS .

Este estudio se realizó en 100 pacientes con diabetes - mellitus tipo II. De los cuales 54 fueron mujeres y 46 hombres las edades comprendidas fueron de 40 a 73 años con un promedio de 57 años de edad. (Tabla 1).

Se observó que en el control de glicemia, de las 100 - pacientes: 53 tuvieron buen control (-160 mg/dl de glucosa -- plasmática), 33 con regular control (161-200 mg/dl de glucosa plasmática) y 9 con mal control ($+200$ mg/dl de glucosa plasmática). (Tabla 2) De los 53 pacientes, 21 fueron hombres y 32 - mujeres; de los 33 pacientes, 21 fueron hombres y 17 mujeres ; y de los 9 pacientes, 4 fueron hombres y 5 mujeres. (Tabla 3)

Lo referente a la Relación Médico-Paciente (R/M/P), de los 100 pacientes; 30 manifestaron excelente R/M/P (de 43 a 54 puntos de calificación), 17 con buena R/M/P (de 29 a 42 puntos de calificación), 3 con mala R/M/P (de 15 a 23 puntos de calificación), y ninguno con pésima R/M/P (de 0 a 14 puntos de calificación). (Tabla 4) De los 30 pacientes con excelente R/M/P 37 fueron hombres y 43 mujeres; de los 17 pacientes con buena R/M/P, 9 fueron hombres y 3 mujeres; de los 3 pacientes con mala R/M/P, los 3 fueron mujeres. (Tabla 5)

De los 37 pacientes masculinos que presentaron excelente R/M/P; 21 tuvieron buen control de glicemia, 13 regular control de glicemia, y 3 con mal control de glicemia. De los 43 - pacientes femeninos con excelente R/M/P; 31 tuvieron buen control de glicemia, 3 con regular control de glicemia, y 4 con - mal control de glicemia. (Tabla 6)

De los 9 pacientes masculinos con buena R/M/P; ninguno tuvo buen control, 3 con regular control de glicemia y 1 con - mal control de glicemia. De los 3 pacientes femeninos con bue-

na R/M/P; 2 tuvieron buen control de glicemia, 5 con regular control de glicemia y 1 con mal control de glicemia. (Tabla 6)

De los 3 pacientes con mala R/M/P; los 3 fueron mujeres y tuvieron regular control de glicemia. En el apartado de pésima R/M/P no existió ningún paciente. (Tabla 6)

De los 52 pacientes con excelente R/M/P y buen control de glicemia se observó que; 34 siguen su dieta la mayoría de las veces, 14 algunas veces y 4 pocas veces. Además se observó que de los 52 pacientes; 37 acudieron con 2 y 3 médicos para su control, y 15 acudieron con 1 médico para su control.

De los 21 pacientes con excelente R/M/P y regular control de glicemia se observó que; 6 pacientes siguen su dieta la mayoría de las veces, 12 algunas veces, y 3 pocas veces. Además de los 21 pacientes; 6 acudieron con 1 médico, 5 con 2 médicos, 3 con 3 médicos, y 7 con más de 3 médicos.

De los 7 pacientes con excelente R/M/P y mal control de glicemia se observó que; 3 siguen su dieta la mayoría de las veces, 4 algunas veces, y además 1 acudió con 1 médico, 2 con 2 médicos y 4 con más de 3 médicos para su control.

De los 2 pacientes con buena R/M/P y buen control de glicemia se observó que siguen su dieta la mayoría de las veces y acudieron con 3 médicos para su control. De los 13 pacientes con buena R/M/P y regular control de glicemia se obtiene que; 2 siguen su dieta la mayoría de las veces, 9 algunas veces y 2 pocas veces. Además 2 acudieron con 2 médicos, 7 con 3 médicos y 4 con más de 3 médicos para su control.

De los 2 pacientes con buena R/M/P y mal control de glicemia, los 2 algunas veces siguen su dieta y acudieron con más de 3 médicos para su control.

Respecto a mala R/M/P sólo se presentaron 3 pacientes

y con regular control de glicemia, de donde 1 algunas veces si gue su dieta y 2 pocas veces. Además 1 acudió con 3 médicos y 2 con más de 3 médicos, respectivamente.

En ésina R/M/P no existen pacientes en ninguno de los apartados de control de glicemia.

Con respecto a los apartados de excelente, buena y mala R/M/P según su transferencia, contratransferencia y comunicación se tiene lo siguiente:

De los 80 pacientes con excelente R/M/P todos tuvieron una transferencia y comunicación positivas, en el aspecto de contratransferencia 75 fueron positiva y 1 negativa (4 no se clasificaron por contradecirse es sus respuestas). (Tabla 7)

De los 17 pacientes con buena R/M/P todos tuvieron una transferencia positiva, en contratransferencia en 15 fue positiva y en 1 negativa (1 no se clasificó por contradecirse es sus respuestas). (Tabla 3)

De los 3 pacientes con mala R/M/P, es el aspecto de transferencia en 2 fue negativa (1 no se clasificó por contradecirse), en contratransferencia en 2 fue positiva y en 1 negativa, y en comunicación los 3 fueron negativas. (Tabla 9)

En lo que se refiere al promedio de glicemia se observó lo siguiente:

Para los pacientes con excelente R/M/P el promedio de glicemia durante el último año fue de 125 mg/dl. Para los pacientes con buena R/M/P el promedio de glicemia fue de 131 mg/dl durante el último año. Para los pacientes con mala R/M/P el promedio fue de 130 mg/dl durante el último año. Y para ésina R/M/P no hubo pacientes .

ANÁLISIS .

El concepto de la relación médico-paciente (R/M/P) es fundamental, es una abstracción que incorpora lo que el médico y el paciente piensan, sienten y reciben el uno del otro como dos sistemas que interactúan e implica necesariamente una comunicación bilateral de conceptos y de sentimientos.⁴

Es necesario reconocer que la tecnificación interpone entre el médico y el paciente demasiados aparatos, excesivos trámites burocráticos y la desindividualización del médico y del paciente, esto conlleva a una falta de comunicación y por consiguiente una mala R/M/P, influyendo en el tratamiento de los pacientes y en este caso en particular en personas con Diabetes Mellitus Tipo II.³

Analizando los resultados obtenidos en el estudio se tiene que 53 de los 100 pacientes entrevistados tuvieron buen control de glicemia, predominando el sexo femenino.

Sólo 9 personas presentaron un mal control de glicemia por lo que se considera que de cada diez pacientes diabéticos, uno está descontrolado por alguna circunstancia, esto es válido únicamente para la muestra estudiada.

De los 30 pacientes con excelente R/M/P predominó el sexo femenino, sin embargo, no se puede afirmar que la mujer tiene una mejor relación médico-paciente con respecto al hombre, dado que este estudio se encuestaron más mujeres que hombres y para poder corroborar esta situación se requiere de un estudio que controle específicamente estas variables.

También se observó que mientras el paciente acude con mayor número de médicos, corre el riesgo de tener mal control de su padecimiento y al asistir con menor número de médicos - por consiguiente tendrá un mejor control de su enfermedad, es-

to se puede dar por la discrepancia de opiniones acerca del tratamiento de un padecimiento.

Esto se observó en los pacientes que tienen regular y mal control de glicemia y que acudieron con tres o más médicos para su control, es importante recordar lo que refiere Royal,²¹ los pacientes olvidan la mayor parte de lo que se les dice y, mientras más se les dice, más olvidan.

En la R/M/P y el control de glicemia se observó que de los 80 pacientes con excelente R/M/P, 52 mantuvieron buen control de glicemia y sólo 7 con mal control de glicemia. De los 17 pacientes con buena R/M/P predominan los de regular control. De los 3 pacientes con mala R/M/P los 3 presentaron regular control de glicemia, con ésto se puede inferir que entre mejor es la R/M/P tendrá el paciente un mejor control de su padecimiento, además considerando los siguientes factores; comunicación, educación, actitud de ambos participantes para determinar la R/M/P como lo consideran Fabrega y Manning,¹²⁻¹³⁻¹⁴ y ratificado posteriormente por Boekeheide¹⁶ que mencionan como factor más importante la comunicación.

Además también dependerá de otras situaciones (familiares, económicas, culturales, sociales, laborales, emocionales, etc.) que no se consideraron en este estudio.

Es importante mencionar que si el paciente tiene una buena relación con su médico se despertará en el propio paciente el interés por sí mismo y será más probable que lleve a cabo sus indicaciones como se observó en los pacientes estudiados.

Los resultados muestran que al tener una transferencia contratransferencia y comunicación positivas se logra una mejor R/M/P, lo contrario ocurre cuando hay una transferencia, contratransferencia y comunicación negativas. Es conveniente -

mencionar a lo que Fried se refiere a los términos de transferencia y contratransferencia como la distorsión de las percepciones del médico y del paciente debido a las relaciones pasadas.¹⁵ Se debe mencionar que en lo referente a la relación del médico con el paciente se obtuvo de una manera indirecta ya que sólo se interrogó al paciente y es a través del paciente que se investigó al médico en relación al paciente.

En los resultados de pacientes con buena R/M/P, el número de pacientes fue menor tanto en los aspectos de transferencia y contratransferencia como de comunicación. Cabe recordar las palabras del maestro Ramón De la Fuente Muñoz, en el que dice que la naturaleza de la relación que haya existido y que exista entre el médico y el paciente, puede modificar el apego de los pacientes al tratamiento establecido.³⁷ También se debe tomar en cuenta la escasa dedicación de tiempo a cada paciente, estímulos deficientes que ofrece la organización asistencial al médico, como lo menciona Lain Entralgo.⁴¹

También es importante observar que en los expedientes clínicos a pesar de que los pacientes acuden con regularidad a la consulta, existen pocas notas y en algunas sólo hay uno o dos resultados de química sanguínea (glucosa), por lo que se considera que es un factor indispensable registrar los resultados de exámenes de laboratorio. Esto en relación a lo expresado por el Dr. De la Fuente en que menciona que la medicina socializada da dos consecuencias de la organización burocratizada; 1) la pérdida de la individualidad y 2) pérdida de la responsabilidad.³⁷

Para finalizar, recordar que la R/M/P no sólo influye en el manejo de los pacientes diabéticos, sino para cualquier otro padecimiento, como lo declaró el Dr. Francis Peabody.³

CONCLUSIONES .

- 1) La buena R/M/P influye positivamente en el apego al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- 2) Los pacientes con excelente R/M/P fueron los que presentaron mejor control de su glicemia en el último año, con un promedio de 125 mg/dl de glucosa sérica.
- 3) Los pacientes con buena R/M/P presentaron regular control de su glicemia en el último año, con un promedio de 131 mg/dl de glucosa sérica.
- 4) Los pacientes con mala R/M/P tuvieron regular control de su glicemia en el último año, con un promedio de 130 mg/dl. se aclarará que es estos pacientes en sus expedientes clínicos - sólo existían uno o dos reportes de laboratorio.
- 5) Se puede decir que al tener los aspectos de transferencia, contratransferencia y comunicación positivos se logrará una mejor R/M/P y por ende un mejor apoyo a su tratamiento en los pacientes diabéticos tipo II.
- 6) Se deben mencionar ciertos factores que afectan los resultados de este trabajo, como es la falta de reportes de exámenes de laboratorio en los expedientes clínicos, como también la falta de notas del médico que no refiere dichos resultados.
- 7) El tipo de estudio que se realizó solamente se valoró una parte del binomio de la R/M/P, por lo que fue una muestra no aleatoria y por lo tanto los resultados sólo son válidos -- en los pacientes estudiados, considerando necesario la realización de una investigación más detallada que controle estas variables.
- 8) Es conveniente contar con un instrumento adecuado para explorar el binomio de la R/M/P, ya que el utilizado en este trabajo no fue el más apropiado, debido a que algunas preguntas valoran indirectamente al médico en su relación con su paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) CHAVEZ, I. Humanismo Médico, Educación y Ciencia. Editorial El Colegio Nacional. México. Pág 40-60. 1973.
- 2) NARRO, R.JR. relación Médico-Paciente. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM. Vol 22, Año 22, No 7. Pág 17-21. 1979
- 3) HAIN, S.P. La relación Médico-Paciente, Historia y Teoría.- Revista de Occidente, Madrid. Pág 16-30. 1964.
- 4) BALINT, V. El Médico, El Paciente y La Enfermedad. Documento del Curso de Especialización de Medicina Familiar. Módulo de Psicología Médica. Segundo año. Unidad II. Pág 9-203. 1976.
- 5) HARRISON, y cols. Diabetes Sacarina. Principios de Medicina Interna. Interamericana 7a. Edición. Vol 1. Pág 2167-2133. 1939.
- 6) MOVROY, C. Comunicación Personal. Documento no editado. Clínica "Dr. I. Chávez" ISISSTE. 1936.
- 7) NARRO, R.JR. relación Médico-Paciente. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM. Vol 13, Año 13. No 5. Pág 45-49. 1975
- 8) PARSON, y cols. El caso de la práctica médica moderna. Revista de Occidente, Madrid. Pág 431-73. 1966.
- 9) HARRISON, y cols. La Práctica de la Medicina. Principios de Medicina Interna. Interamericana 7a. Edición. México. Vol 1 Pág 1-6. 1939.
- 10) DE LA FUENTE, R. La Alianza Terapéutica; aspectos dinámicos de la relación médico-paciente. Documento del curso de Especialización de Medicina Familiar. Módulo de Psicología Médica. Unidad II. Segundo año. Pág 1-30. 1939.
- 11) SZASZ y HOLLENDER. A contribution to the philosophy of medicine, the basic models of the doctor-patient relationship - Am Med Assoc. Arch. Intern. Med. 9. Pág 535-92. 1975.

- 12) FABREGA y MANNING. An integrate theory of disease ladino - mestizo views of disease in the Chiapas highlands psycho - som. Medicine. Vol 35. Pág 223-34. 1973.
- 13) FABREGA, H.J.R. Concepts of disease, logical features and - social implications, perspectives biol. Medicine. Vol 15 - Pág 533-615. 1972.
- 14) FABREGA, H.J.R. The study of disease in relation to culture Behavioral Sci. Vol 17. Pág 133-203. 1972.
- 15) FREUD, S. The dynamics of transference in standard. Edition of the complete psychological works of sigmund Freud. Hogarth Press. London. Vol 12. Pág 157. 1953.
- 16) JACK, H.M. La comunicación y La Entrevista. Principios y - Prácticas de Medicina Familiar. Limusa. México. Pág 77-91. 1967.
- 17) PIERCE, J.R. Communication. Sci An. 227 (3). Pág 31. 1972.
- 18) GREENSON, P.R. The technique and practice of psychoanaly - sis. International Universities Press, Nueva York. Pág 32-50. 1967.
- 19) ROGERS, C.R. On becoming a person. Houghtan, Boston. Pág - 63-79. 1961.
- 20) ROBERTS, R.W. Doctor-patient communication. Sci. An. 227 (3) Pág 60. 1972.
- 21) RYAN, L. College of general practice; the future general -- practitioner; learning and teaching. Laversham Press, Lon - don. Pág 140-155. 1972.
- 22) SATIR, V. Conjoint family therapy. Science and behavior - books. Palo Alto. Pág 30-30. 1967.
- 23) HALEY, J. An interactional description of schizophrenia in communicatio, family and marriage. Human communication be - havior books. Palo alto. Pág 230-45. 1963.

- 25) WEDALIE, J.H. A symposium on the art and science of general practice. J. Roy. Coll. Gen Pract. (suppl 2), 9:20. 1965.
- 26) BALINT, M. The doctor, his patient and the illness. International Universities Press. Nueva York. Pág 9-203. 1957.
- 27) BALINT, M. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. Siglo - XXI Editores. Pág 15-22. 1966.
- 28) ASHER, R. Citado por Cordera Pastor A. referencia 22.
- 29) FROMM, E. sobre la desobediencia y otros ensayos. Paidós - Estudio. Pág 3-40. 1964.
- 30) HARRINGTON, M. Citado por Cordera Pastor A. referencia 22.
- 31) HAYNAL, W.P. Manual de medicina psicosomática. Pág 60-63.- 1930.
- 32) DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. México. Pág 20-25. 1964.
- 33) Revista de la Facultad de Medicina UNAM; Plan de Estudios para la Licenciatura de Médico Cirujano. No 4, Oct/Dic. - 1935. Pág 253-303.
- 34) SZASZ y HOLLENDER, A contribution to the philosophy of new medicine. Archiv of Internal Medicine. Vol. 6. No 1. Pág 121-132. 1966.
- 35) KELLY, A.D. The doctor-patient relationship. Canad Med. Ass J. Vol 12. No 6. Pág 24-35. 1974.
- 36) FURHWANT, E.A. Social patterns of illness and medical care. Departamento de Sociología. Universidad de Pittsburgh. Pág 2-17. Agosto 1963.
- 37) DE LA FUENTE, R. Dinámica de la relación Médico-Paciente. Psicología Médica. Fondo de cultura económica. Pág 353-53. 1973.

- 33) SCHAFER, L.C. Adherence to IDDM regimens: relationship to psychosocial variables and metabolic control. Diabetes Care 30:Oct 1983; 6 (5). Pág 493-493.
- 33) MARTIN, R. Los otros días. Apuntes de un médico de pueblo. Editorial Continental. México. Pág 0-20- 1901.
- 40) FLORENZANO, V.R. La Relación Médico-Paciente en Medicina Familiar. Revista Internacional de Medicina Familiar. No 3 y 4^o trimestre. Pág 23-27. 1986.
- 41) LAIN E. El Médico y el Enfermo. Biblioteca para el Hombre Actual. Ediciones Guadarrama, S.A. Lope de Rueda 13, Madrid Pág 151-242. 1973.

QUESTIONARIO

Anexo No. 1

NOMBRE:..... CÉDULA:..... SEXO:.....

EDAD:..... ESCOLARIDAD:..... TEL:.....

OCUPACION:..... DOMICILIO:.....

1) En cada consulta, su médico lo recibe en forma amable y cordial (saluda, sonrío, etc.)?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

2) En cada consulta, el médico se dirige a usted por su nombre

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

3) En cada consulta, el médico de brinda simpatía?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

4) En cada consulta, el médico le brinda antipatía?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

5) En cada consulta, el médico le brinda indiferencia?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

6) En cada consulta, el médico le brinda la confianza que usted necesita para que la entrevista sea adecuada?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

7) Percibe interés del médico respecto a su enfermedad?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

8) Nota que el médico le pone atención cuando usted habla?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

9) En cada consulta, el médico le permite hablar libre y abiertamente sin interrupciones?

- | | | |
|----------------------------|----------------|-------|
| a) La mayoría de las veces | c) Pocas veces | |
| b) Algunas veces | d) Nunca | |

- 10) En cada consulta, el médico le explica lo que le va a hacer, antes de explorarlo?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 11) Cada vez que lo requiere, el médico le da una explicación acerca de su padecimiento?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 12) En cada consulta, el médico utiliza términos que usted entiende, respecto a su enfermedad?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 13) Considera que en cada consulta, usted recibe un trato adecuado por parte del médico?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 14) Lleva a cabo las indicaciones prescritas por el médico al pie de la letra?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 15) Lleva a cabo la dieta prescrita por el médico como se la indica?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 16) Cuando no lleva a cabo su dieta es por falta de fuerza de voluntad?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 17) Cuando no lleva a cabo su dieta es porque los ingredientes son costosos?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca

- 13) Cuando no lleva a cabo su dieta es porque los ingredientes son difíciles de conseguir?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 19) Cuando no lleva a cabo su dieta es porque come fuera de casa?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces b) Nunca
- 20) El médico y usted conversan de algo que no sea relacionado con su enfermedad, y que sea de interés para usted?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 21) Considerará adecuado el tiempo dedicado para cada consulta?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 22) Para el tratamiento de su enfermedad, cuántos médicos a - visto hasta la actualidad?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 23) En cada consulta, es el mismo médico que lo atiende?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 24) En cada consulta, acude en el mismo turno?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca
- 25) El trato de cada médico es adecuado para usted?
- a) La mayoría de las veces c) Pocas veces
b) Algunas veces d) Nunca

Tabla 1.- Distribución por sexo de la muestra estudiada
Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

Sexo	No. Pacientes	%
Masculino	46	46
Femenino	54	54
Total	100	100

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 2.- Grado de control de glicemia en el muestra estudiada
Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

Tipo de control	No. Pacientes	%
Buen control	53	53
Regular control	33	33
Mal control	3	3
Total	100	100

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 3.- Control de glicemia y por sexo de los pacientes estudiados Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

Tipo de control	Vasculinos	%	Femeninos	%	Total
Buen control	21	21	32	32	53
Regular control	21	21	17	17	38
Mal control	4	4	5	5	9
Total	46	46	54	54	100

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 4.- Clasificación del grupo estudiado según su Relación Médico-Paciente Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

Tipo de Relación Médico-Paciente	No. Pacientes	%
Excelente R/M/P	30	30
Buena R/M/P	17	17
Mala R/M/P	3	3
Pésima R/M/P	0	0
Total	100	100.

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 5.- Clasificación del grupo estudiado según su Relación Médico-Paciente^v por sexo Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 91

Tipo de Rel. Médico/Paciente	Vasculino	%	Femenino	%	Total
Excelente R/M/P	37	37	43	43	30
Buena R/M/P	3	3	3	3	17
Mala R/M/P	0	0	3	3	3
Pésima R/M/P	0	0	0	0	0
Total	46	46	54	54	100

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 6.- Relación Médico-Paciente y control de glicemia del grupo estudiado Clínica "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

Rel. Méd. Pte.	Tipo de control	Masculino	%	Femenino	%
Excelente R/M/P	Buen control	21	21	31	31
	Regular control	13	13	3	3
	Mal control	3	3	4	4
	Total	37	37	43	43
Buena R/M/P	Buen control	0	0	2	2
	Regular control	3	3	5	5
	Mal control	1	1	1	1
	Total	9	9	8	8
Mala R/M/P	Buen control	0	0	0	0
	Regular control	0	0	3	3
	Mal control	0	0	0	0
	Total	0	0	3	3
Pésima R/M/P	Buen control	0	0	0	0
	Regular control	0	0	0	0
	Mal control	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 7.- Excelente Relación Médico-Paciente y Transferencia, -
 Contratransferencia y Comunicación del grupo estudiado Clínica
 "Oriente" Nov. 30 - Feb. 31.

	Positiva	Negativa	No Clasificados	Total
Transferencia	30	0	0	30
Contratransferencia	75	1	4	80
Comunicación	30	0	0	30

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 3.- Buena Relación Médico-Paciente y Transferencia, Contra
 transferencia y Comunicación del grupo estudiado Clínica "Oriente"
 Nov. 30 - Feb. 31.

	Positiva	Negativa	No Clasificados	Total
Transferencia	17	0	0	17
Contratransferencia	15	1	1	17
Comunicación	13	0	4	17

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 9.- Mala Relación Médico-Paciente y Transferencia, Contra
transferencia y Comunicación del grupo estudiado Clínica "Oriente"
Nov. 30 - Feb. 31.

	Positiva	Negativa	No Clasificados	Total
Transferencia	0	2	1	3
Contra-transferencia	2	1	0	3
Comunicación	0	0	3	3

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Tabla 10.- Relación Médico-Paciente y Promedio de glicemia
en el grupo estudiado Clínica "Oriente" Nov. 30
Feb. 31.

Relación Médico-Paciente	Promedio de glicemia	No. Pacientes
Excelente R/M/P	125 mg/dl	30
Buena R/M/P	131 mg/dl	17
Mala R/M/P	130 mg/dl	3
Pésima R/M/P	0 mg/dl	0
Total		100

Fuente: Cédula de recolección de datos.