



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE TEHUANTEPEC, OAXACA.

**LA COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE EN EL CONTROL
DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2, EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CD.
IXTEPEC, OAX.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

DR. ROBERTO MENDEZ GOMEZ

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

TEHUANTEPEC, OAXACA.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**LA COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE EN EL CONTROL DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2, EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CD. IXTEPEC, OAX.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ROBERTO MENDEZ GOMEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. ODEL DE LA ROSA CHAVEZ

DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL “B” ISSSTE. TEHUANTEPEC, OAX.

DR. JAVIER LEON NOYOLA

JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL “B” ISSSTE. TEHUANTEPEC,
OAX.

DR(A).

DIRECTOR DE TESIS: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

TEHUANTEPEC, OAXACA

2011

**LA COMUNICACIÓN MEDICO PACIENTE EN EL CONTROL DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2, EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CD. IXTEPEC, OAX.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ROBERTO MENDEZ GOMEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MARCO TEORICO.

Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón. Fue Tomas Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue quien refiriéndose al sabor dulce de la orina, se le dio el nombre de Diabetes mellitus (sabor a miel).

Apolonio de Menfis a quien se le atribuye el termino (diabetes), piensa que es una hidropesía donde lo que destaca es la poliuria , seguida de sed intensa y debilidad extrema; mientras Galeno juzga que se trata de una “diarrea urinosa” con “dypsacus” es decir, sed extrema.(15)

En 1775 Dopson identifico la presencia de glucosa en la orina. La primera observación necroscópica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el “London Medical Jourdal” en 1788. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucogeno hepático. En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señalo la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento diabético basándolo en la restricción de los glúcidos y en el

bajo valor calórico de la dieta. La Diabetes es una enfermedad conocida por siglos, pero González Urueña informa que los primeros casos se presentaron en Morelia a principios del siglo XVIII. **(15)**.

Desde 1847 el patólogo alemán Paul Langerhans describió unas células pancreáticas distribuidas a modo de islas, sin precisar su función. Posteriormente en 1990, Eugene Lindsay estableció la asociación entre la deficiencia de los islotes de Langerhans y la diabetes mellitus.

Diabetes mellitus es una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia, que es la consecuencia de una deficiencia relativa o absoluta de insulina, que afecta el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas y se acompaña de una marcada propensión a desarrollar prematuramente enfermedades cardiovasculares, neurológicas, renales y oculares.

La diabetes mellitus es un problema de salud pública tanto por su creciente prevalencia e incidencia, como por sus complicaciones agudas y crónicas que determina su alta morbimortalidad. La diabetes es una enfermedad crónica debida a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente.

La Diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, la cual resulta de un defecto en la secreción de insulina, o un defecto en la acción de la insulina, o ambos **(25)**.

La Diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, que establece un alto impacto económico y social, que con lleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencias de las complicaciones crónicas o de la mortalidad (3).

Anteriormente se clasificaba a la D.M. tomando como base un enfoque terapéutico sin tomar en cuenta la causa del trastorno, en la actualidad se prefiere un enfoque etiológico que trate de explicar el mecanismo (1).

DM. tipo 1, conocida como juvenil o dependiente de insulina, se desarrolla por una destrucción autoinmune de las células beta del páncreas que conduce a una progresiva deficiencia en la producción de insulina. (1).

D.M. tipo 2, conocida como la diabetes del adulto y del obeso, generalmente se inicia por un estado de resistencia a la insulina que consiste que las células del organismo ignoran el efecto de la insulina circulante y esto a su vez genera una mayor producción de insulina por el páncreas hasta que este último resulte incapaz.(1)

Es una enfermedad poligénica con intervención de factores ambientales, presentándose en personas obesas, adultas y con familiares diabéticos.

La diabetes gestacional, es una forma de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo, sobre todo en obesas y con antecedentes de familiares diabéticos.

La organización mundial de la salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es posible que esta cifra aumente a más del doble en 2030. Se calcula que en 2005 hubo 1.1 millones de muertes a causa de la diabetes, aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes se registraron en países de ingresos bajos o medios, la mitad de las muertes ocurren en pacientes de menos de 70 años, la OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarían en más de un 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes, es más se calcula que entre 2006 y 2015 las muertes por diabetes aumentarían en más de un 80% en los países de ingresos medios altos (2). En este sentido, la diabetes mellitus, de acuerdo a las proyecciones de la organización mundial de la salud, tendrá un incremento de la prevalencia en adultos de un 42% en los países desarrollados, que corresponderá de 51 a 72 millones de diabéticos y de un 170% en países en vías de desarrollo (3).

La diabetes mellitus, es un importante problema de salud pública en México. En los últimos cinco años ha llegado a ocupar la primera causa de muerte con 11 % del total de las defunciones en ambos sexos y 14% de las muertes de las mujeres, el número de muertes registradas por D.M. aumento de 1571 en 1955, a casi 50 mil en el 2001(5).

En México, durante 1995, la D.M. ocupó el cuarto lugar como causa de mortalidad general, mientras que para el año 1999, fue la tercera causa de mortalidad en la población en edad reproductiva y también la tercera causa de mortalidad general en toda la población mexicana (3).

A partir del 2001 la diabetes mellitus es la primera causa de muerte, anualmente la mortalidad por diabetes mellitus a crecido a un ritmo sostenido del 3% entre los años 2001 y 2005 (**17**). Según las estadísticas los estados con mas muertes por diabetes son Tabasco, Chiapas, Querétaro y Puebla (**5**).

En la encuesta nacional de enfermedades crónicas (ENEC-1993) reporta una prevalencia de 8.2% y 21% en adultos de 60 a 69 años. La encuesta nacional de salud II (ENSA-II 1994) indicó una prevalencia de D.M. de 9% para la población mayor de 60 años y una tasa de morbilidad de 2 por cada 1000 habitantes. La encuesta nacional de salud (ENSA-2000) registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5 % en la población mayor de 20 años (**4**). El instituto nacional de ciencias medicas “Salvador Zubiran” de la secretaria de salud, registró a la Diabetes mellitus como la responsable de 26% de los egresos, mientras que el hospital general “Manuel Gea González” y el hospital “Adolfo López Mateos”, la identificaron como responsable de 33 y 20 % de los egresos respectivamente. La mortalidad por D.M. en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000 (**4**). La diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud publica. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen.

En México la DM 2 clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónicas degenerativas, es una de las principales causas de morbimortalidad (**18**).

Las enfermedades crónicas degenerativas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones.

Los cambios en el comportamiento y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento en la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 **(6)**.

Las estadísticas de los centros hospitalarios del sector salud (SSA, ISSSTE, IMSS), en relación a la D.M. tipo 2 manifiesta lo siguiente:

- La D.M 2 se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales.
- Es la tercera a cuarta causa de la consulta externa.
- La mortalidad pasó del cuarto lugar en 1990 al tercero en el 2001.**(20)**

El estado de Oaxaca ocupa el noveno lugar en defunciones por diabetes mellitus entre 1998 y 2000 **(5)**.

La paradoja de este problema de salud pública es que aproximadamente 50% de los afectados se desconoce como tal, entre 20 y 90% de los enfermos no recibe o no cumple con su tratamiento y 68% de los diabéticos es diagnosticado de manera casual ,tardía o como consecuencia de complicaciones**(4)**.

Durante la última centuria, el promedio del consumo de calorías por los mexicanos se ha incrementado, mientras que la actividad física ha disminuido.

A principios del siglo XX, más del 70% de la población se dedicaba a las actividades primarias (como la agricultura), que demandaba un importante esfuerzo físico; ahora, más de la mitad de la población se emplea en la prestación de servicios (actividades sedentarias) (17).

La epidemia global de diabetes tipo 2 y sus complicaciones micro y macrovasculares, entre los que se cuentan la enfermedad vascular coronaria y cerebral, constituye un grave problema de salud pública. (10). En México, la diabetes y la enfermedad cardiovascular son las principales causas de morbilidad general, el síndrome metabólico que antecede y después se asocia con la diabetes y sus complicaciones macrovasculares, es el precursor más importante. El aumento en la incidencia del síndrome metabólico ha sido paralelo al de la obesidad, y esta última es la consecuencia de cambios muy importantes del estilo de vida en los países industrializados, y sobre todo, en los países en vías de desarrollo (10)

El síndrome metabólico o de resistencia a la insulina afecta a cerca de una cuarta parte de la población mayor de 40 años, se manifiesta principalmente por alteraciones en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial, intolerancia a carbohidratos y obesidad central o visceral(16).

La diabetes tipo 2 se asocia con una elevada morbilidad cardiovascular; alrededor del 50% de los pacientes tienen manifestaciones de enfermedad aterosclerosa al momento del diagnóstico y aproximadamente dos terceras partes morirán por estas causa. (16).

El diagnóstico de diabetes mellitus se establece con los siguientes síntomas (polifagia, polidipsia y poliuria) y los siguientes criterios laboratoriales:

- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.
- Glucemia en la muestra de 2 hrs. durante una curva de tolerancia a la glucosa (75 g) ≥ 200 mg/dl.
- Glucemia plasmática tomada en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dl. y síntomas compatibles con hiperglucemia.

El objetivo del tratamiento de la D.M. es corregir los síntomas y prevenir o retrasar la aparición de sus complicaciones, determinar la condición actual del paciente, detectar las complicaciones, establecer metas de tratamiento y diseñar un programa de seguimiento (8).

Educar a un paciente diabético es ofrecerle la oportunidad de adquirir una mejor calidad de vida, la educación de los pacientes con diabetes mellitus 2 es una herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas (7).

Los objetivos del tratamiento deben ser individualizados de acuerdo a las características del paciente, la incorporación de la familia al tratamiento es deseable y facilita el alcance de las metas del tratamiento (8).

El tratamiento debe acompañarse de un programa de educación sobre el cuidado que debe tener el paciente de su enfermedad, la educación debe ser un proceso continuo, el programa de educación son: revisión y cuidado de los pies, selección del calzado, ejercicio, alimentación adecuada, medición de la glucemia capilar.

El objetivo del tratamiento es mantener el nivel de glucemia lo más cerca posible de los niveles normales, el diagnóstico de la diabetes supone un impacto en el paciente que el médico puede ayudar a afrontar mediante una comunicación positiva y una buena información y educación, como en cualquier enfermedad crónica hay que transmitir la importancia de crear y mantener comportamientos y hábitos de vida saludable. Actualmente la dieta continúa siendo la piedra angular del tratamiento de la Diabetes mellitus 2.

Para el tratamiento de la Diabetes Mellitus 2, se utilizan los siguientes fármacos:

Antidiabéticos orales:

Sulfanilureas:(Tolbutamida, Clorpropamida, Glibenclamida, Glipizida)

Biguanidas: (Metformina, Fenformina, Butformina)

Inhibidores alfa-glucosidasas (Acarbosa)

Insulina:

Insulina de acción rápida

Insulina de acción corta.

Insulina de acción intermedia.

En 1956 se empleo por primera vez la sulfanilureas de primera generación (tolbutamida y la clorpropamida) y posteriormente se utiliza las de segunda generación (glibenclamida, Glipizida), siendo estas últimas las de mayor potencia farmacológica y las más empleadas en la actualidad.

En lo referente a efectos secundarios de las sulfanilureas, es sin lugar a dudas la hipoglucemia el más frecuente. Favorecen su aparición: la utilización de sulfanilureas de larga duración (clorpropamida) o de elevada potencia farmacológica (glibenclamida), dosificación inadecuada, edad avanzada del paciente, dieta incorrecta, ingesta etílica, hepatopatía, nefropatía, etc.

En 1977 se prohibió el uso de biguanidas (fenformina) en USA, por la aparición de casos de acidosis láctica. La biguanida mas utilizada por su menor poder lactacidógeno, es la metformina (850mg/12 hrs). Las biguanidas no son estrictamente drogas hipoglucemiantes, sino normoglucemiantes. Su mecanismo de acción parece ser múltiple: inhibición neoglucogénesis hepática, aumento de la sensibilidad periférica insulínica y disminución de absorción intestinal de glucosa.

Su indicación inicial, como monoterapia, tendría lugar en diabéticos obesos no controlado con dieta hipocalórica y ejercicio físico.

El efecto secundario más importante de la terapia con biguanidas es la acidosis láctica, específicamente con el uso de fenformida. Esta acidosis láctica es rara si la indicación terapéutica está bien establecida: no utilización en pacientes diabéticos mayores de 65 años, no historia de etilismo, nefropatías, etc.

Los Inhibidores alfa-glucosidasa (acarbosa), ejerce su acción en la región intestinal del tubo digestivo. La acción de la acarbosa es retrasar la absorción de los carbohidratos, los monosacáridos llegan con menor rapidez y de forma más espaciada a la sangre, de esta forma la acarbosa reduce y retarda la elevación postprandial de la glucosa.

Como consecuencia del mismo mecanismo de acción, se reduce la hiperglucemia en los diabéticos tipo 2, y disminuyen los requerimientos de insulina exógena en los diabéticos tipo 1.

El páncreas endocrino en el adulto humano está formado aproximadamente por un millón de islotes de Langerhans, dentro de los islotes se produce la Insulina, la elevación de la glucosa sanguínea asociada con diabetes mellitus se origina de la ausencia de secreción o de la secreción insuficiente de insulina por el páncreas. La administración de Insulina es esencial en pacientes con diabetes tipo 1. Los individuos con Diabetes tipo 2 pueden no requerir de insulina, es probable que el 10 a 20 % de los pacientes con DM 2, progresen a DM 1 y que finalmente requieran tratamiento total con insulina. La insulina se libera en las células B del páncreas a una velocidad basal baja, la cual es mayor en respuesta a varios estímulos, especialmente la glucosa. El hígado y el riñón son los dos órganos principales que eliminan la insulina de la circulación, el hígado elimina el 60% de la sangre y el riñón elimina 35 a 40% de la insulina proveniente del páncreas. Sin embargo los pacientes tratados con insulina por vía subcutánea, la proporción se invierte, el 60% de la insulina se elimina por vía renal y el 30 a 40% por el hígado, la vida media de la insulina circulante es de 3 a 5 minutos.

Una vez que la insulina ha entrado a la circulación, se une a receptores especializados que se encuentran en las membranas de la mayor parte de los tejidos, la insulina promueve el almacenamiento de grasa, así como de glucosa (ambas fuentes de energía) dentro de las células blanco, influye en el crecimiento celular y en las funciones metabólicas de los tejidos.

Hay cuatro tipos principales de insulinas: 1.-de acción rápida, con inicio muy rápido y duración corta; 2.-de acción corta, con inicio de acción rápida; 3.-de acción intermedia y 4.-de acción prolongada, con inicio de acción lenta. Existen dos especies de insulina: de origen bovino y porcino, y las humanas.

Cuando la monoterapia (insulina, sulfanilureas, biguanidas o acarbosa) no consigue cumplir adecuadamente los criterios de buen control metabólico, habrá que pensar en el empleo combinado de estas drogas.

Dentro de esta terapia combinada existen asociaciones con efectividad demostrada y suficiente experiencia clínica (sulfanilureas+biguanidas, sulfanilureas+acarbosea y sulfanilureas+insulina). La asociación sulfanilureas (glibenclamida) + biguanidas (metformina) presenta resultados positivos en comparación con tratamientos aislados con ambas drogas.

El tratamiento nutricional de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 debe ser individualizado considerando su ingestión habitual de alimentos, hábitos alimenticios, perfil metabólico y metas de tratamiento (24). Actualmente la dieta continúa siendo la piedra angular del tratamiento de la diabetes tipo 2. Se ha comprobado que la reducción moderada de peso (5%) mejora la captación de

glucosa, aumenta la sensibilidad a la insulina y normaliza la producción hepática de glucosa (14). El objetivo del tratamiento nutricional para prevenir complicaciones de la diabetes tipo 2 es hacer los cambios en la alimentación necesarios y/o reforzar aquellos que mejoran el control de la enfermedad. (14).

Los pacientes controlados deberán mantener niveles de glucemia por debajo de 190mg/dl y con una hemoglobina glucosilada menor de 9%, los pacientes descontrolados tendrán un nivel de glucemia mayor de 190mg/dl y con una hemoglobina glucosilada mayor de 10%.(28).

Cuando un paciente se enfrenta al diagnóstico de diabetes, una primera reacción muy común es la negación: “no es posible, debe haber un error”. La negación es un mecanismo de defensa que puede estar influida por el deseo de hacer creer a la familia y amigos que “todo va bien”.

Desde el momento del diagnóstico, el paciente inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad crónica degenerativa, a diferencia de las enfermedades infectocontagiosas, en las crónicas su desarrollo no avanza hacia la curación sino que al control adecuado buscando prevenir las complicaciones (21).

El establecer una relación médico/paciente/familia efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el médico familiar dedica en la consulta, son por si solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado (12).

Los avances sociales y culturales están haciendo lo posible un cambio de actitud; primero, como ya se ha dicho, en los diabéticos y después en los médicos, que esta provocando una nueva forma de relación médico-paciente, basada en la información mutua y en la toma de decisiones compartidas **(23)**

Los médicos deben animar al paciente a expresarse para una buena relación es importante no solo conocer los síntomas físicos de la persona, sino también sus costumbres y perspectivas acerca de la salud.

La importancia de construir una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para el médico familiar, ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico familiar **(13)**.

En la relación médico-paciente el respeto mutuo es esencial. Ni el paciente, ni la familia pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del padecer de un profesional. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo de la familia **(22)**. El problema de la D.M. es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y el deseo de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

Cada enfermo tiene creencia, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida **(22)**.

El control metabólico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas, así un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 120 mg/dl., retarda el inicio de las complicaciones como son: retinopatía, neuropatía y reduce el riesgo de albuminuria **(19)**.

La relación médico-paciente puede ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas, de participación:**(26)**

1.-Relación activo-pasiva.- es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, no se permite una relación más participativa.

2.-Relación de cooperación guiada.- se da con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento.

3.-Relación de participación mutua.-no solo contempla el cumplimiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa de la enfermedad y la evolución de la misma.

Relación médico-paciente según el grado de personalización:

1.-Primera fase de llamada.- el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo.

2.-Segunda fase de objetivación.-el interés del médico se centra en el examen científico del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a segundo plano.

3.-Tercera fase de personalización.-realizado el diagnóstico y establecido el tratamiento, es cuando el médico se relaciona con una persona que sufre, con una persona enferma, que es ya su enfermo.

La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la practica médica y tan imprescindible en la forma integral del medico. La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. En la actualidad se exige al médico “velar ante todo por la salud del paciente” y el **Código Internacional de Ética Médica** estipula “El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad”.

La interpretación tradicional de la relación médico-paciente como paternalista, en la que el médico toma las decisiones y el paciente las acepta, ha sido rechazada en los últimos años, tanto en la ética como en el derecho. El paciente, es un ser humano que busca ayuda para mejorar su salud o para prevenir enfermedades, y que en la medida de lo posible siempre lleva un grado de temor o ansiedad.

El médico a parte de estar muy entrenado en su especialidad, debe complementarse con una gran capacidad de comunicación, la mayoría de las veces el médico no cura una enfermedad pero si puede aliviarla.

Paciente satisfecho con el trato del médico, probablemente lo este con el diagnóstico, con el plan de estudio y tratamiento, por otra parte, posiblemente tendrá mayor apego a la terapéutica y, si fuese el caso, también podrá ser más consciente de su papel en la limitación del daño o la rehabilitación (11).

Nadie puede negar que el vínculo médico-paciente sea una relación compleja entre seres humanos, en la que además de un proceso científico y a veces una simple transacción mercantil, es sobre todo un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia es acompañar al enfermo, darle aliento y esperanza (11).

La comunicación médico-paciente vigente en occidente se desarrolla a partir de un proceso investigativo, que se consolidó en Europa en el siglo XIX bajo el apelativo de Método Clínico. Basado en el método científico, el método clínico fue desarrollado por los grandes padres de la medicina francesa, fundamentándose en el método experimental de Claude Bernard. (27).

La comunicación médico paciente se consigna y formaliza mediante la historia clínica que se constituye en el instrumento mejor aceptado desde el punto de vista profesional, jurídico y académico. (27)

La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica y la recuperación.

Los pacientes reciben abundante información relacionada con la salud a través de los medio de comunicación (escritos y audiovisuales) esto hace aumentar sus conocimientos y reclamar al sistema de salud el mejor tratamiento posible para sus necesidades individuales

La relación médico paciente es un fenómeno bastante complicado, y se basa en una multitud de diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético.

Las relaciones médico-pacientes son una parte integral principal de la ética médica, ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo mas íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico le exige a este último tener altas cualidades morales. El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad.

No basta con que le digamos lo que tiene y lo que haremos (o hemos decidido hacer) sino que espera nuestra comprensión, cada enfermo es un individuo, una persona no comparable a otra, cada cual requiere una atención personalizada de su enfermedad y siempre demanda que ella sea integral.

Comunicarnos con los pacientes debería ser para nosotros tan importante como saber medicina. Las habilidades comunicativas en el mejor de los casos se adquieren de forma intuitiva y a lo largo de nuestra experiencia profesional.

El lenguaje científico-técnico que dominamos constituye en la relación médico paciente un problema comunicativo

Declaración de Lisboa de la asociación médica mundial sobre los derechos del paciente (1)

Adoptada por la 34ª asamblea médica mundial Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y revisada su redacción en la 171ª sesión del consejo, Santiago Chile, octubre 2005.

- Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que el sepa tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.

- El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses, el tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.
- El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona, el médico informara al paciente las consecuencias de su decisión
- El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente tiene derecho a entender claramente cual es el propósito de todo examen o tratamiento y cuales son las consecuencias de no dar su consentimiento.
- Si el paciente esta inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe tomar el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.
- Incluso si el paciente es menor de edad o esta legalmente incapacitado se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo el paciente debe participar en las decisiones al máximo que le permita su capacidad.

- El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.
- El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a esta sin el consentimiento de dicha persona.
- Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de la muerte.
- La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

El propósito de este trabajo es presentar diversos tópicos sobre el tema de la comunicación en la relación médico-paciente con la intención de contribuir a que el médico familiar logre una comunicación más efectiva con su paciente, la familia y el equipo de salud. La comunicación interpersonal puede ser considerada como el proceso de intercambios de mensajes entre dos o más personas, con la finalidad de alcanzar determinados objetivos.

La relación médico-paciente se basa principalmente en: comunicación, comprensión y confianza. El médico que se interese por construir una relación con estas características, necesita desarrollar virtudes tales como: La Integridad y La Ecuanimidad.

Elementos paralingüísticos de la comunicación:- Del prefijo “para” significa “junto a”, por lo tanto, los elementos paralingüísticos serian principalmente aquellos que acompañan a la expresión verbal. Cuando transmitimos oralmente un mensaje, no solo lo hacemos de manera verbal, sino que además, acompañamos a nuestro lenguaje con una serie de elementos, estos son los denominados, elementos paralingüísticos. Estos elementos permiten que el receptor u oyente pueda captar con mayor facilidad lo que queremos transmitirle, ya que refuerzan el contenido de lo que comunicamos por medio del lenguaje verbal.

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos: imágenes sensoriales, sonidos, gestos, movimientos corporales, etc. Generalmente, acompaña, completa, modifica o sustituye al lenguaje verbal.

Es importante la comunicación no verbal a dos niveles: por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por el personal de salud y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico. La mirada es uno de los elementos de la comunicación no verbal que más información aporta, si se sabe interpretar adecuadamente.

El uso adecuado de los elementos paralingüísticos influye en la comprensión del mensaje. Así por ejemplo, la poca fluidez al hablar suele denotar nerviosismo o poco conocimiento sobre el tema. Otros factores como las pausas o los silencios también conllevan consecuencias pragmáticas en la interpretación de los enunciados.

Nos comunicamos con los movimientos de nuestro cuerpo, de nuestra cara, con los gestos, las posturas, las miradas. La Kinésica es la parte de la teoría de la comunicación que estudia los gestos y los movimientos del cuerpo como medios de expresión.

La distancia corporal entre los interlocutores tiene un valor comunicativo. No empleamos la misma en todas las situaciones.

La Proxémica es la parte de la teoría de la comunicación que estudia los valores comunicativos del contacto físico y de la distancia física entre los interlocutores.

El tono, el timbre, la cantidad y la intensidad, además de ser fonológicamente relevantes en el ámbito estrictamente lingüístico, son considerados elementos paralingüísticos. Son cualidades físicas del sonido y nos pueden indicar el sexo, la edad y determinados estados físicos (un resfriado) o anímicos (nerviosismo) del

interlocutor. La importancia de la voz como instrumento de comunicación no verbal estriba en su capacidad para transmitir información acerca de los estados emocionales del que habla. El llanto, la risa, un suspiro, un grito, el carraspeo de la garganta o un bostezo. Son signos que se emiten consciente o inconscientemente y que tienen un gran rendimiento funcional.

La ausencia de sonido también comunica: La pausa son la ausencia de habla durante un intervalo breve de tiempo, su función es la de regular los cambios de tonos. Los silencios pueden ser la consecuencia de un fallo comunicativo o de fallo en los mecanismos que regulan la interacción (cuando no se produce respuesta alguna a una pregunta).

Humanizar la comunicación en el acto médico es importante ante el advenimiento de los nuevos avances de la medicina y sus repercusiones en la relación médico paciente. El binomio médico paciente es consustancial a la medicina y hay que compatibilizar los nuevos avances con una medicina humanizada en la que el paciente adquiera más protagonismo.

Fernando Poyatos, define la comunicación no verbal como aquellas “emisiones y signos activos o pasivos, constituyan o no comportamientos, a través de los sistemas no léxicos somáticos, objetuales y ambientales contenidos en una cultura, individualmente o en mutua coestructuración.” Efectivamente, tanto nosotros, seres socializantes, como todo nuestro entorno, estamos emitiendo constantemente signos no verbales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar la comunicación en la relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar Ixtepec.

En las leyes, la última obra que escribió Platón, ya en la proximidad de su muerte, describía como actuaban los médicos en la atención de los esclavos y de los hombres libres. Respecto de los primeros, predominaba el poco tiempo que se les dispensaba, no se les explicaba su padecimiento y se les atendía con “La brusca manera de un dictador”. En cambio, a los hombres libres les dedicaban más tiempo, se preocupaban por ganarse la confianza de pacientes y familiares y les explicaba detalladamente la naturaleza de la enfermedad y los medicamentos que les prescribían.

La calidad de la relación médico – paciente pueden afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación. En consecuencia, los médicos se han visto motivados para mejorar las técnicas de comunicación y de educación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para compenetrarse con ellos, alentando las decisiones participativas y transmitiendo respeto y dignidad.

¿Cómo influye la comunicación médico-paciente en el control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 de la U.M.F. Ixtepec?

JUSTIFICACION

El presente trabajo es enfocado a la Comunicación Interpersonal entre médico y paciente, debemos tener presente que la comunicación es la fuente donde se iluminan las cosas, hechos, fenómenos, y es el medio por el cual el hombre es capaz de crear los ámbitos interaccionales que tejen su personalidad.

La palabra comunicación viene del latín communis, común, de aquí se deriva que el comunicador desee establecer una comunidad de información con otro receptor. Por medio de la comunicación, aprendemos quienes somos, en que somos buenos y en como reacciona la gente ante nuestro comportamiento.

En la actualidad la relación médico paciente es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo xx, hoy existen condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándole a consorcios privados que introducen la comercialización de la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un “comprador”, en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”. De benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de su familia. Esta situación ha afectado profundamente la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especialistas en reclamación (26)

En la relación médico-paciente un aspecto fundamental lo constituye la comunicación, que puede ser: verbal por medio de la palabra, la extraverbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.

Lo primero que tiene que hacer el médico es escuchar al paciente, al mismo tiempo el paciente que se encuentre a un médico que lo escuche con atención y afecto, da origen a una relación de confianza y cooperación además de que el acto en si ya es terapéutico. La comunicación verbal es el lazo de unión más importante de la relación médico paciente.

La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana, si la comunicación en la relación médico paciente es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada.

En las siguientes reglas, se expresan actitudes, valores y comportamientos que contribuyen a mejorar nuestra comunicación:

- .-Deje hablar, demuestre a sus interlocutores que usted es capaz de escuchar.
- .-Concéntrese y evite distracciones.
- .-No critique innecesariamente, ni argumente excesivamente.
- .-Evite ser sarcástico, sea respetuoso en sus relaciones.
- .-Muestre interés sincero por el paciente.
- .-Trate de compenetrarse con el punto de vista de su paciente.

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación, la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente (13).

Las complicaciones que se presentan en los pacientes diabéticos que no llevan un buen control de su padecimiento, es en gran parte a la falta de comunicación del médico con el paciente y con la familia, la comunicación que se establece es muy importante ya que con ella podemos hacer conciencia de la enfermedad al paciente y a la familia, para que el tratamiento medicamentoso y las medidas higiénicas y dietéticas nos den los resultados esperados.

Una buena comunicación entre el paciente diabético la familia y el médico, determina que el paciente establezca un buen control de su padecimiento y por lo tanto disminuya la probabilidad de que se presenten las complicaciones, y el paciente tendrá una mejor calidad de vida.

La buena comunicación con el paciente debe ser:

- *-Porque con ella podremos llegar a un diagnóstico más preciso de una enfermedad.
- *-Porque seremos capaces de motivar al paciente en la medida de lo posible.
- *-Porque el paciente y los familiares serán capaces de valorar mucho mejor nuestro trabajo.

*-Porque seremos capaces de elaborar una buena historia clínica, documento imprescindible de aspecto científico y legal.

OBJETIVO GENERAL:

.- Identificar como influye la comunicación Médico Paciente en el control glucémico del paciente con DM 2, en la U.M.F. Ixtepec. Oax.

OBJETIVO ESPECIFICO:

.-Identificar algunas de las características de la comunicación médico paciente en el tratamiento de la D.M.2, de la U.M.F Ixtepec.

.-Identificar si el médico le da suficiente información acerca de su padecimiento.

.-Determinar la comprensión del tratamiento por parte del paciente.

.-Identificar si el paciente se siente escuchado por su médico.

.-Identificar si el médico utiliza tecnicismos en la explicación al paciente.

.-Determinar si el médico resuelve las dudas del paciente.

.-Identificar si el médico muestra interés en el paciente.

-Identificar si el médico involucra al paciente en el tratamiento.

.-Valorar mediante los niveles de glicemia, la efectividad de la comunicación médico paciente.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO:

- .-Observacional
- .-Descriptivo.-
- .-Prospectivo.-
- .-Transversal.-

Población de Estudio:

- .-Pacientes con DM 2 de la U.M.F. Ixtepec, Oax.

Criterios de Selección:

Inclusión.

- .-Pacientes con DM 2 de la UMF Ixtepec.
- .-Pacientes que desean participar de la UMF Ixtepec.
- .-Pacientes adscritos a la UMF Ixtepec.

Exclusión.-

- .-Pacientes con DM 2 que no pertenezcan a la UMF Ixtepec
- .-Pacientes no portadores de DM 2 de la UMF Ixtepec.
- .-Pacientes que no deseen participar con DM 2.
- .-Pacientes no adscritos a la UMF Ixtepec.

Eliminación.

.-Encuestas incompletas, ilegibles o mal elaboradas

Muestra.

.-No Probabilística y por cuotas hasta completar 100 Unidades de observación (encuesta a pacientes diabéticos)

Variables del estudio.-

Nombre de la variable independiente.-Comunicación médico paciente

Tipo de variable.- Cualitativa

Nombre de la Variable Dependiente.-Control adecuado del paciente diabético.

Tipo de variable.-Cualitativa.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
EDAD	Tiempo en años que ha vivido una persona	1 a 99 años	Escalar
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina	Masculino Femenino	Nominal
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios oficialmente conseguido	Primaria, Secundaria Bachillerato Licenciatura Doctorado	Ordinal
OCUPACION	Trabajo asalariado al servicio de un empleador	Obrero Empleado federal	Nominal
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Ordinal
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES	Se mide desde inicio de la enfermedad hasta el momento actual	Meses y Años	Nominal
COMUNICACION MEDICO PACIENTE	Relación que se establece entre el médico y el paciente de tipo profesional durante el curso de la enfermedad.	Buena Regular Mala	Ordinal
CONTROL GLUCEMICO	Niveles óptimos de glicemia en pacientes diabéticos	70 a 110 mg/dl	Ordinal

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION

El objetivo de este estudio es conocer como influye la comunicación médico paciente en el control del paciente diabético. Por lo que se tomara a 100 pacientes con padecimiento de diabetes mellitus 2, de la UMF Ixtepec, se seleccionara previamente a dichos pacientes y se les hará saber sobre el procedimiento de esta investigación y cuales es el objetivo, se les pedirá que firmen una carta de consentimiento informado, y contestaran un cuestionario con preguntas relacionadas con la comunicación médico paciente, se les tomara una muestra sanguínea para conocer sus niveles de glucemia en el momento actual, y este será un parámetro para determinar si el paciente esta controlado.

CONSIDERACIONES ETICAS

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al Médico con las palabras “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”.

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser para mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud. La investigación solo podrá ser realizada por profesionales de la salud y en instituciones médicas.

Toda investigación médica deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. La investigación en los seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos, y la responsabilidad debe ser del investigador y nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

ENCUESTA.

Nombre.....

Edad-----Sexo-----Ocupación.....Escolaridad-----

Estado civil-----.Tiempo de padecer la diabetes-----



ISSSTE

	SI	NO
1.- ¿Su médico le pone atención cuando usted esta hablando?		
2.- ¿Su médico le mira a los ojos cuando esta usted hablando?		
3.- ¿Su médico le da suficiente información sobre su padecimiento?		
4.- ¿El médico le explicó sobre las complicaciones de su padecimiento si usted no se controla adecuadamente?		
5.- ¿Entendió como debe tomar sus medicamentos y las dosis?		
6.- ¿Entendió por que las medidas dietéticas para el control de su padecimiento?		
7.- ¿Su médico lo escucha cuando usted le pregunta?		
8.- ¿Su médico le deja hablar y escucha todo lo que usted tiene que decirle?		
9.- ¿Su médico le explico con palabras claras sobre su padecimiento?		
10.- ¿El médico le habla con palabras claras y que usted entienda?		
11.- ¿Le preguntó el doctor si usted tenía dudas o preguntas?		
12.- ¿Su médico durante la consulta le resuelve todas sus dudas?		
13.- ¿Muestra interés su médico sobre su padecimiento?		
14.- ¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?		
15.- ¿El doctor le pidió a usted su opinión antes de darle tratamiento?		
16.- ¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted?		
17.- ¿Le explico el doctor que puede pasar si no toma el tratamiento?		
18.- ¿Esta de acuerdo con su médico sobre las causas de sus síntomas?		

OBJETIVO ESPECIFICO	PREGUNTAS
*Identificar algunas de las características de la comunicación médico paciente en el tratamiento de la D.M 2 de la UMF Ixtepec	1 y 2
*Identificar si el médico le da suficiente información acerca de su padecimiento.	3, 4 y 18
*Determinar la comprensión del tratamiento por parte del paciente	5 y 6
*Identificar si el paciente se siente escuchado por su médico.	7 y 8
*Identificar si el médico utiliza tecnicismos en la explicación al paciente	9 y 10
*Determinar si el médico resuelve las dudas del paciente	11 y 12
*Identificar si el médico muestra interés en el paciente	13 y 14
*Identificar si el médico involucra al paciente en el tratamiento	15 , 16 y 17

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Por este conducto de manera conciente y por voluntad propia acepto participar en el proyecto de investigación titulado: “LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE CD. IXTEPEC. OAX.”

El objetivo de este estudio de investigación es conocer como influye la comunicación médico paciente en el control de la diabetes mellitus 2. En la UMF Ixtepec, Oax.

Se me ha informado y explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario con preguntas relacionadas con la comunicación medico paciente, y que también se me hará una toma de muestra sanguínea para verificar la glicemia

También se me ha explicado que la información obtenida en dichas encuestas será para uso exclusivo de la investigación. Se me ha dicho que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

CD. Ixtepec Oaxaca, a _____ de _____ del año 2010

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

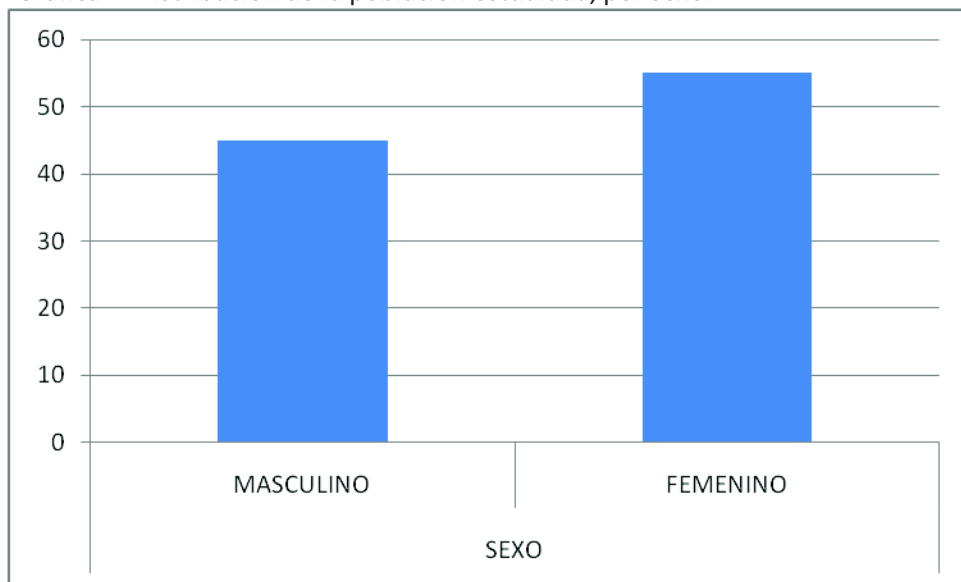
NOMBRE Y FIRMA DEL
INVESTIGADOR

Tabla 1.-Distribucion de la población estudiada, de acuerdo al sexo.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Masculino	45	45	45
Femenino	55	55	55
TOTAL			100

Fuente:-Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Gráfica 1 Distribución de la población estudiada, por sexo.



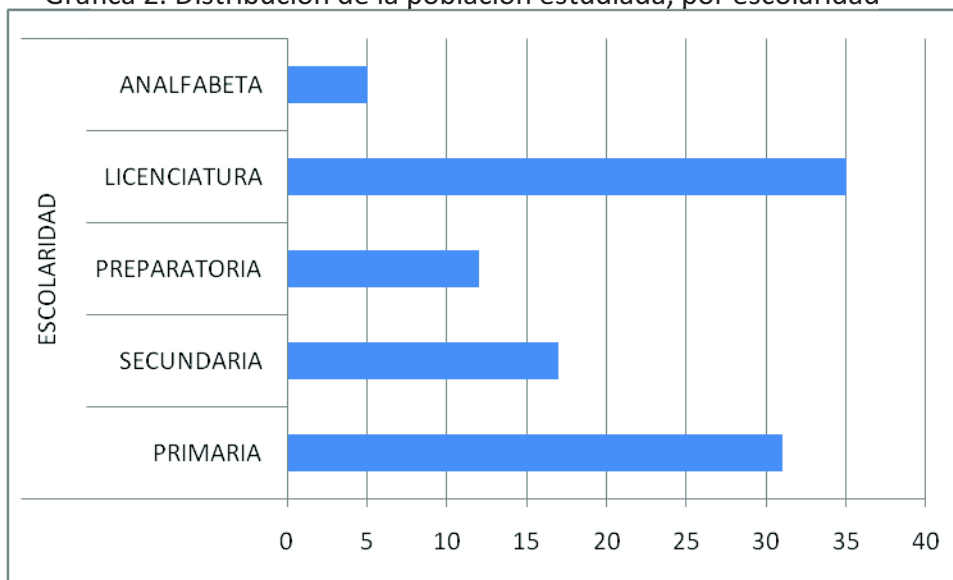
Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Tabla 2 Distribución de la población estudiada, por escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
PRIMARIA	31	31	31
SECUNDARIA	17	17	17
PREPARATORIA	12	12	12
LICENCIATURA	35	35	35
ANALFABETA	5	5	5
TOTAL			100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Gráfica 2. Distribución de la población estudiada, por escolaridad



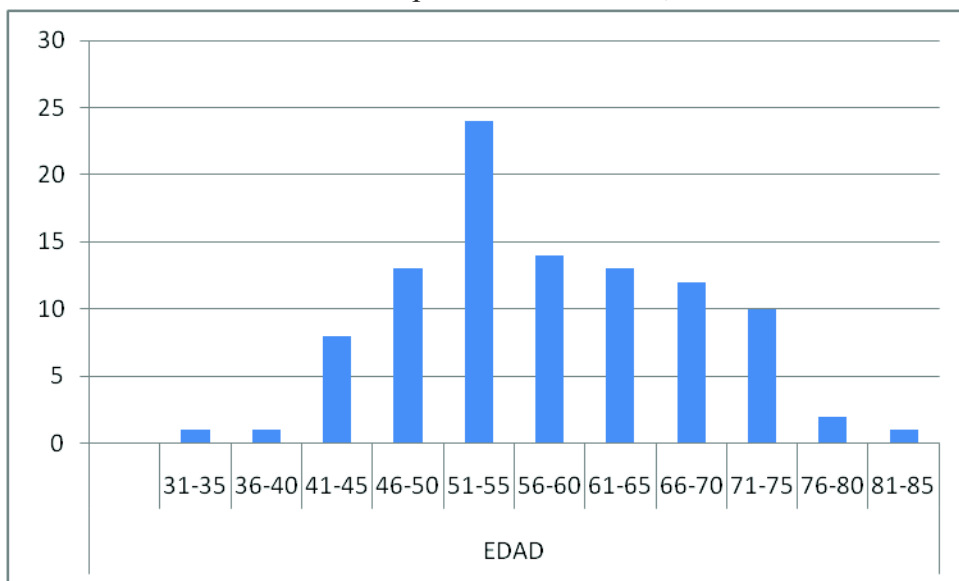
Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Tabla 3. Distribución de la población estudiada, de acuerdo a la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
31-35	1	1	1
36-40	1	1	1
41-45	8	8	8
46-50	13	13	13
51-55	24	24	24
56-60	14	14	14
61-65	13	13	13
66-70	12	12	12
71-75	10	10	10
76-80	2	2	2
81-85	1	1	1
TOTAL			100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo.

Gráfica 3. Distribución de la población estudiada, de acuerdo a la edad.



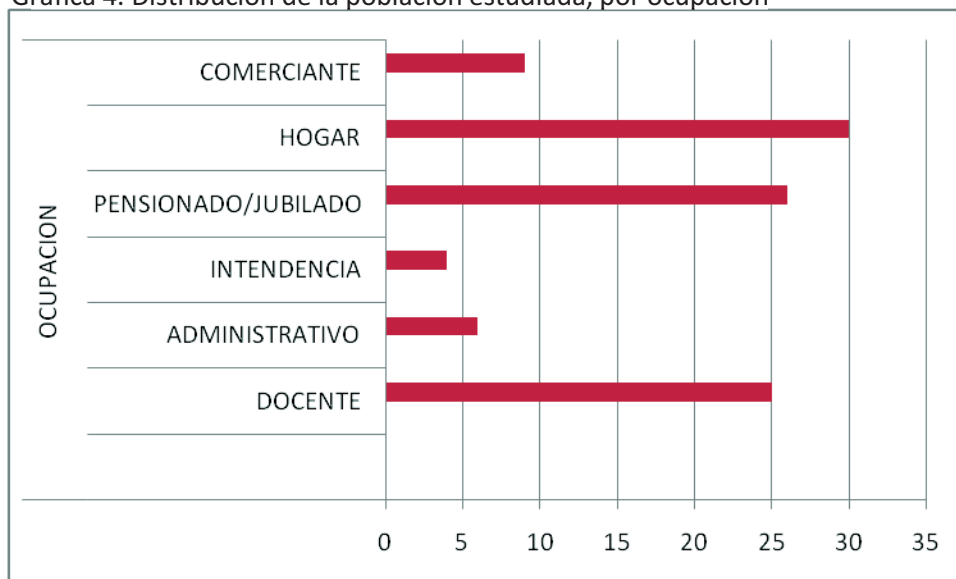
Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Tabla 4. Distribución de la población estudiada, de acuerdo a la ocupación

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
DOCENTE	25	25	25
ADMINISTRATIVO	6	6	6
INTEN DENCIA	4	4	4
PENSIONADO/JUBILADO	26	26	26
HOGAR	30	30	30
COMERCIANTE	9	9	9
TOTAL			100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Gráfica 4. Distribución de la población estudiada, por ocupación



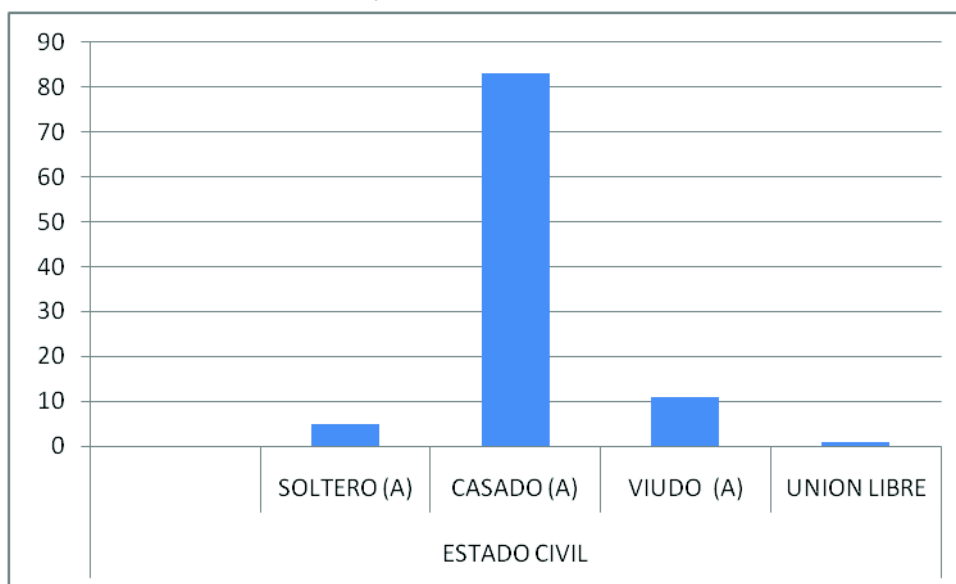
Fuente: cédula recolectora de datos del presente trabajo

Tabla 5. Distribución de la población estudiada, de acuerdo al estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
SOLTERO (A)	5	5	5
CASADO (A)	83	83	83
VIUDO (A)	11	11	11
UNION LIBRE	1	1	1
TOTAL			100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Gráfica 5. Distribución de la población estudiada, de acuerdo al estado civil



Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

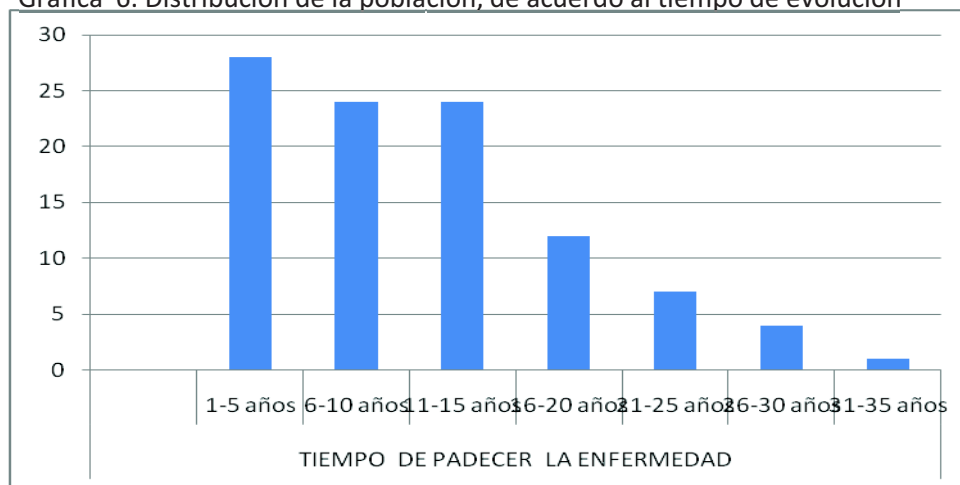
Tabla 6. Distribución de la población estudiada, de acuerdo al tiempo de evolución

TIEMPO DE PADECER LA DM 2	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
1-5 años	28	28	28
6-10 años	24	24	24
11-15 años	24	24	24
16-20 años	12	12	12
21-25 años	7	7	7
26-30 años	4	4	4
31-35 años	1	1	1

TOTAL 100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo.

Gráfica 6. Distribución de la población, de acuerdo al tiempo de evolución



Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo.

Tabla 7. Distribución de la población estudiada por resultados glucemicos

GLUCEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
55-74mg/dl	2	2	2
75-94mg/dl	4	4	4
95-114mg/dl	7	7	7
115-134mg/dl	15	15	15
135-154mg/dl	14	14	14
155-174mg/dl	9	9	9
175-194mg/dl	10	10	10
195-214mg/dl	9	9	9
215-234mg/dl	7	7	7
235-254mg/dl	5	5	5
255-274mg/dl	5	5	5
275-294mg/dl	2	2	2
295-314mg/dl	3	3	3
315-334mg/dl	3	3	3
335-354mg/dl	3	3	3
355-374mg/dl	0	0	0
375-394mg/dl	0	0	0
395-414mg/dl	0	0	0
415-434mg/dl	2	2	2
TOTAL			100

Fuente: Cedula recolectora del presente trabajo.

59 pacientes controlados con menos de 190mg/dl y 41 paciente descontrolados con más de 190mg/dl.

Gráfico 7.-Distribución de la población estudiada por resultados glucemicos.

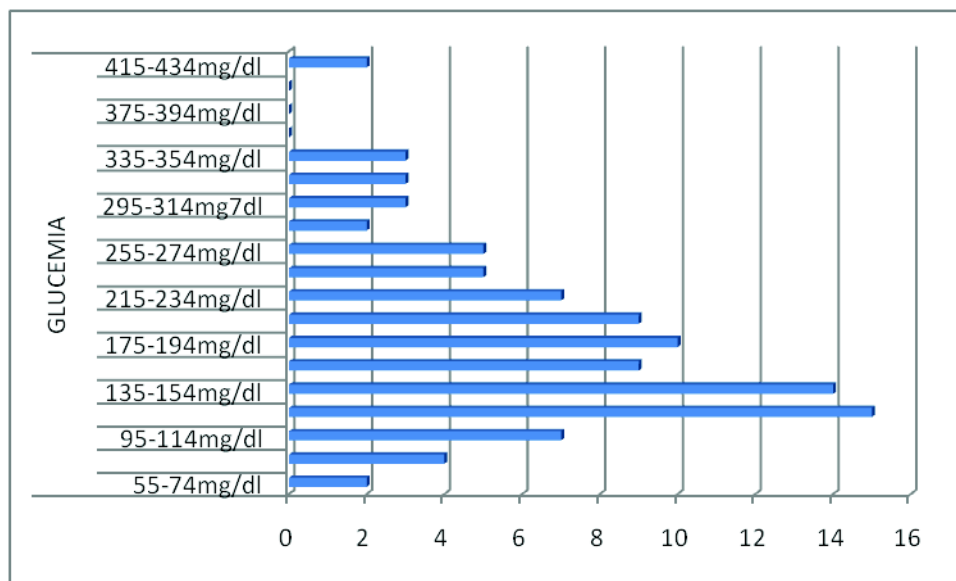
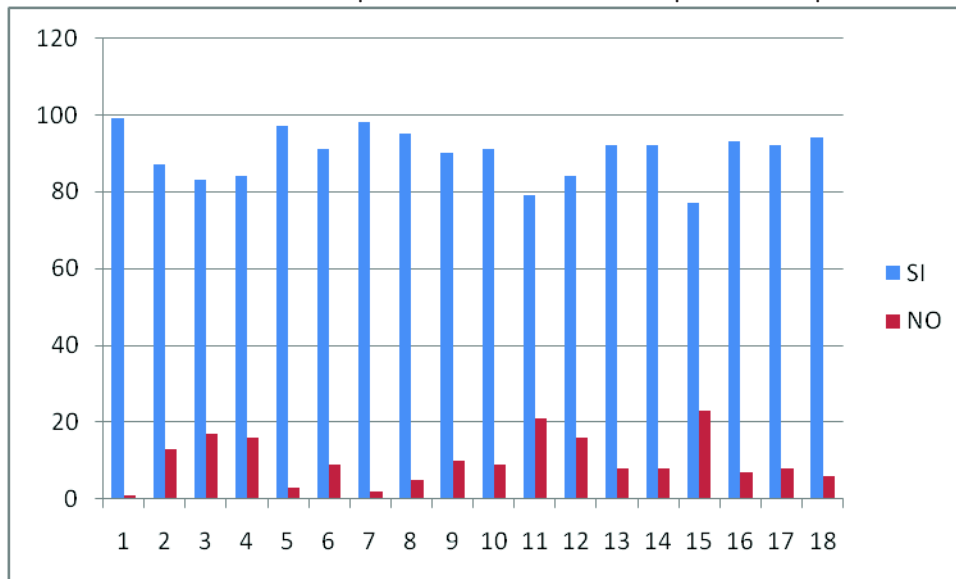


Tabla 8. Distribución de respuestas del cuestionario aplicado a la población estudiada.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Su médico le pone atención cuando usted está hablando?	99	1	100
¿Su médico le mira a los ojos cuando está usted hablando?	87	13	100
¿Su médico le da suficiente información sobre su padecimiento?	83	17	100
¿El médico le explico sobre las complicaciones de su padecimiento si usted no se controla adecuadamente?	84	16	100
¿Entendió como debe tomar sus medicamentos y las dosis?	97	3	100
¿Entendió por que las medidas dietéticas para el control de su padecimiento?	91	9	100
¿Su médico lo escucha cuando usted le pregunta?	98	2	100
¿Su médico le deja hablar y escucha todo lo que usted tiene que decirle?	95	5	100
¿Su médico le explico con palabras claras sobre su padecimiento?	90	10	100
¿El médico le habla con palabras claras y que usted entienda?	91	9	100
¿Le preguntó el doctor si usted tenía dudas o preguntas?	79	21	100
¿Su médico durante la consulta le resuelve todas sus dudas?	84	16	100
¿Muestra interés su médico sobre su padecimiento?	92	8	100
¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?	92	8	100
¿El doctor le pidió a usted su opinión antes de darle tratamiento?	77	23	100
¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor receto o lo que le recomendó o le prohibió a usted?	93	7	100
¿Le explico el doctor que puede pasar si no toma el tratamiento?	92	8	100
¿Está de acuerdo con su médico sobre las causas de sus síntomas?	94	6	100

Fuente: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Gráfica 8. Distribución de respuestas del cuestionario aplicado a la población estudiada



FUENTE: Cédula recolectora de datos del presente trabajo

Tabla 9. Características de la comunicación médico paciente

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Su médico le pone atención cuando está usted hablando?	99	1	100
¿Su médico le mira a los ojos cuando está usted hablando?	87	13	100

Tabla 10. Información del médico acerca del padecimiento.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Su médico le da suficiente información sobre su padecimiento?	83	17	100
¿El médico le explicó sobre las complicaciones de su padecimiento si usted no se controla adecuadamente?	84	16	100
¿Está de acuerdo con su médico sobre las causas de sus síntomas?	94	6	100

Tabla 11. Entender el tratamiento establecido

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Entendió como debe tomar sus medicamentos y las dosis?	97	3	100
¿Entendió por que las medidas dietéticas para el control de su padecimiento?	91	9	100

Tabla 12. Comunicación verbal

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Su médico lo escucha cuando usted le pregunta?	98	2	100
¿Su médico le deja hablar y escucha todo lo que usted tiene que decirle?	95	5	100

Tabla 13 Explicación clara y entendible.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Su médico le explicó con palabras claras sobre su padecimiento?	90	10	100
¿El médico le habla con palabras claras y que usted entienda?	91	9	100

Tabla 14 El médico resuelve dudas del paciente.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Le preguntó el doctor si usted tenía dudas o preguntas?	79	21	100
¿Su médico durante la consulta le resuelve todas sus dudas?	84	16	100

Tabla 15 Interés del médico al paciente

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿Muestra interés su médico sobre su padecimiento?	92	8	100
¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?	92	8	100

Tabla 16 Aceptación del tratamiento establecido.

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
¿El doctor le pidió a usted su opinión antes de darle tratamiento?	77	23	100
¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor receto o lo que le recomendó o le prohibió a usted?	93	7	100
¿Le explico el doctor que puede pasar si no toma el tratamiento?	92	8	100

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

En la tabla y gráfica 1. Se observa que en cuanto al sexo de la población estudiada, no hay mucha diferencia entre el número de masculinos y femeninos.

En la tabla y gráfica 2. De la población estudiada por su escolaridad encontramos que el 5% es analfabeta y el 35% con licenciatura en su mayoría.

En la tabla y gráfica 3. De la población estudiada de acuerdo a su edad, observamos que el 24% es el mayor porcentaje, y las edades se encuentran entre los 51 y 55 años.

De la tabla y gráfica 4. Observamos que de la población estudiada de acuerdo a su ocupación, encontramos que el 30% se dedica al hogar, el 26% son pensionados y jubilados, y el 25% son docentes activos.

En la tabla y gráfica 5. De la población estudiada de acuerdo a su estado civil, encontramos que la gran mayoría 83% son casados.

De la tabla y gráfica 6. De la población estudiada, con respecto al tiempo de padecer la DM2, encontramos que el tiempo de evolución que predomina entre la población es de 6-15 años, con un porcentaje del 48%.

De la tabla y gráfica 7. De los resultados de la glucemia tomada a la población en estudio, encontramos que la gran mayoría se encuentra controlada, y solo una pequeña parte se encuentra descontrolada.

En la tabla 9, observamos que la comunicación médico-paciente es buena, ya que más del 90% de los pacientes refiere que el médico le presta atención.

En la tabla 10, podemos observar que la información que recibe el paciente de su padecimiento, no es buena, ya que solo el 80% recibe esta información.

En la tabla 11, observamos que el 97% de los pacientes considera que el médico si logra comunicar la forma de administrarse el tratamiento.

La tabla 12, más del 95% de los pacientes considera que el médico si logra una buena comunicación verbal.

En la tabla 13, el 90% de los pacientes considera que la explicación del médico es clara y entendible, utiliza palabras claras sobre el padecimiento.

De la tabla 14, nos muestra que el médico no resuelve adecuadamente las dudas del paciente, ya que solo el 79% de los pacientes si fueron resueltas sus dudas.

En la tabla 15, se observa que el 90% de los pacientes refiere que el médico muestra interés en su padecimiento.

En la tabla 16, el paciente en el 90% estuvo de acuerdo con el tratamiento establecido y las consecuencias de no tomar el tratamiento, pero solo el 77% refiere que el médico si le pidió su opinión sobre el tratamiento establecido.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Del presente trabajo de investigación, se encuestaron a 100 pacientes con DM2, de los cuales 45 del sexo masculino y 55 del sexo femenino, y según el nivel de escolaridad el 35% presenta licenciatura y de acuerdo al estado civil el 83% es casada, solo 59 pacientes estaban controlados con una glucemia menor de 190mg/dl y 41 pacientes no estaban controlados con más de 190mg/dl. Los resultados nos muestran que la comunicación médico paciente es buena ya que el 90% de los pacientes nos dice que el médico le pone atención, que se logra una buena comunicación verbal, la explicación del padecimiento también es clara y entendible, el médico muestra interés en su padecimiento en el 90%, pero los pacientes refieren en un 21% que sus dudas no fueron resueltas por el médico y que el 23% el médico no les pidió su opinión sobre el tratamiento establecido.

Históricamente, varias investigaciones habían demostrado que la mayoría de los pacientes preferían dejar las decisiones terapéuticas a su médico. Sin embargo estudios recientes concluyen que los pacientes desean ser más activos en la toma de decisiones, desarrollando un papel de mayor intervención en la elección de las opciones de tratamiento y manejo de su enfermedad, en especial aquellas que afectan su estilo de vida y relación con su entorno social.

Todos sabemos que entre 25 y 50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento, sin embargo varios estudios han demostrado que esto en el fondo es un problema de comunicación, en el cual el paciente no escuchó lo que el médico le dijo, porque quizá sólo le extendió su receta y le dio una indicación sin retroinformación (29).

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente, es que el médico demuestre estar interesado por el, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser el quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento (13).

.-En la tabla 9. Observamos que la comunicación médico-paciente es buena, ya que más del 90% de los pacientes refiere que el médico le presta atención.

Paciente satisfecho con el trato del médico, probablemente lo esté con el diagnóstico, con el plan de estudio y tratamiento, por otra parte, posiblemente tendrá mayor apego a la terapéutica y, si fuese el caso, también podrá ser más consciente de su papel en la limitación del daño o la rehabilitación.

.-En la tabla 10. Podemos observar que la información que recibe el paciente de su padecimiento, no es buena, ya que solo el 80% recibe esta información. El paciente debe recibir una buena información de su padecimiento, para que pueda entender el origen de su enfermedad, y así tomar las medidas preventivas adecuadas. Todo esto se agrava con enfermedades crónicas, en las que más que la simple información, el paciente necesita educación, pues tendrá que vivir con su enfermedad toda la vida y las necesidades de información cambian durante el curso de la enfermedad, como ocurre en la diabetes.

.-En la tabla 11. Observamos que el 97% de los pacientes considera que el médico si logra comunicar la forma de administrarse el tratamiento. Cuando el médico logra que el paciente entienda la forma de administrarse el medicamento, estamos hablando de una buena comunicación. Porque se sabe que el paciente cumple el tratamiento con más facilidad si mantiene una buena relación con su médico.

.-En la tabla 12. Más del 95% de los pacientes considera que el médico si logra una buena comunicación verbal. La comunicación verbal es importante para una buena comunicación médico-paciente, la conversación entre médico y paciente es una entrega mutua, que posibilita esclarecer aspectos de la vida de los pacientes relacionados directa

o indirectamente con su salud, la palabra es a la vez, el objetivo, el lugar y el medio de la reciprocidad, el ser humano es un ser en comunicación constante. En todo proceso de comunicación, los sobreentendidos, malentendidos, ambigüedades, muestran el carácter tan delicado del lenguaje y, con ello, resalta la obligación de darle el significado debido a cada expresión durante la conversación. La buena comunicación verbal entre médico y paciente, conduce al buen entendimiento por parte del paciente de las medidas terapéuticas y de prevención de su padecimiento.

.-En la tabla 13. El 90% de los pacientes considera que la explicación del médico es clara y entendible, utiliza palabras claras sobre el padecimiento.

Aparentemente, el uso de términos médicos, afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés o de la atención del médico, el uso de términos médicos puede dar al paciente la impresión de que el médico tiene poca apreciación de la situación del paciente y en consecuencia está menos interesado en la relación médico-paciente. Cuando el médico utiliza palabras claras y entendibles, el paciente entenderá mejor su padecimiento.

.-De la tabla 14. Nos muestra que el médico no resuelve adecuadamente las dudas del paciente, ya que el 21% de los pacientes no fueron resueltos sus dudas.

El paciente constantemente tendrá dudas sobre su padecimiento, sobre todo si el padecimiento es crónico degenerativo, como lo es la diabetes mellitus, que presenta constantes cambios. El paciente al no disipar sus dudas sale insatisfecho del consultorio y probablemente no seguirá las indicaciones del médico.

.-En la tabla 15. Se observa que el 90% de los pacientes refiere que el médico muestra interés en su padecimiento.

Cuando el médico muestra interés en el padecimiento del paciente, este se siente confortado, ya que piensa que no está solo para poder manejar su padecimiento, ya que en ocasiones el paciente se siente solo pensando en su enfermedad. El médico al mostrar interés en el padecimiento, conducirá al paciente hasta el final de su enfermedad.

.-En la tabla 16. El paciente en el 90% estuvo de acuerdo con el tratamiento establecido y las consecuencias de no tomar el tratamiento, pero en el 23% refiere que el médico no le pidió su opinión sobre el tratamiento establecido.

Ya están pasadas las épocas paternalistas en las que el médico era quien sabía y ordenaba, asumiendo que es lo mejor para su paciente. Estos tiempos de autonomía y autodeterminación le reserva al paciente el poder de decidir.

El médico debe establecer una comunicación con el paciente para indicarle un tratamiento, es importante pedirle al paciente su opinión sobre el tratamiento, es importante involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su padecimiento.

El presente trabajo me pareció que las preguntas que se le formulan al paciente, son insuficientes, el número de preguntas deben ser más, para poder evaluar mejor la relación médico-paciente. Las preguntas tienen que ser más precisas ya que algunas preguntas no son muy claras para el paciente. La cantidad de pacientes encuestados puede ser mayor para ampliar la información y los resultados.

También debería de separarse a los pacientes encuestados por médico, para así valorar mejor la comunicación médico paciente en forma individual, y poder realizar sugerencias al médico sobre el trato hacia su paciente, para mejorar la comunicación.

Es conveniente agregar al trabajo de investigación el examen de hemoglobina glucosilada, para tener un mejor conocimiento del control del paciente con DM2, ya que el simple examen de glucemia no indica el estado del paciente diabético, y lo que se desea saber si el paciente está controlado o descontrolado. Los objetivos creo que son los adecuados y apegados al trabajo de investigación que se realizó, como es la comunicación médico paciente.

CONCLUSIONES.

La pregunta de investigación planteada fue la siguiente: ¿Cómo influye la comunicación médico-paciente en el control glucémico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, de la U.M.F. Ixtepec?, pensamos que con los resultados obtenidos, logramos dar respuesta a la pregunta planteada, ya que la relación médico paciente según la encuesta es adecuada y los pacientes controlados son más del 50%, luego entonces podemos decir que una buena relación médico-paciente, influye en el control de la enfermedad, ya que el paciente se encuentra satisfecho de esa relación y cumplirá con las indicaciones del médico.

En relación al objetivo general, podemos decir que si influye una buena relación médico-paciente, en el control glucémico del paciente.

En relación a los objetivos específicos, pudimos identificar algunas características de la comunicación, y encontramos que es buena en el 90%.

En cuanto a la información que recibe el paciente del médico de su enfermedad, no es suficiente buena ya que solo el 80% de los pacientes recibe esta información. El médico en el 90% logra comunicar al paciente la

forma de administrar el tratamiento. El 90% de los pacientes refiere que la comunicación verbal es adecuada. También en el 90% de los pacientes refiere que el médico logra comunicar adecuadamente la forma de administrar el tratamiento. Se comprobó que el médico no utiliza tecnicismo, su explicación es clara y entendible. Se determinó que el médico no resuelve totalmente las dudas del paciente, ya que solo el 79% de los pacientes si resolvió sus dudas. El médico muestra interés en el padecimiento del paciente en el 90%. Encontramos que el 23% de los pacientes refiere que el médico no les pide su opinión sobre el tratamiento establecido.

En el trabajo realizado concluimos que si es importante la buena relación médico paciente, ya que de los 100 pacientes encuestados, 59 están controlados y 49 no están controlados, esto nos indica que hay que trabajar más con el paciente para disminuir la cantidad de pacientes descontrolados.

En todo proceso de comunicación humana, es importante utilizar los medios adecuados para evitar los malos entendidos, es importante darle el significado debido a cada expresión durante la conversación. Es por eso que se le recomienda al médico que mejore el trato hacia el paciente, para que el paciente siga las recomendaciones del médico y se apegue al tratamiento establecido.

También es importante el trato que se le da al paciente desde la recepción, ya que si el paciente es tratado mal por el personal paramédico, el paciente llega predispuesto a la consulta y probablemente será un paciente difícil de tratar.

El médico debe pensar que espera el paciente de nosotros, varios estudios, coinciden en reconocer que los pacientes requieren del “médico ideal”, que sea confiable, que inspire confianza, que se compenetre en sus problemas, que trate de entender lo que está sintiendo, tanto física como emocionalmente y que se comunique en forma directa y sencilla.

Otro problema que debemos eliminar, es la idea de que ser médico implica omnipotencia, esto ha propiciado que algunos profesionales de la atención a la salud, actúen inconscientemente como si la soberbia fuera un valor.

Médicos insatisfechos de su profesión realizan medicina deficiente, los cambios, solo los médicos los podemos lograr, aunque para ello tenemos que cambiar muchas prácticas vigentes. Es decir, tenemos que recuperar la relación médico-paciente por encima de la relación paciente-médico-institución.

Al mismo tiempo, tenemos que recuperar esa capacidad de entender a la enfermedad como una respuesta global del ser humano, no sólo de un órgano o función, lo cual nos debe llevar a darle al paciente una dimensión orientada hacia su interioridad y vivencia de su padecer, contemplando los aspectos psicológicos y sociales.

El médico tiene que utilizar su propia persona para desempeñar el papel de autoridad que le corresponde en esta relación y sin menospreciar al paciente, lograr que confiara en él y coopere en el proceso de recuperación de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Zarate A, Hernández Valencia M. Conocimientos generales sobre Diabetes: acerca de su prevención y manejo. Acta Medica Grupo Ángeles. 2007; 5:93-95
- 2.-Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Noviembre 2008; Nota Descriptiva No. 312
- 3.-Ibarra Costilla E, Cantu Martínez P. C. Años de vida productiva perdidos por complicaciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa. Revista Salud Pública y Nutrición.2003; 4:1-6.
- 4.-Vázquez Martínez J .L., Gómez Dantes H., Fernández Cantón. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Revista Médica IMSS.2006; 44:13-26
- 5.-Lozano R., Torres L .M., Solís P. Efectos de la CIE-10 en las estadísticas de diabetes mellitus en México .Síntesis Ejecutiva.
- 6.-Oláis Fernández G., Rojas R., Aguilar Salinas CA., Rueda J., Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. Salud Pública Méx. 2007; 49: S331-S337.
- 7.-Bustos Saldaña R. Aprender para educar, una necesidad del medico de familia en la atención de los pacientes diabéticos. Revista Pacea de Medicina Familiar. 2006; 3:33-36.

- 8.-Revista de Endocrinología y Nutrición. Escrutinio, diagnóstico, evaluación inicial y seguimiento del paciente con diabetes tipo 2. Abril-Junio 2004; 12, No.2:S8-S14.
- 9.-Calero Morales B., Quelle Santana L., Montejo Viamontes A., Maset Montero M., Pozo Abreu S. El pie del paciente diabético en la comunidad. Facultad de ciencias Médicas 10 de Octubre La Habana Cuba. 2007.
- 10.-Gómez Pérez FJ, Ríos Torres JM, Aguilar Salinas CA, Lerma Gerber I, Posición de la SMNE sobre el manejo del síndrome metabólico. Revista de Endocrinología y Nutrición 2005; 13 No.1: 9-23.
- 11.-Morales Ruiz MA., Ruvalcaba Cervantes V., Montes Moreno M .La relación médico-paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción? Rev. Fac. Med. UNAM Nov-Dic 2006; 49 No.6:242-243.
- 12.-Garza Elizondo T, Ramírez Aranda JM, Gutiérrez Herrera RF. Relación de colaboración médico-paciente-familia. 2006; 8:57-62.
- 13.-Hernández Torres I, Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Rev. Fac. Med. UNAM 2006; 8:137-143.
- 14.-Tratamiento nutricional en la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. Revista de Endocrinología y Nutrición 2004; 12 No.2:S15-S22.
- 15.-Carranza Bucio O. Primera descripción de la Diabetes Mellitus en Michoacán. Bol. Méx. His. Fil. Med. 2007; 10 (2): 64-70.

16.-Lerma Gerber I, Aguilar Salinas CA, Gómez Pérez FJ, Reza Albarran A, Hernández Jiménez S, Vázquez Chávez C. Características del síndrome metabólico en México. Revista de Endocrinología y Nutrición 2004;12 No.3:109-122.

17.-Kumate Rodríguez J., Anzures Carro R., Ariza Andraca R., Camacho Solís R. "et al". El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. Rev. Med. IMSS.2007; 45 (2):101-103.

18.-De los Ríos Castillo JL., Sánchez Sosa J., Barrios Santiago P., Guerrero Sustatita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS. 2004; 42(2):109-116.

19.-Rodríguez Moran M., Guerrero Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Méx.1997; 39 No. 1

20.-Barrios Santiago P., Ávila Rojas L., De los Ríos Castillo J. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 y neuropatía diabética. Rev. Med. Hosp. Gen. Méx. 2005; 68 (3):82-94.

21.-Gaytán Hernández A., García de Alba G. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente.Rev. Med. IMSS 2006; 44(2):113-120.

22.-Méndez López DM., Gómez López VM., García Ruiz ME., Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2.Rev. Med. IMSS 2004; 42(4):281-284.

- 23.-Sánchez Martínez FL. Visión de la diabetes desde el punto de vista del diabético, educador y diabetólogo, a escala nacional e internacional.F.E.D.E.200; 16: 89-92.
- 24.-Tratamiento nutricional en la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.Revista de Endocrinología y nutrición.2004; 12 (2):S15-S22.
- 25.-Miracle López S., De la Barreda Becerril Manifestaciones cutáneas de la diabetes mellitus, una manera clínica de identificar la enfermedad. Revista de Endocrinología y Nutrición.2005; 13:75-78.
- 26.-Rodríguez Silva H. La relación médico paciente.Rev. Cubana Salud Pública 2006; 32(4).
- 27.-Bohórquez F. El dialogo como mediador de la relación médico paciente.Revista Electrónica de la red de Investigación Educativa.2004; 1(1).
<http://revista.iered.otg>.
- 28.-Dr. Arturo M. Terrés Speziale. Temas selectos de laboratorio en medicina. Academia Nacional de Medicina. Programa de actualización continúa para el médico general. PAC-MG-2 Tomo 5, 2º edición, 2000.
- 29.-Sanchez González JM., Tena Tamayo C. Reflexiones sobre la comunicación ética del médico con sus pacientes. Diabetes Hoy. 2008; IX (1) 1968-1972.