

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**TIPO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA
DE ACTITUDES ENTRE EL MEDICO Y EL
PACIENTE HACIA LA DIABETES**

Por

MCP. ALVARO MATHIEW QUIROS

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS con especialidad en
SISTEMAS DE SALUD**

Octubre, 2003



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
PUBLISHED BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
50 EAST LAKE STREET, CHICAGO, ILLINOIS 60607
PRINTED IN THE UNITED STATES OF AMERICA
© 1998 BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
ALL RIGHTS RESERVED
ISBN 0-226-08411-1



1080122762

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



TITULO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA
DE ACTITUDES ENTRE EL MEDICO Y EL
PACIENTE HACIA LA DIABETES

Por

MCP. ALVARO MATHIEW QUIROS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS con especialidad en
SISTEMAS DE SALUD

Octubre, 2003



TM

RCGGG

A2

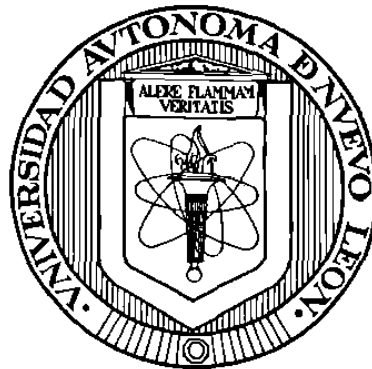
M3

20 3



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**TIPO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA DE ACTITUDES
ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE HACIA LA DIABETES**

Por

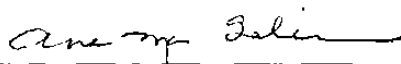
MCP. ALVARO MATHIEW QUIROS

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS con especialidad en
SISTEMAS DE SALUD**


Octubre, 2003

TIPO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA DE ACTITUDES
ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE HACIA LA DIABETES

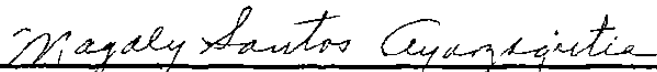
Aprobación de la Comisión de Tesis:



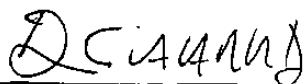
Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Directora de Tesis



Dra. M.S.P. Georgina Mayela Núñez Rocha
Co-Directora de Tesis



Dra. Magaly Santos Ayarzagotia
Comisión de Tesis



Dr. Dionicio A. Galarza Delgado
Subdirector
De Investigación y Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a la Dra. Ana María Salinas Martínez, Directora de Tesis por su motivación académica, apoyo y paciencia en el tiempo transcurrido durante la elaboración de este trabajo de investigación.

A la Dra. Georgina Núñez Rocha y a la Dra. Magaly Santos Ayarzagotia, integrantes del comité de tesis por sus valiosas observaciones y sugerencias en la revisión del mismo.

Al personal y alumnos del departamento de Medicina Preventiva encabezados por el Dr. Francisco González Rodríguez, por su gran disponibilidad y sentido de cooperación.

Al personal directivo y operativo de las unidades médicas participantes en el estudio, por su colaboración y las facilidades otorgadas en la realización de las encuestas.

Finalmente y con gran aprecio, a todos los médicos y sus pacientes que en forma anónima participaron con gran entusiasmo en el estudio

DEDICATORIA

A mi madre por haber sido siempre un ejemplo de fortaleza y respeto a todas las personas.

A mi esposa Graciela y a mis hijos Alvaro y Alan quienes por su constante apoyo y comprensión durante el tiempo dedicado a la realización de este estudio me motivaron a seguir hasta el final.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. HIPÓTESIS.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 Objetivo General.....	9
3.2 Objetivos específicos.....	9
4. MATERIAL Y METODOS.....	10
4.1 Diseño del estudio.....	10
4.1.1 Universo de estudio.....	10
4.1.2 Población de estudio.....	10
4.1.2.1 Criterios de inclusión.....	10
4.1.2.2 Criterios de exclusión.....	11
4.1.3 Selección de población de estudio.....	11
4.1.3.1 Unidades médicas.....	11
4.1.4 Tamaño mínimo de muestra.....	12
4.2 Variables del estudio.....	14
4.2.1 Variable independiente.....	14
4.2.2 Variable dependiente.....	14
4.2.3 Variables de control.....	15
4.3 Procedimientos	16
4.4 Instrumento de medición.....	16
4.5 Aspectos éticos.....	20
4.6 Plan de análisis.....	21
5. RESULTADOS.....	22
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	36
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
8. REFERENCIAS.....	51
9. APÉNDICE.....	56

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Pacientes y porcentaje de diabéticos atendidos por semana, según especialidad médica.....	23
2. Tipo de especialidad médica según categorías de porcentaje de pacientes diabéticos vistos en promedio por semana.....	24
3. Características sociodemográficas de los médicos, según sector de salud.....	25
4. Porcentaje de pacientes diabéticos atendidos por semana, según sector de salud.....	25
5. Características sociodemográficas de los pacientes, según sector de salud.....	27
6. Actitudes del médico y del paciente hacia la diabetes.....	28
7. Actitudes del médico y del paciente hacia la diabetes, según sector de salud.....	29
8. Factores predisponentes para diferencia de actitudes entre el médico y el paciente, resultados del análisis multivariado, según subescala de actitud.....	30
9. Comparación de actitudes entre médicos de los tres sectores de salud.....	34
10. Comparación de actitudes entre pacientes de los tres sectores de salud.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Población de médicos según especialidad.....	23
2. Población de pacientes según lugar de residencia.....	26
3. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala entrenamiento especial en educación, según sector de salud.....	31
4. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala gravedad de la diabetes tipo 2, según sector de salud.....	31
5. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala valor del control estrecho de la glucosa, según sector de salud.....	32
6. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala impacto psicosocial de la diabetes en el paciente, según sector de salud.....	32
7. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala autonomía del paciente, según sector de salud.....	33

RESUMEN

Alvaro Mathiew Quirós

Fecha de Graduación: Octubre 2003

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina

Título del estudio: TIPO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA DE ACTITUDES ENTRE MEDICOS Y PACIENTES HACIA LA DIABETES

Número de páginas : 62

Candidato para el grado de Maestría en Ciencias con especialidad en Sistemas de Salud

Area de Estudio: Sistemas de Salud

Propósito y Método del Estudio: La diabetes es un padecimiento que por su alta prevalencia en la población es un reto a la salud pública y en donde por sus características, las actitudes tanto de los pacientes como de los médicos juegan un papel de importancia muy especial para su prevención y control. En esta investigación se analizaron las diferencias de actitudes entre médicos y pacientes ante la diabetes, en los principales sectores del sistema de salud en México.

Contribuciones y Conclusiones: Se logró detectar áreas específicas de discrepancias entre médicos y pacientes, lo cual abre el camino para futuras intervenciones con el fin de disminuir las diferencias de actitudes entre estos. Ante esta situación se presenta un desafío para su atención en el marco de un sistema de salud tan disperso como el nuestro.

FIRMA DEL ASESOR: _____

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud es el órgano rector de todo el sistema nacional de salud mexicano, el cual está integrado por dos sectores, el público y el privado. Al primero pertenecen las agencias de seguridad social que prestan servicios a población que tiene relación formal con alguna empresa productora de bienes y servicios (destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado); y los servicios de salud de las entidades federativas y de asistencia social, que proveen atención a *población abierta*. El sector privado es definido en México como el conjunto de individuos, organismos o instituciones que desarrollan actividades en salud lucrativas o no lucrativas, con bienes de propiedad particular¹.

En lo que respecta a cobertura, según datos del XII Censo de Población y Vivienda², a las agencias para población abierta les corresponde el 57% de la población mexicana y a las de seguridad social, el resto. La última Encuesta Nacional de Salud³ realizada en el año 2000 reveló que las principales instituciones que atendieron a los usuarios de servicios ambulatorios en el país fueron, la asistencia social, 37.9%; la seguridad social, con el 32.6%; y servicios privados, 25%. En el año 1994, había 164,796 médicos registrados; 41.4% de seguridad social, 27.7% de asistencia social y 30.9%, privados. En lo que

concierno a consultorios, el 39.2% eran de asistencia social; 38.4%, de seguridad social; y 22.4%, privados⁴. Por otra parte, Nuevo León es un estado predominantemente industrial, por lo que la población derechohabiente (asegurada directa o cotizante, pensionada y familiar o beneficiaria de ambos) alcanza cifras del 85%. En esta entidad federativa, el sector público contaba en el año 2000 con 5,377 médicos (67% de la seguridad social); 547 unidades médicas (16.8% de la seguridad social y 83.2% de la asistencia social), de las cuales el 94% otorga servicios de consulta externa⁵.

La heterogeneidad de personas e instituciones que constituyen el sistema nacional de salud mexicano se manifiesta en la pluralidad de agentes que intervienen en el financiamiento y prestación de servicios. Los principios en que se basa el acceso son tres: la pobreza (a los servicios médicos de asistencia social asisten las personas con problemas económicos que no pueden acceder al sector privado o que no tienen un empleo formal); el corporativo (a la seguridad social asisten los grupos de población con relación formal laboral de trabajo); y el poder de compra, que rige al sector privado¹. Esto hace que el manejo y el impacto que observan los sectores sobre el control de padecimientos crónico degenerativos como la diabetes sea diverso, obligándolos a todos a abordar el problema con competitividad.

El número de personas que padecen diabetes en el continente americano se estimó en 35 millones en el año 2000, de los cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 esta cifra

ascenderá a 64 millones, 40 millones de la América Latina y el Caribe (62%)⁶. En México se ha calculado una prevalencia que oscila entre el 7.2 y el 8.2% en población entre 20 y 69 años, estados del norte como Nuevo León registran las cifras más altas del país⁷. La diabetes se ha convertido en un gran problema de salud pública a nivel mundial, de ahí la abundancia de investigación acerca de este padecimiento bajo diferentes enfoques de tipo clínico, económico y social, entre otros. Esta enfermedad representa una paradoja en la medicina actual, por un lado el arsenal médico disponible para su control ha reducido la mortalidad temprana, pero por el otro, se ha incrementado la aparición de complicaciones propias del padecimiento.

Las creencias, percepciones y actitudes del diabético hacia su enfermedad aunados a la carencia de un seguro médico, diferencia cultural y uso informal de servicios de salud, hacen más propenso al paciente para sufrir complicaciones derivadas del padecimiento⁸. Las metas de tratamiento constituyen un reto diario para el personal de salud de todos los sectores del sistema de salud y las actitudes del paciente pueden interferir con las mismas. De acuerdo a la teoría de conducta planeada y a su predecesora la teoría de acción razonada, la gente actúa de acuerdo con sus intenciones, las cuales son influenciadas por actitudes, normas subjetivas y percepciones de control de la conducta en cuestión⁹. Por lo tanto, la importancia de una actitud radica en que ésta predispone a una conducta; si la actitud es negativa, la conducta será negativa. Así, el entendimiento del comportamiento de los pacientes diabéticos requiere del conocimiento de sus actitudes hacia la enfermedad y su control.

En el campo de la diabetes se ha descrito que actitudes desfavorables a la adherencia, representan actitudes negativas hacia los efectos secundarios a medicamentos y pensamiento erróneo de estar totalmente recuperado. O bien, actitudes favorables a la adherencia corresponden a actitudes positivas, como deseo de aprender más sobre la enfermedad, examinar los niveles de glucosa y seguir las recomendaciones dietéticas¹⁰. Conocido es que creencias sobre gravedad de la enfermedad se asocian con adherencia al tratamiento¹¹ y control metabólico¹². Anderson y col¹³ reportaron que diabéticos tipo 2 con adherencia alta reconocieron la gravedad de la diabetes y la relación del control de glucosa, con complicaciones de la enfermedad. Hampson y col^{14,15} sugieren que las creencias sobre la enfermedad están asociadas fuertemente con el automanejo del padecimiento.

Estudios de actitudes realizados en pacientes muestran variaciones del grado en que los mismos creen que la diabetes afecta sus vidas, siendo comunes los pensamientos contradictorios sobre el efecto del tratamiento. Los autores concluyen que los proveedores de salud deben explorar estos temas y ayudar a los pacientes a resolver ambivalencias si las preferencias de los pacientes van a ser respetadas en el plan global de tratamiento¹⁶.

Por otra parte, las actitudes del personal de salud pueden interferir con su adherencia a estándares actuales de atención al diabético. De hecho, se sugiere que la falta de apego a estándares para control glicémico o tamizaje de

complicaciones está relacionada con la creencia de que las complicaciones de la diabetes son inevitables o bien, que la diabetes tipo 2 no es tan grave como la diabetes tipo 1, por lo tanto no requiere de un tratamiento agresivo. Larne y Pugh estudiaron a un grupo de médicos de atención primaria que pensaba que la diabetes era más difícil de tratar, entre sus razones se encontraban que los pacientes no sienten la misma urgencia del médico para controlar la enfermedad aunado a la falta de disciplina en el seguimiento de las recomendaciones¹⁷.

Anderson y Col¹⁸ observaron diferencias estadísticas significativas entre actitudes de enfermeras, dietistas y médicos. Estos últimos registraron actitudes menos favorables hacia la autonomía del paciente, gravedad de la enfermedad y valor del control estrecho de la glucosa. La cantidad de tiempo dedicado a la atención del paciente diabético fue un predictor de las actitudes de los grupos de profesionales; enfermeras, dietistas y médicos con más horas de dedicación tuvieron actitudes más positivas en comparación a los de menor tiempo. Otros autores como Bernard y col.¹⁹ analizaron las actitudes de residentes de medicina interna en una clínica urbana. La mayoría no percibió la necesidad de entrenamiento adicional relacionado con la atención a diabéticos y fueron generalmente neutrales con respecto a su actitud hacia la autonomía del paciente con la enfermedad.

Las actitudes de los pacientes y los médicos no son necesariamente similares. Los beneficios de control del padecimiento deben ser analizados desde la

perspectiva del paciente ya que sus necesidades difieren de las que el médico supone en muchos aspectos. En primer lugar, no posee el sentido científico de la enfermedad en lo que respecta a causas, evolución y terapéutica. Los pacientes sienten que están desperdiciando el tiempo del médico, omiten detalles que ellos creen no ser importantes, se avergüenzan de mencionar aspectos que piensan los pondrían en una situación comprometedora, no entienden los términos médicos y no tienen la información necesaria para decidir acerca del tratamiento a seguir. Además, el paciente suele tener un horizonte temporal limitado y hace más hincapié en las manifestaciones actuales más que a las últimas consecuencias. El grado máximo de incongruencia se alcanza cuando el paciente pertenece a un grupo con una cultura diferente o a un grupo sumamente marginado de la sociedad²⁰⁻²². Anderson y col²³ observaron los niveles más altos de congruencia entre pacientes y profesionales en lo concerniente a actitudes hacia la gravedad de la enfermedad y valor del control estrecho de la glucosa. El hallazgo más sorprendente fue que los pacientes tienden a expresar una actitud más severa hacia el comportamiento de ellos mismos que los profesionales de la salud.

El médico debe estar consciente de la actitud que asume el enfermo para lograr una mejor comprensión y un mayor compromiso en el manejo de su enfermedad. Es fundamental la integración de alianzas colaborativas para identificación de estrategias de tratamiento en forma conjunta y precisamente el reconocimiento de discrepancias en actitudes entre el enfermo y el médico, es un paso clave en el establecimiento de esta colaboración. Es importante

identificar las actitudes hacia la diabetes, no sólo por parte de los enfermos, sino también de los médicos que los atienden en los distintos sectores de salud. Esto ayudaría a elaborar estrategias específicas, diseñadas de acuerdo a las necesidades y capacidades de cada subsistema, propiciando el bienestar del paciente y el ahorro de recursos para las instituciones de salud, al obtener un mejor control del padecimiento. Al sistema de salud le favorecerá apuntar la dirección de sus programas de atención a la diabetes bajo una circunstancia realista.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

Con base a consenso de expertos se plantearon las siguientes hipótesis:

Ha1: En el sector de salud privado, la correlación promedio entre la actitud del médico y paciente ante la diabetes, es de 0.70

Ha2: En el sector de salud de la seguridad social, la correlación promedio entre la actitud del médico y paciente ante la diabetes, es de 0.50

Ha3: En el sector de asistencia social, la correlación promedio entre la actitud del médico y paciente ante la diabetes, es de 0.30

Ha4: En el sector privado, existe una diferencia de 0.3 unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente

Ha5: En el sector seguridad social, existe una diferencia de 0.4 unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente

Ha6: En el sector asistencia social, existe una diferencia de 0.5 unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar si el tipo de sector de salud influye en la discrepancia de actitud entre el médico y el paciente ante la diabetes.

3.2 Objetivos específicos

1. Comparar entre el paciente y el médico, la actitud hacia la necesidad de entrenamiento especial en educación, global y por sectores
2. Comparar entre el paciente y el médico, la actitud hacia la gravedad de la diabetes tipo 2, global y por sectores
3. Comparar entre el paciente y el médico, la actitud hacia el control estrecho de la glucosa, global y por sectores
4. Comparar entre el paciente y el médico, la actitud hacia el impacto psicosocial de la diabetes en el paciente, global y por sectores
5. Comparar entre el paciente y el médico, la actitud hacia la autonomía del paciente, global y por sectores

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

Transversal comparativo según sectores de salud privado, seguridad social y asistencia social.

4.1.1 Universo de estudio

4.1.1.1 Médicos de unidades de salud de los sectores privado, seguridad social y asistencia social, del área metropolitana de Monterrey

4.1.1.2 Pacientes diabéticos (tipo 1 y 2) que acuden a control a las instituciones de salud de los sectores previamente mencionados.

4.1.2 Población de estudio

4.1.2.1. Criterios de inclusión:

- Médicos internistas y endocrinólogos que laboran en forma exclusiva, en la consulta externa del hospital Christus Muguerza; y médicos generales, familiares, internistas y endocrinólogos de consultorios médicos privados del área metropolitana de Monterrey (sector privado)
- Médicos internistas que laboran en forma exclusiva, en la consulta externa del Hospital General de Zona No. 17 y médicos generales y familiares, de

las unidades de medicina familiar del área metropolitana de Monterrey, del Instituto Mexicano del Seguro Social (sector seguridad social)

- Médicos internistas y endocrinólogos que laboran en forma exclusiva, en la consulta externa del Hospital Universitario José E. González; y médicos generales y familiares, de centros de salud del área metropolitana de Monterrey, de la Secretaría Estatal de Salud (sector asistencia social).
- Pacientes diabéticos que acuden actualmente a su control en forma exclusiva, a la consulta externa de las unidades médicas de los sectores previamente mencionados.

4.1.2.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes hospitalizados
- Pacientes y médicos que se nieguen a participar en el estudio

4.1.3. Selección de la población de estudio

4.1.3.1. Unidades médicas

En el sector privado, se eligieron en forma no probabilística consultorios privados ubicados en la zona metropolitana de Monterrey. En el sector seguridad social, se eligió al azar una unidad de medicina familiar del total de aquellas ubicadas en área metropolitana de Monterrey de las zonas médicas No. 2, 4, 17 y 33. En el sector asistencia social, se eligieron en forma no

probabilística centros de salud con 3 o más consultorios ubicados en la zona metropolitana de Monterrey.

4.1.3.2. Hospitales

La selección de hospitales privado, seguridad social y asistencia social fue por conveniencia.

4.1.3.3. Médicos y pacientes

La selección de médicos y pacientes fue consecutiva y se realizó en las unidades médicas previamente identificadas de cada uno de los sectores bajo estudio, la participación fue voluntaria.

4.1.4. Tamaño mínimo de muestra

Se estimaron varios tamaños de muestra con base a las hipótesis del estudio, asumiendo un valor de beta de 0.20 y un valor de alfa de 0.05 de una sola cola: Ha1. "En el sector privado, la correlación promedio de actitud médico y paciente ante la diabetes, es de 0.70" (tamaño mínimo de muestra requerido, 11 pacientes y 11 médicos); Ha2. "En el sector seguridad social, la correlación promedio de actitud médico y paciente ante la diabetes, es de 0.50" (tamaño mínimo de muestra requerido, 23 pacientes y 23 médicos); Ha3. "En el sector asistencia social, la correlación promedio de actitud médico y paciente ante la diabetes, es de 0.30" (tamaño mínimo de muestra requerido, 67 médicos y 67 pacientes)²⁴. Asimismo, asumiendo un valor de alfa de 0.05 de dos colas y una desviación estándar de la diferencia esperada máxima de 0.25, con base a las siguientes hipótesis: Ha4: "En el sector privado, existe una diferencia de 0.3

unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente” (tamaño mínimo de muestra requerido, 6 médicos y 6 pacientes); Ha5: “En el sector seguridad social, existe una diferencia de 0.4 unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente” (tamaño mínimo de muestra requerido, 4 médicos y 4 pacientes); Ha6: “En el sector asistencia social, existe una diferencia de 0.5 unidades en promedio entre la actitud del médico y del paciente” (tamaño mínimo de muestra requerido, 2 médicos y 2 pacientes)²⁵.

Finalmente, se incluyeron 85 médicos y 85 pacientes de cada sector, distribuidos de la siguiente manera:

SECTOR PRIVADO

SECTOR ASISTENCIA SOCIAL

**18 PACIENTES Y 18 MÉDICOS
DEL HOSPITAL CHRISTUS
MUGUERZA (20%)
67 PACIENTES Y 67 MÉDICOS
DE CONSULTORIOS
PRIVADOS (80%)**

**18 PACIENTES Y 18 MÉDICOS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO (20%)
67 PACIENTES Y 67 MÉDICOS DE C.
DE SALUD (80%)**

SECTOR SEGURIDAD SOCIAL

17 PACIENTES y 17 MÉDICOS UMF1	}	80%
17 PACIENTES y 17 MÉDICOS UMF2		
17 PACIENTES y 17 MÉDICOS UMF3		
17 PACIENTES y 17 MÉDICOS UMF4		
17 PACIENTES y 17 MÉDICOS HGZ	}	20%

4.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Tipo de sector de salud, que incluyó tres categorías: sector privado, seguridad social y asistencia social

4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Actitud, que ha sido definida como la predisposición del individuo para valorar de manera favorable (positiva) o desfavorable (negativa) algún símbolo u objeto (Ajzen). En este estudio, la actitud hacia la diabetes se midió con cinco opciones de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, ni una ni otra, en desacuerdo y muy en desacuerdo, precodificadas del 1 al 5, en donde el 5 significa una actitud más favorable. Tanto el proveedor como el paciente calificaron su nivel de acuerdo con enunciados de las siguientes 5 subescalas:

1. Necesidad de un entrenamiento especial en educación, que evaluó la actitud del encuestado, hacia la necesidad de estar entrenado en enseñanza, consejería y técnicas de cambio de conducta, por parte del personal de salud que atiende pacientes diabéticos
2. Gravedad de la diabetes tipo 2, que evaluó la actitud del encuestado, hacia la peligrosidad de la enfermedad
3. Control estrecho de la glucosa, que evaluó la actitud del encuestado, hacia el beneficio potencial del control glicémico
4. Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente, que evaluó la actitud del encuestado, hacia el impacto psicosocial de la enfermedad en la vida de los personas con diabetes

5. Autonomía del paciente, que evaluó la actitud del encuestado, acerca de si los pacientes deberían ser los principales tomadores de decisiones en el autocuidado diario de su diabetes

4.2.3. VARIABLES DE CONTROL

4.2.3.1. DEL PACIENTE

Edad (años cumplidos); sexo (masculino, femenino); escolaridad (grado máximo de estudios; ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, técnico, profesional, posgrado); tipo de diabetes (1 y 2); tiempo de diagnóstico (años desde el diagnóstico del padecimiento); atención con el médico (número de asistencias en los últimos 6 meses); familiares directos con diabetes (sí o no); y residencia habitual (municipio).

4.2.3.2 DEL MEDICO

Edad (años cumplidos), sexo (masculino, femenino); tipo de especialidad médica (general/familiar, internista, endocrinólogo); tiempo de ejercicio profesional (años); y porcentaje de pacientes diabéticos atendidos en promedio por semana (número de pacientes diabéticos atendidos en promedio por semana/total de pacientes atendidos en promedio por semana x 100).

4.3 PROCEDIMIENTOS

En primera instancia, se localizaron pacientes diabéticos en la consulta externa de las unidades médicas seleccionadas para solicitar su colaboración voluntaria a responder a la encuesta en forma autoadministrada; si el individuo expresaba no saber leer o escribir se procedió a coleccionar la información a través de entrevista. En la misma instalación física donde fue ubicado el paciente diabético, se pidió la colaboración voluntaria de los médicos que ahí laboraban, para responder a la encuesta, también en forma autoadministrada.

Cabe aclarar que el instrumento de medición de actitudes es exactamente el mismo, para pacientes y médicos, escrito en lenguaje entendible para ambos (Anexo 1).

4.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se utilizó el *Diabetes Attitude Scale 3 (DAS-3)* que ha sido aplicado para evidenciar creencias controversiales hacia la diabetes atribuidas a la pertenencia de un grupo profesional (por ejemplo, médicos vs enfermeras), para mostrar asociación entre actitudes de los pacientes y adherencia a tratamiento autoreportado, medir diferencias de actitudes entre géneros y para contrastar actitudes de profesionales de la salud y pacientes, entre otras aplicaciones¹⁸.

Dicho instrumento cuenta con 33 reactivos, de los cuales 10 presentan opciones de respuesta invertidas para evitar la tendencia hacia los códigos 1 ó

5. El DAS-3 mide la actitud hacia la diabetes en 5 subescalas:

1. Entrenamiento especial en educación (5 reactivos):

- Los profesionales de la salud que tratan personas con diabetes están entrenados para comunicarse bien con sus pacientes
- Se les ha enseñado a los profesionales de la salud de cómo el cuidado diario de la diabetes afecta la vida de los pacientes
- Es importante que las enfermeras y dietistas que enseñan a las personas con diabetes sean hábiles en dar consejos
- Los profesionales de la salud han aprendido a planear metas junto con los pacientes, no sólo decirles lo que tienen que hacer
- Para hacer un buen trabajo, los educadores en diabetes han aprendido mucho acerca de ser maestros

2. Gravedad de la enfermedad (7 reactivos)

- Las personas que no necesitan aplicarse insulina para tratar su diabetes tienen una enfermedad de poca importancia
- Las personas mayores con diabetes tipo 2 usualmente no sufren complicaciones
- Las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no se tienen que preocupar de sufrir muchas complicaciones tardías

- Los exámenes para el azúcar en sangre no son necesarios para las personas con diabetes tipo 2
- La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave
- La diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1
- Las personas que toman pastillas para la diabetes deberían de estar tan preocupadas acerca de su azúcar en sangre como las personas que se aplican insulina

3. Control estrecho de la glucosa (7 reactivos)

- No tiene caso tratar de tener un buen control de azúcar en sangre porque las complicaciones de la diabetes de todas maneras aparecerán
- Mantener el azúcar en sangre cercano a lo normal puede ayudar a prevenir las complicaciones de la diabetes
- Casi todas las personas con diabetes hacen lo que sea para mantener su azúcar en sangre cerca de lo normal
- Los riesgos de que baje el azúcar en sangre, hacen que el control estricto de la diabetes sea muy peligroso para la mayoría de las personas
- Las personas que tienen diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio al tener un control estricto de su azúcar en sangre
- El control estricto de la diabetes es muy difícil de llevar a cabo
- El control estricto del azúcar en sangre tiene importancia únicamente para las personas con diabetes tipo 1.

4. Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente (6 reactivos)

- *La diabetes afecta casi todos los aspectos de la vida de las personas con diabetes*
- *Los efectos emocionales de la diabetes son muy pequeños*
- *La diabetes es difícil de soportar porque uno nunca se puede librar de ella*
- *Tener diabetes cambia la perspectiva de vida de las personas*
- *Es frustrante para las personas con diabetes hacerse cargo de su enfermedad*
- *El apoyo de la familia y amistades es necesario en el tratamiento de la diabetes*

5. Autonomía del paciente (8 reactivos)

- *Las decisiones importantes respecto al cuidado diario de la diabetes son tomadas principalmente por la persona con diabetes*
- *Los profesionales de la salud ayudan a los pacientes a tomar decisiones bien fundamentadas acerca de sus cuidados en diabetes*
- *Las personas con diabetes deberían de tener la última palabra en el control del azúcar en sangre*
- *La persona con diabetes es el miembro más importante del equipo al cuidado de la diabetes*

- Las personas con diabetes saben mucho acerca de la enfermedad para poder hacerse cargo de su propio cuidado
- Lo que el propio paciente haga para el control de su diabetes tiene más efecto que cualquier acción que tome un profesional de la salud
- Las personas con diabetes tienen el derecho de decidir qué tanto esfuerzo harán para controlar su azúcar en sangre

La validez de contenido del DAS-3 fue asegurada por un panel de 22 expertos en diabetes afiliados al Centro de Investigación y Capacitación en Diabetes de la Universidad de Michigan. Dicho panel incluyó médicos, enfermeras, dietistas, trabajadores sociales y pacientes. Se contó con la autorización correspondiente por dicho Instituto para aplicarlo en este estudio. La confiabilidad de las subescalas ha sido registrada en el idioma original entre 0.65 (impacto psicosocial) y 0.80 (gravedad de la enfermedad), mientras que en español entre 0.50 (gravedad de la enfermedad) y 0.71 (necesidad de entrenamiento especial)²⁶.

4.5 ASPECTOS ETICOS

La información obtenida de la aplicación del instrumento de medición fue estrictamente confidencial y se usó exclusivamente para los fines del estudio.

4.6 PLAN DE ANÁLISIS

El plan de análisis consistió de estadística descriptiva. Se calculó la media por subescala con base a las respuestas de los reactivos que se encontraban en escala ordinal, por ejemplo, subescala entrenamiento especial en educación reactivo1 + reactivo2 + reactivo3 + reactivo4 + reactivo5 /5. Por cada subescala, se analizó la diferencia o bien, la congruencia de actitudes entre el médico y el paciente mediante prueba de t y el coeficiente de correlación de Pearson, respectivamente. Se utilizó análisis de varianza y prueba de Tukey para evaluar diferencias entre los médicos o entre pacientes, del sector privado, seguridad social y público. Asimismo, se realizó análisis de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación del sector de salud con la diferencia de actitud entre el médico y el paciente, independiente de características del médico (escolaridad, edad, sexo, antigüedad de práctica profesional y porcentaje promedio de pacientes diabéticos atendidos por semana) y características del paciente (edad, sexo, escolaridad, tiempo con el diagnóstico, tipo de diabetes y número de consultas en los últimos 6 meses).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a 510 personas en total, 255 médicos y 255 pacientes.

Características sociodemográficas de los médicos

El 63% de los médicos encuestados fue del sexo masculino. El promedio de edad fue de 42.5 años, con una desviación estándar de 7.5. La media de pacientes atendidos por semana fue de 87.5 ± 47.8 y de porcentaje de pacientes diabéticos vistos por semana, $26.3\% \pm 21\%$ (mediana 20%; moda 10%). El tiempo promedio de ejercicio profesional correspondió a 16.5 ± 7.6 años. En cuanto a la distribución porcentual de las diferentes especialidades médicas, predominaron los médicos familiares en contraste con los médicos endocrinólogos (Figura 1). En las tablas 1 y 2 se muestran los resultados del promedio de pacientes y de porcentaje de pacientes diabéticos vistos por semana, según especialidad.

Figura 1. Población de médicos según especialidad (n=255).

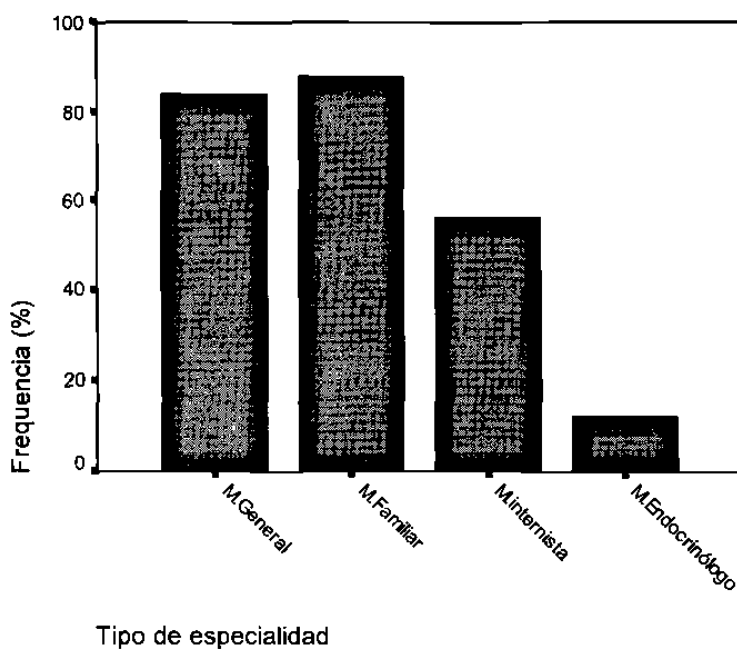


Tabla 1. Pacientes y porcentaje de diabéticos atendidos por semana, según especialidad médica

Tipo de especialidad	Pacientes atendidos por semana (promedio \pm desviación estándar)	Porcentaje de pacientes diabéticos atendidos por semana (promedio \pm desviación estándar)
General/familiar	99.9 \pm 47	20 \pm 15.4
Internista	68.3 \pm 41.7	36.4 \pm 20.7
Endocrinólogo	53.8 \pm 9	74.6 \pm 4.5
	F=15.0, p<.001	F=47.4, p<.001

Tabla 2. Tipo de especialidad médica según categorías de porcentaje de pacientes diabéticos vistos en promedio por semana

% de pacientes diabéticos	Tipo de especialidad					Total
	Médico General	Médico Familiar	Médico Internista	Médico Endocrinólogo	Otra Esp.	
0-24	66 (78.6%)	51 (58.0%)	17 (30.4%)	0 --	10 (66.7%)	144 (56.5%)
25-49	13 (15.5%)	31 (35.2%)	25 (44.6%)	0 --	1 (6.7%)	70 (27.5%)
50-74	4 (4.8%)	6 (6.8%)	10 (17.9%)	5 (41.7%)	3 (20.0%)	28 (11.0%)
75-100	1 (1.2%)	0 --	4 (7.1%)	7 (58.3%)	1 (6.7%)	13 (5.1%)
TOTAL	84 (100%)	88 (100%)	56 (100%)	12 (100%)	15 (100%)	255 (100%)

$X^2=31.5, p<.001$

El análisis por sectores de salud mostró similitud por género, en todos predominó el sexo masculino. La media de edad y de tiempo de ejercicio profesional fue mayor en el sector seguridad social. En la tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de los médicos según sector.

En lo que respecta al porcentaje de pacientes atendidos por diabetes, en el rubro 0-24% predominó el sector asistencia social, mientras que en el de 75-100%, predominó el sector privado (Tabla 4).

Tabla 3. Características sociodemográficas de los médicos, según sector de salud

CARACTERÍSTICA	SECTOR			Valor de p
	Privado	Seguridad Social	Asistencia social	
<i>Género</i>				
Masculino	69.4%	55.3%	63.5%	.161
Femenino	30.6%	44.7%	36.5%	
<i>Especialidad</i>				
Médico General/Familiar	45.9%	87.1%	69.4%	<.001
Internista/endocrinólogo/otra esp	54.1%	12.9%	30.6%	
Edad (años cumplidos)	40.7 ± 8.8	45.0 ± 6.4	41.8 ± 6.5	<.001*
Pacientes por semana	75.6 ± 49.5	124.2 ± 8.4	62.9 ± 29.6	<.001*
% diabéticos por semana	32.4 ± 23.4	28.4 ± 20.8	18.3 ± 15.7	<.001**
Tiempo de ejercicio profesional	14.4 ± 8.7	18.9 ± 6.7	16.1 ± 6.6	<.001*

Prueba de Tukey: *Los médicos de la seguridad social difirieron del sector privado y la asistencia social. **Los médicos del sector privado difirieron del sector seguridad social y este último a su vez, del sector asistencia social.

Tabla 4. Porcentaje de pacientes diabéticos atendidos por semana, según sector de salud

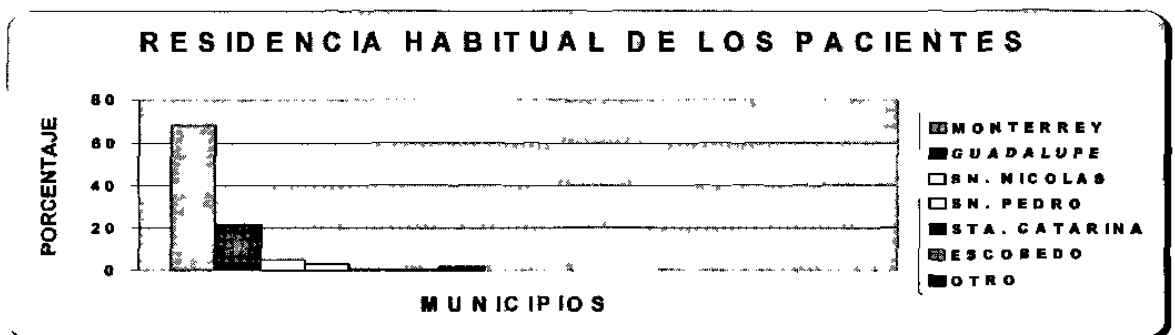
% de pacientes diabéticos atendidos por semana	Sector		
	Privado	Seguridad Social	Asistencia Social
0 a 24%	37 (43.5%)	44 (51.8%)	63 (74.1%)
25 a 49%	27 (31.8%)	28 (32.9%)	15 (17.6%)
50 a 74%	13 (15.3%)	8 (9.4%)	7 (8.2%)
75 a 100%	8 (9.4%)	5 (5.9%)	---
TOTAL	85 (100%)	85 (100%)	85 (100%)

X²=21.8, p=.001

Características sociodemográficas de los pacientes

La edad promedio fue de 52.2 ± 13.5 años. La media de consultas al médico en los últimos 6 meses fue de 4.5 ± 2.2 y la de años del diagnóstico de la enfermedad, 9.7 ± 8.2 . El 63.1% correspondió al sexo femenino; el 44.3%, observó escolaridad primaria; el 85%, padecía de diabetes tipo 2; y el 77.6%, tenía familiares diabéticos. En cuanto al lugar de residencia, Monterrey fue el municipio más frecuentemente referido, seguido de Cd. Guadalupe y San Nicolás de los Garza (Figura 2).

Figura 2. Población de pacientes según lugar de residencia



El análisis de características sociodemográficas por sectores de salud, mostró similitud por género, tiempo de diagnóstico y antecedentes familiares. Sin embargo, en el sector privado predominó la diabetes tipo 2 y la escolaridad profesional/posgrado, mientras que en la seguridad social, fue más frecuente la

escolaridad primaria y secundaria y mayor la media de edad y de número de consultas en los últimos 6 meses (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de los pacientes, según sector de salud

CARACTERÍSTICA	SECTOR			Valor de p
	Privado	Seguridad Social	Asistencia social	
<u>Género</u>				
Masculino	41.2%	30.6%	38.8%	.323
Femenino	50.8%	69.4%	61.2%	
<u>Escolaridad</u>				<.001
Hasta primaria	21.2%	63.5%	48.2%	
Secundaria	18.8%	22.4%	25.9%	
Preparatoria/técnica	26.4%	8.3%	11.8%	
Profesional/posgrado	32.9%	5.9%	14.1%	
<u>Tipo de diabetes</u>				.039
Tipo 1	9.4%	11.8%	22.4%	
Tipo 2	90.6%	88.2%	77.6%	
<u>Antecedente familiar</u>				.122
Sí	76.5%	71.8%	84.7%	
No	23.5%	28.2%	15.3%	
Edad (años cumplidos)	51.9 ± 11.6	54.8 ± 14.5	49.5 ± 13.9	.036*
Tiempo desde el diagnóstico (años)	9.8 ± 9.0	9.7 ± 7.3	10.7 ± 8.6	.675
Número de consultas en los últimos 6 meses	3.7 ± 2.0	5.1 ± 1.2	4.5 ± 2.6	<.001**

Prueba de Tukey: *Los pacientes de la seguridad social difirieron de los de la asistencia social. ** Los pacientes del sector privado difirieron de la seguridad social y de la asistencia social.

Actitudes de los médicos y de los pacientes hacia la diabetes

En todas las subescalas hubo diferencias significativas del puntaje promedio de actitudes entre médicos y pacientes, excepto para el impacto psicosocial de la diabetes. Es importante resaltar que la media de las actitudes de los pacientes fue más alta en los rubros entrenamiento especial en educación del personal de salud y en autonomía del paciente. En el resto de las subescalas, la media de actitud del médico fue la que resultó superior, el médico reconoce más la gravedad de la diabetes y la importancia del control estrecho de la glucosa (Tabla 6).

Tabla 6. Actitudes del médico y del paciente hacia la diabetes

Actitud	Médico	Paciente	Valor de p
Entrenamiento especial en educación	3.87 ± 0.64	4.18 ± 0.49	<.001
Gravedad de la diabetes tipo 2	3.99 ± 0.49	3.67 ± 0.46	<.001
Valor del control estrecho de la glucosa	3.86 ± 0.37	3.50 ± 0.51	<.001
Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente	3.70 ± 0.52	3.62 ± 0.63	.131
Autonomía del paciente	3.30 ± 0.49	3.71 ± 0.52	<.001

El sector de salud influyó únicamente en la actitud hacia el entrenamiento especial en educación del personal de salud; la actitud de los pacientes de los sectores privado y seguridad social fue más favorable que la de los médicos, no

así en el sector asistencia social que fue similar (Tabla 7). En el sector privado, se registró una diferencia promedio de 0.34 puntos en comparación a los 0.30 puntos de la hipótesis planteada ($p=.0005$). En el sector seguridad social, se registró una diferencia promedio de 0.34 puntos en comparación a los 40 puntos de la hipótesis planteada ($p<.0001$) mientras que en la asistencia social, se registró una diferencia promedio de 0.24 puntos en comparación a los 50 puntos de la hipótesis planteada ($p<.0001$).

Tabla 7. Actitudes del médico y del paciente hacia la diabetes, según sector de salud

Actitud	Sector		
	Privado	Seguridad Social	Asistencia Social
Entrenamiento especial en educación	M/ $3.77 \pm 0.68^{**}$ P/ 4.18 ± 0.50	M/ $3.83 \pm 0.50^{**}$ P/ 4.26 ± 0.41	M/ 4.00 ± 0.50 P/ 4.11 ± 0.54
Gravedad de la diabetes tipo 2	M/ $4.04 \pm 0.52^{**}$ P/ 3.57 ± 0.53	M/ $3.93 \pm 0.52^*$ P/ 3.75 ± 0.58	M/ $4.01 \pm 0.42^{**}$ P/ 3.68 ± 0.56
Valor del control estrecho de la glucosa	M/ $3.82 \pm 0.40^{**}$ P/ 3.54 ± 0.51	M/ $3.91 \pm 0.36^{**}$ P/ 3.47 ± 0.52	M/ $3.84 \pm 0.35^{**}$ P/ 3.49 ± 0.49
Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente	M/ 3.82 ± 0.56 P/ 3.67 ± 0.59	M/ 3.65 ± 0.51 P/ 3.51 ± 0.62	M/ 3.63 ± 0.47 P/ 3.70 ± 0.67
Autonomía del paciente	M/ $3.32 \pm 0.43^{**}$ P/ 3.69 ± 0.51	M/ $3.27 \pm 0.57^{**}$ P/ 3.80 ± 0.50	M/ $3.31 \pm 0.45^{**}$ P/ 3.64 ± 0.54
	Diferencia promedio .34 \pm 0.08	Diferencia promedio .34 \pm 0.01	Diferencia promedio .24 \pm 0.12

M: Médico. P: Paciente

*Diferencia de medias médico y paciente, $p=.03$

**Diferencia de medias médico y paciente, $p<.001$.

El análisis de regresión lineal múltiple mostró como factores predisponentes para la diferencia de actitudes hacia entrenamiento especial, los años con el diagnóstico y porcentaje promedio de pacientes diabéticos vistos por semana por el médico; hacia gravedad de la diabetes tipo 2, consultas al médico en los últimos 6 meses; y hacia autonomía del paciente, escolaridad del paciente profesional/posgrado (Tabla 8).

Tabla 8. Factores predisponentes para diferencia de actitudes entre el médico y el paciente, resultados del análisis multivariado, según subescala de actitud (n=255)

	Variable dependiente diferencia de actitudes médico y paciente	
Subescala	Empates (no diferencia de actitudes) %	Factores predisponentes*
Entrenamiento especial en educación	6.3	Años con el diagnóstico, coeficiente estandarizado de beta: -0.140 (p=.025) Porcentaje de pacientes diabéticos vistos por semana, coeficiente estandarizado de beta: 0.134 (p=0.33). (R=.185, R ² =.034)
Gravedad de la diabetes tipo 2	4.7	Consultas al médico en los últimos 6 meses, coeficiente estandarizado de beta: -0.127 (p=.043) (R=.127, R ² =.016)
Valor del control estrecho de la glucosa	7.8	--
Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente	7.1	--
Autonomía del paciente	7.1	Escolaridad del paciente preparatoria+, coeficiente estandarizado de beta: -0.162 (p=0.010) (R=.162, R ² =.026)

*Variables presentes en el modelo de regresión lineal múltiple: sector de salud, características del médico (escolaridad, edad, sexo, antigüedad de práctica profesional y porcentaje promedio de pacientes diabéticos atendidos por semana) y características del paciente (edad, sexo, escolaridad, tiempo con el diagnóstico, tipo de diabetes y número de consultas en los últimos 6 meses).

Resultados del coeficiente de correlación de Pearson entre la actitud del médico y del paciente variaron de -0.24 a $+0.06$, indistintamente del sector. El sector de salud influyó únicamente en la actitud hacia el valor estrecho del control de la glucosa; la asistencia social registró un coeficiente de correlación estadísticamente significativo e inversamente proporcional (Figuras 3-7).

Figura 3. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala entrenamiento especial en educación, según sector de salud

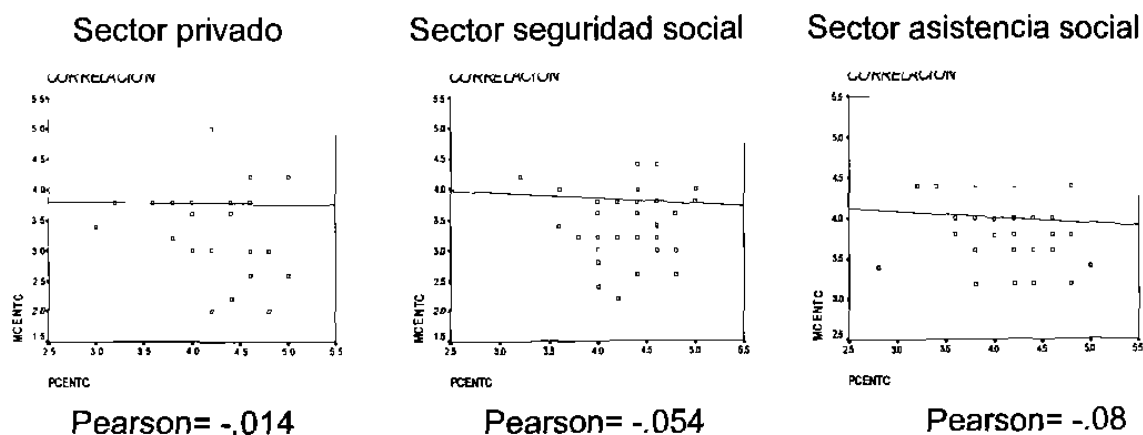


Figura 4. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala gravedad de la diabetes tipo 2, según sector de salud

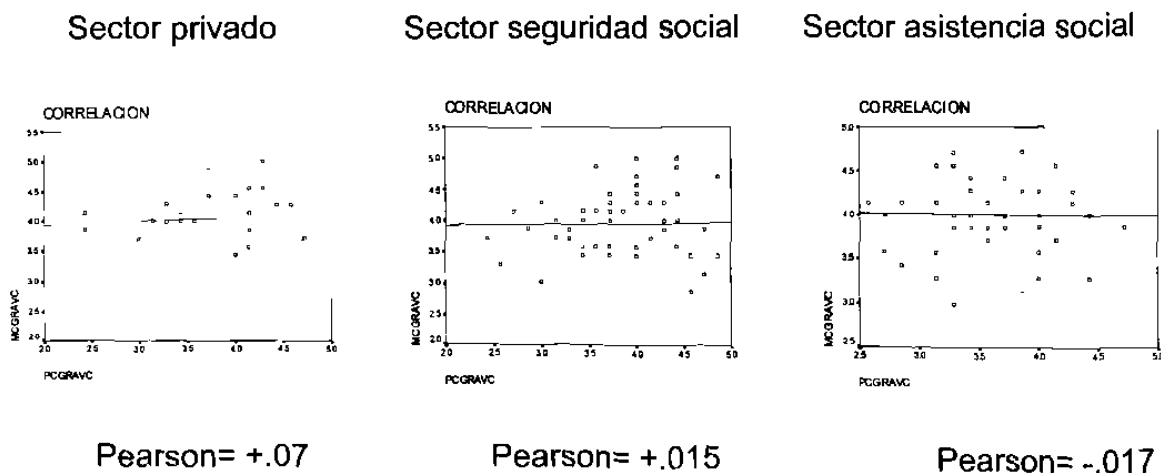


Figura 5. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala valor del control estrecho de la glucosa, sector de salud

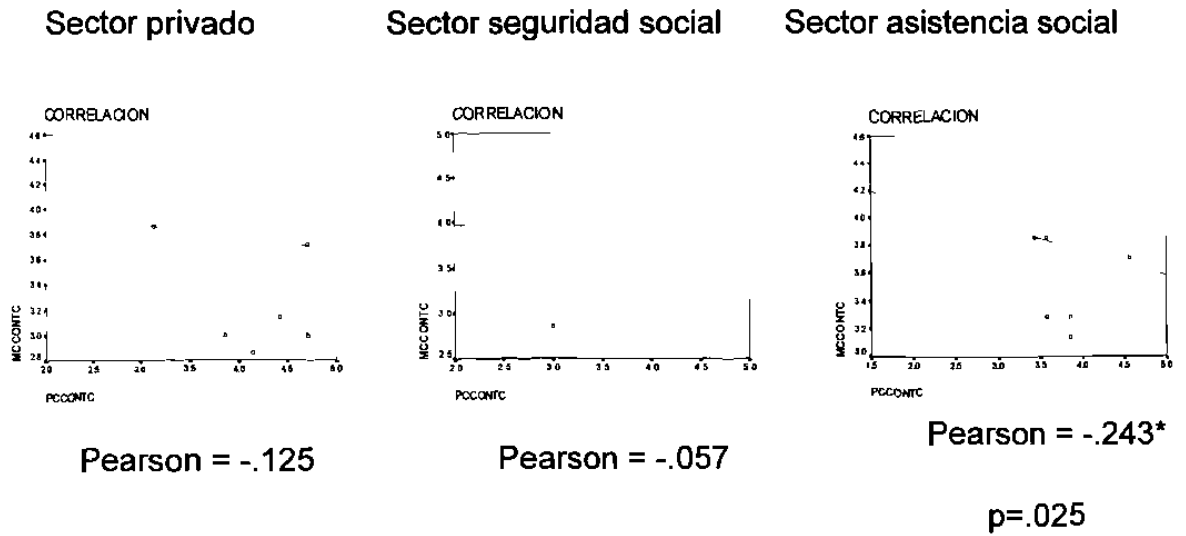


Figura 6. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala impacto psicosocial de la diabetes en el paciente, según sector de salud

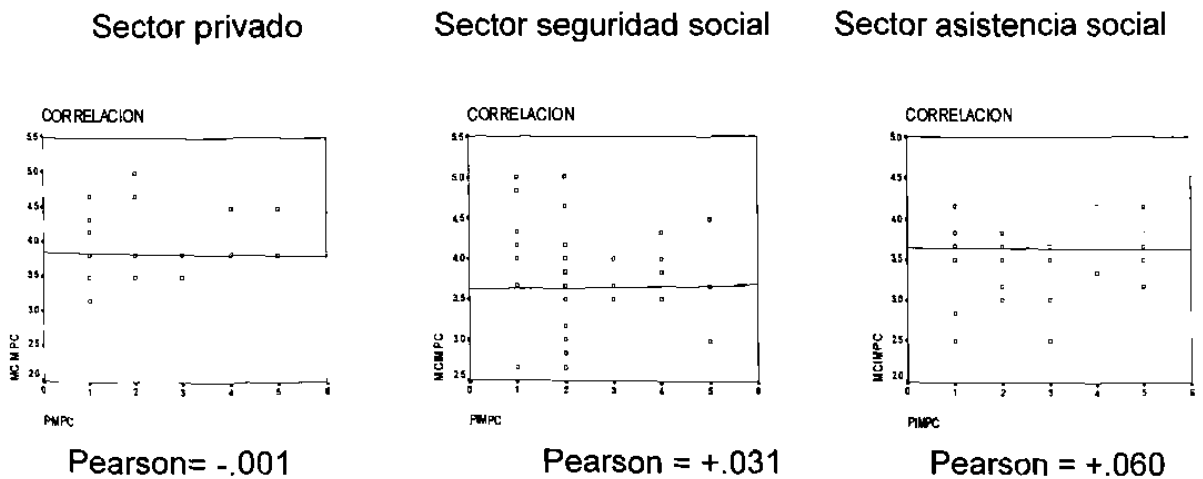
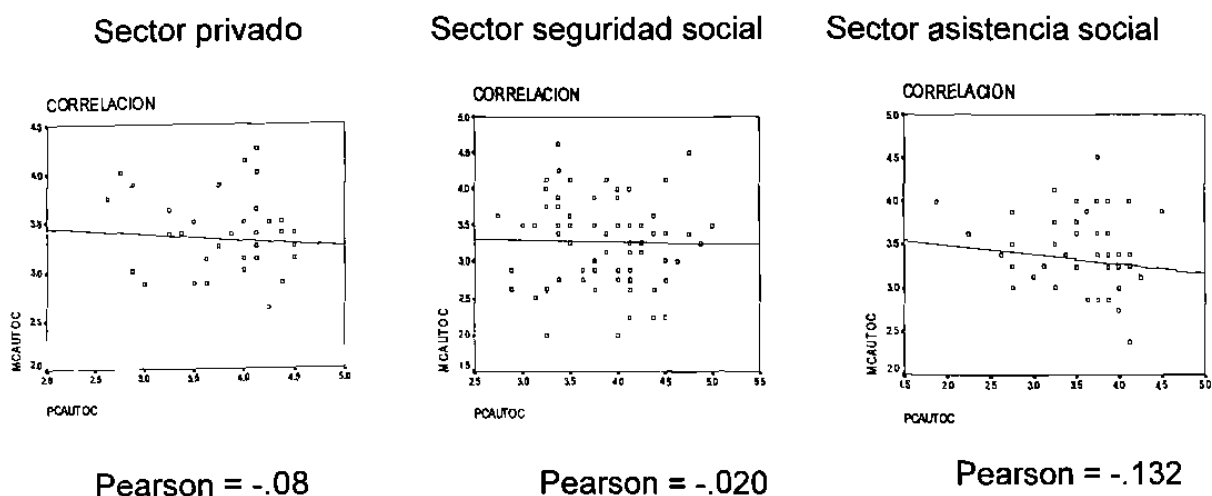


Figura 7. Congruencia de la actitud del médico y del paciente, subescala autonomía del paciente, según sector de salud



En el sector privado, se registró una correlación promedio de 0.06, en comparación a 0.70 de la hipótesis planteada ($p < .00001$). En el sector seguridad social, se registró una correlación promedio de -0.04, en comparación a 0.50 de la hipótesis planteada ($p < .00001$). Finalmente, en el sector asistencia social, se registró una correlación promedio de 0.11, en comparación a 0.30 de la hipótesis planteada ($p < .00001$)

Determinantes de la actitud en los médicos y los pacientes

La actitud de los médicos varió de acuerdo al sector de salud para las subescalas entrenamiento especial en educación y autonomía del paciente (Tabla 9). Sin embargo, la actitud de los pacientes atendidos en el sector privado fue similar a la de los pacientes atendidos en la seguridad social y en la asistencia social (Tabla 10).

Tabla 9. Comparación de actitudes entre médicos de los tres sectores de salud

Actitud	Sector			Valor de p
	Privado	Seguridad Social	Asistencia Social	
Entrenamiento especial en educación	3.77 ± 0.68	3.83 ± 0.69	4.00 ± 0.50	.049*
Gravedad de la diabetes tipo 2	4.04 ± 0.52	3.93 ± 0.52	4.01 ± 0.42	.361
Valor del control estrecho de la glucosa	3.82 ± 0.40	3.91 ± 0.36	3.84 ± 0.35	.248
Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente	3.82 ± 0.56	3.65 ± 0.51	3.63 ± 0.47	.025*
Autonomía del paciente	3.32 ± 0.43	3.27 ± 0.57	3.31 ± 0.4	.749

*Prueba de Tukey: La actitud de los médicos del sector privado difirió de la actitud de los médicos de la asistencia social

Tabla 10. Comparación de actitudes entre pacientes de los tres sectores de salud

Actitud	Sector			Valor de p
	Privado	Seguridad Social	Asistencia Social	
Entrenamiento especial en educación	4.18 ± 0.50	4.26 ± 0.41	4.11 ± 0.54	.130
Gravedad de la diabetes tipo 2	3.57 ± 0.53	3.75 ± 0.58	3.68 ± 0.56	.119
Valor del control estrecho de la glucosa	3.54 ± 0.51	3.47 ± 0.52	3.49 ± 0.49	.645
Impacto psicosocial de la diabetes en el paciente	3.67 ± 0.59	3.51 ± 0.62	3.70 ± 0.67	.114
Autonomía del paciente	3.69 ± 0.51	3.80 ± 0.50	3.64 ± 0.54	.118

Se realizó análisis de regresión múltiple para identificar determinantes de la actitud total del médico. El porcentaje de pacientes diabéticos atendidos por semana fue el único factor que se asoció (beta -0.145, $p=.02$), independiente de tipo de sector, especialidad médica, edad, género y tiempo de ejercicio profesional ($R=.145$, $R^2=.021$; $p=.021$; $n=254$). En lo que respecta a la actitud de los pacientes, el número de consultas en los últimos 6 meses, resultó ser un factor determinante (beta = +0.158, $p<.001$), independiente de tipo de sector, edad, género, escolaridad, tipo de diabetes y tiempo desde el diagnóstico ($R=.158$, $R^2=.025$; $p=.012$; $n=254$).

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

La edad y el tiempo de ejercicio profesional promedio fue mayor para los médicos de la seguridad social, así como también predominaron en este sector los médicos generales y familiares, en comparación al resto de los sectores de salud. Fue notorio el mayor número de pacientes atendidos por semana por los médicos de la seguridad social, aunque el mayor porcentaje de pacientes diabéticos fue visto por los médicos del sector privado.

En lo que respecta a las características sociodemográficas de los pacientes, en todos los sectores de salud predominó el género femenino, lo cual puede explicarse por la tendencia en la mujer a utilizar los servicios médicos con mayor frecuencia³. El mayor porcentaje de pacientes con escolaridad primaria y secundaria se encontró en la seguridad social, mientras que aquellos con grado de profesionista o más, en el sector privado. Esto refleja indirectamente la condición socioeconómica de los pacientes en la demanda de los distintos sectores de salud.

Otro hallazgo de interés fue la frecuencia de consultas para el control de la enfermedad; los pacientes del sector seguridad social registraron el mayor número de consultas en los últimos 6 meses, seguido por el sector de asistencia social. Resultado congruente con las políticas institucionales de

atención de ciertos padecimientos crónico-degenerativos de estos sectores, entre los que se destacan la diabetes y la hipertensión arterial.

La media de actitudes del médico varió de 3.30 ± 0.49 (autonomía del paciente) a 3.99 ± 0.49 (gravedad de la diabetes tipo 2). Anderson y col¹⁸ reportaron la cifra más baja en 3.93 ± 0.46 (autonomía del paciente) y la más alta en 4.43 ± 0.36 (necesidad de entrenamiento especial) en una población de médicos familiares, internistas y endocrinólogos, participantes de una variedad de cursos de educación médica continua relacionados con atención a pacientes con diabetes de la Universidad de Michigan. Clark y Hampson²⁷ reportaron la media de actitudes más baja de 3.40 ± 0.31 (autonomía del paciente) y la más alta de 4.35 ± 0.33 (necesidad de entrenamiento especial y gravedad de la diabetes tipo2), en un grupo de médicos invitados a participar durante una conferencia sobre diabetes en atención primaria del Reino Unido; estos tres estudios tienen en común la aplicación del DAS-3. Es notable el resultado consistente de tres estudios de actitudes desfavorables por parte de los médicos hacia la autonomía del paciente, en esta investigación, además se observó que dicho resultado es independiente del sector de salud. Los pacientes están más a favor de su autonomía que los médicos, lo que significa que los primeros consideran que deberían ser los principales tomadores de decisiones en el autocuidado diario de su enfermedad.

El modelo médico tradicional ubica al médico como la autoridad máxima en el manejo de la diabetes, es quien tiene el papel activo, el conocedor y en control del proceso de la atención mientras que el paciente es un ente pasivo y dependiente de la voluntad del médico. Este modelo es el que predomina en muchos sistemas de salud, llámese este privado, de seguridad social o asistencia social^{28,29}. El prerrequisito fundamental para el automanejo de la diabetes es la educación. La educación ayuda a los pacientes a adquirir conocimiento sobre el manejo clínico de la diabetes, habilidades de cambio de conductas y de comunicación necesaria para participar efectivamente con el equipo de salud, entre otros rubros, de tal manera que ellos puedan hacer juicios informados sobre si un plan de autocuidado es realista, relevante y factible de sostener. Así, conocimiento y experiencia del control de la glucosa es sólo un elemento más en el autocuidado de la diabetes. Sin embargo, la educación al paciente ha sido vista como aquel esfuerzo para incrementar la influencia de los profesionales de salud en el comportamiento de sus pacientes²⁸. El modelo médico tradicional es inapropiado e inútil en el tratamiento de la diabetes. La literatura está llena de reportes de falta de adherencia por parte del paciente ya que el profesional de salud espera sólo obediencia y no participación activa en las decisiones de sus pacientes quienes son los que se encargan de más del 95% de su atención diaria.

Glasgow³⁰ (ref) y Van Korff y col³¹ proponen el uso de técnicas motivacionales y de comunicación para identificar barreras para el autocuidado, establecer objetivos realistas y negociar planes de acción con el paciente.

Otros esfuerzos deben realizarse en los sistemas de salud mismos, esto incluye el cambio del papel del médico como tomador de decisiones a educador y facilitador, es decir, cambiar del paradigma de atención aguda a la enfermedad a un modelo colaborativo y de facultamiento³². El abordaje de facultamiento o "empowerment" del paciente argumenta que es el paciente el que está a cargo de su propio cuidado en la vida diaria ayudándolo a aprender cómo tomar decisiones sobre la atención de su enfermedad²⁸. El concepto de sociedades o alianzas médico-paciente incluye la idea de pacientes trabajando con profesionales de la salud en forma conjunta. Hay un acuerdo creciente en que la inclusión de los pacientes en la toma de decisiones sobre su autocuidado, incrementa la efectividad de su tratamiento²⁹. Anderson y col³³ reportaron resultados de un ensayo clínico controlado de un programa de educación enfocado al facultamiento del paciente, el cual fue efectivo para mejorar el nivel de control ya que redujo significativamente los niveles de hemoglobina glucosilada del grupo con la intervención. Además, las alianzas son buenas porque ayudan al mejor uso del tiempo del profesional de salud²⁹.

El establecimiento de alianzas es considerado una responsabilidad explícita del clínico en atención primaria por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, que desde 1994 lo incluye como un atributo esencial y deseable de la atención

primaria³⁴. No obstante, los sistemas de salud requieren realizar los cambios necesarios para lograrlo ya que la falta de capacitación adecuada en cómo trabajar en sociedad con el paciente, previene del uso apropiado de la experiencia y sabiduría del paciente, así como la carga de trabajo y el tiempo limitado para la consulta individual^{29,35}.

Un resultado notorio de la educación médica tradicional es que los estudiantes de medicina, los residentes y otros instructores son enseñados a estar a cargo y ser responsables del tratamiento de la diabetes. Aún más, la sociedad misma ha depositado su confianza a los médicos con la responsabilidad de estar a cargo del paciente y como consecuencia muchos médicos reaccionan negativamente a la sugerencia de que en la diabetes, debe ser lo contrario. El facultamiento ubica al paciente con autonomía y como un miembro más del equipo de atención al control de la enfermedad, con la experiencia particular del conocimiento de él mismo, lo cual es central en el manejo de la diabetes. Aunque algunos pacientes no serán capaces o no estarán dispuestos a asumir un papel activo en el autocuidado del padecimiento y permanecerán dependientes del médico. Precisamente, la medición de actitud hacia la autonomía identifica quiénes podrían responder a un programa enfocado a facultar y promover la autonomía del paciente, actitudes favorables indican interés por ser un tomador de decisiones²⁸.

Los resultados muestran varias diferencias en actitudes hacia la diabetes entre pacientes y médicos en el rubro gravedad de la diabetes tipo 2. El médico

presenta una actitud más a favor hacia la gravedad de la enfermedad que los pacientes, independiente del sector de salud bajo estudio. Clark y Hampson observaron también que el personal de salud, llámese médico, enfermera o dietista, reconoce más lo grave del padecimiento que el paciente atendido en atención primaria (55%) y no primaria (45%). Se dice que mientras exista desacuerdo entre pacientes y médicos con respecto a lo riesgoso de la diabetes, *menos probabilidad de lograr los difíciles y perdurables cambios de conducta que se requieren para controlar la enfermedad*²⁷. Los pacientes se adhieren más al tratamiento si la percepción de la severidad es alta^{11,36}. Creencias sobre gravedad de la enfermedad han sido asociadas con control metabólico en pacientes tipo 2¹² y automanejo de la enfermedad, esto último aunado a creencias sobre la efectividad del tratamiento^{14,15}.

En lo que concierne al rubro entrenamiento especial en educación, el médico se mostró más desfavorable que el paciente, es decir, el primero reconoce la necesidad por un entrenamiento en enseñanza, consejería y técnicas de cambio de conducta, efecto que se mantuvo en los sectores privado y de la seguridad social. En tanto que los médicos de la asistencia social registraron actitudes más a favor de no requerir algún tipo de entrenamiento, similar a la actitud de los pacientes atendidos en este sector. Las razones de las diferencias observadas entre sectores son motivo de futuras investigaciones. El hallazgo del sector asistencia social no difiere del encontrado por Clark y Hampson²⁷, quienes tampoco observaron diferencias entre el médico y el paciente, ambos presentaron actitudes favorables hacia la no necesidad de un

entrenamiento especial en educación, a pesar de que reconocen que la diabetes es más difícil de tratar que otras enfermedades crónicas. Larme y Pugh¹⁷ evaluaron la actitud de médicos internistas, familiares y generales, el 77% registró una actitud muy favorable (<5, en una escala de 1 al 10) hacia sentirse con seguridad en sus propias habilidades para realizar acciones terapéuticas o de consejería para mejorar el resultado de los pacientes con diabetes, no obstante, la población estudiada reconocía que la diabetes era más difícil de tratar en comparación a otras enfermedades crónicas como hipertensión, angina, hiperlipidemia, artritis o insuficiencia cardíaca; entre las razones principales se encontraba la capacitación inadecuada del proveedor para motivar cambios de conducta. Bernard y col¹⁹ estudiaron una población de residentes de medicina interna con el fin de identificar áreas de oportunidad de mejora en la práctica de atención al diabético. La mayoría no consideró una necesidad por entrenamiento especial relacionado con la diabetes. La educación médica y programas de educación continua juegan un papel importante en la promoción de actitudes positivas para motivar tratamientos efectivos en diabetes y otras enfermedades crónicas. El proveedor de salud de atención primaria, así como especialistas, necesitan enfocarse en intervenciones educativas, porque ellos atienden a la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2.

No se registraron diferencias entre médicos y pacientes con respecto al impacto psicosocial de la enfermedad mientras que el paciente evaluó menos que el médico, el beneficio potencial del control glicémico. Esta diferencia de actitudes

entre médicos y pacientes es de vital importancia en la comprensión de la relación de estos dos actores ante la diabetes, sobre todo si se considera que el control de la glucosa es el primer objetivo en la atención de la diabetes, más que aliviar algunos síntomas o el control de peso en el paciente. Mientras que el médico reconoce los beneficios del control del padecimiento para evitar complicaciones a futuro, el paciente no ve más allá del momento actual y se guía por los síntomas presentes, lo que se traduce finalmente en inevitables complicaciones tardías²². Freeman y Loewe³⁷ a través de métodos cualitativos, identificaron áreas problemáticas en la comunicación médico y paciente. Los tópicos más destacados estuvieron circunscritos al concepto de manejo de la enfermedad y frustración. Esta última resultó del entendimiento distinto de la biología, fisiología e historia natural de la enfermedad, así como abordajes de tratamiento. Los médicos con frecuencia reconocían los múltiples obstáculos físicos, psicosociales y sociales para el tratamiento al ser confrontados por sus pacientes, pero en la práctica se enfocaban totalmente en el control de las cifras de glucosa en sangre. Los autores concluyen que la diferencia en la concepción del término control afecta la habilidad de comunicación entre pacientes y médicos, serio obstáculo para una colaboración efectiva.

De los resultados más significantes obtenidos en el presente estudio, resalta la identificación de determinantes de la actitud total del médico y del paciente ante la diabetes. Para el médico, el único factor determinante fue el porcentaje promedio de pacientes diabéticos atendidos por semana, el cual se asoció en forma inversamente proporcional; a mayor porcentaje de pacientes diabéticos,

actitud más negativa, independiente de tipo de sector, especialidad médica, edad, género y tiempo de ejercicio profesional. Resultado preocupante ya que si el médico, quien es el tratante, presenta esta actitud, la pregunta que surge es hasta qué punto esta situación influye en su desempeño en la tarea diaria de tratar pacientes diabéticos y en el resultado final que es el control del padecimiento. Si esto se ve desde una visión más amplia como un sistema de salud, las consecuencias que estas actitudes provocan tienen altos costos, en lo económico para las instituciones y en lo personal, para el individuo con diabetes. En el caso de los pacientes, el único determinante resultó ser el número de visitas al médico en los últimos 6 meses, el cual fue directamente proporcional, es decir, a mayor número de visitas, actitud más positiva. independiente de tipo de sector, edad, género, escolaridad, tipo de diabetes y tiempo desde el diagnóstico. Esto es un resultado más alentador, lo que refuerza las políticas en instituciones públicas de programas para el control del paciente diabético, en las cuales se fijan metas como el control mensual de los pacientes, en donde básicamente el médico consulta integralmente al paciente, revisa la última glicemia e indica el tratamiento, además de algunas recomendaciones en el manejo de la diabetes. Esto además ayuda a una mejor relación del médico con su paciente, lo que podría contribuir a un mejor control de la enfermedad y detección oportuna de complicaciones.

Es necesario reconocer las limitaciones y fortalezas del presente estudio. La participación fue voluntaria. Tanto la población de médicos como de pacientes fue incluida en forma consecutiva y podría no ser representativa. La distribución

porcentual del personal médico por especialidad favorece al médico general y familiar ya que lo usual es que ellos sean los que atienden a la mayoría de los pacientes diabéticos, al menos en instituciones tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (forma parte del sector seguridad social) y Servicios de Salud del Estado de Nuevo León (forma parte del sector asistencia social). En lo que concierne a los pacientes encuestados, predominó el sexo femenino. Situación similar a lo reportado por otros informes; la mujer utiliza más los servicios de salud ambulatorios, además es congruente con la mayor prevalencia de la enfermedad en este sexo^{3,7,38}. Así también la distribución porcentual por escolaridad corresponde a la reportada por la Encuesta Nacional de Salud, la escolaridad es mayor en los que solicitaron consulta en los últimos 12 meses en el sector privado comparado a la escolaridad primaria y secundaria, de aquellos usuarios de la seguridad y asistencia social³. En lo que respecta al tipo de diabetes, predominaron los pacientes tipo 2, resultado congruente con la mayor prevalencia del tipo 2 en comparación al tipo 1³⁹.

El objetivo general del trabajo fue determinar si el tipo de sector de salud influía en la discrepancia de actitud entre el médico y el paciente ante la diabetes. En términos de coeficientes de correlación, se encontró que no existió relación entre las actitudes de médicos y pacientes, en ninguna subescala o sector estudiado, a excepción del rubro valor del control estrecho de la glucosa. Esta subescala registró una asociación débil, negativa y únicamente en el sector de la asistencia social. Esto reafirma que las actitudes del médico y el paciente no confluyen o están en dirección opuesta, como es el caso de que uno de ellos

reconoce el valor de controlar estrechamente la glucosa, mientras que el otro no le da importancia a ello. Por otra parte, en términos de media de actitudes, el tipo de sector influyó únicamente en la actitud hacia la necesidad por entrenamiento especial y a nivel bivariado. A pesar de la heterogeneidad de los médicos y pacientes encuestados, el análisis de regresión múltiple mostró que el tipo de sector no afectó la diferencia de actitudes entre el médico y paciente de ninguna subescala. Una variable propia del proveedor de salud, el porcentaje promedio de pacientes diabéticos atendidos por semana afectó en forma inversa la diferencia de actitud de necesidad de entrenamiento especial, pero fue nulo el efecto de escolaridad, edad y sexo del médico o antigüedad de práctica profesional. Factores inherentes al paciente afectaron la diferencia de actitudes pero no en todas las subescalas; la de gravedad (demanda de consulta, en relación inversa), autonomía (escolaridad, en relación inversa) y necesidad de entrenamiento del personal de salud (años con el diagnóstico, en forma inversa). En resumen, la diferencia de actitudes se da en todos los sectores influenciada predominantemente por factores inherentes al paciente. Se recomiendan las consultas regulares tanto para evaluar el nivel de control como para educar para la toma de decisiones informadas, así como para reafirmar la corresponsabilidad de la atención a la enfermedad.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Existió discrepancia de actitudes entre médicos y pacientes en todas las subescalas, excepto impacto psicosocial. La mayor diferencia de media de actitudes se observó en autonomía del paciente; la actitud del paciente estuvo más a favor que la del médico. Le siguieron la subescala valor del control estrecho de la glucosa (el médico más a favor que el paciente), gravedad de la diabetes tipo 2 (el médico más a favor que el paciente), necesidad de entrenamiento en enseñanza, consejería y técnicas de cambio de conducta, por parte del personal de salud (el médico más a favor que el paciente).

1. Las correlaciones observadas en promedio en cada sector de salud estuvieron muy inferiores a las esperadas. Las actitudes del médico y el paciente no confluyeron o estaban en dirección opuesta, como fue el caso del valor del control estrecho de la glucosa en el sector asistencia social.
2. Las diferencias observadas en promedio estuvieron superiores a las esperadas en sector privado. Pero, menores a las esperadas en los sectores seguridad y asistencia social.
3. A pesar de la heterogeneidad de los médicos y pacientes encuestados, el tipo de sector influyó únicamente en la diferencia de actitud hacia la necesidad por entrenamiento especial a nivel bivariado. Sin embargo, este efecto desapareció en el análisis multivariado, el cual mostró que el tipo de

sector no influye sobre la diferencia de actitudes entre el médico y paciente de ninguna subescala.

4. La diferencia de actitudes se vio afectada por un solo factor inherente al proveedor de salud; el porcentaje promedio de pacientes diabéticos atendidos por semana que influyó en forma inversa la diferencia de actitud de la subescala necesidad de entrenamiento especial, independiente de la escolaridad, edad y sexo del médico o antigüedad de práctica profesional. Factores inherentes al paciente afectaron la diferencia de actitudes pero no en todas las subescalas; la de gravedad (demanda de consulta, en relación inversa), autonomía (escolaridad, en relación inversa) y necesidad de entrenamiento del personal de salud (años con el diagnóstico, en forma inversa).
5. En resumen, la diferencia de actitudes se dio en todos los sectores influenciada predominantemente por factores inherentes al paciente. Las consultas regulares y la educación para la toma de decisiones informadas, así como para reafirmar la corresponsabilidad de la atención a la enfermedad, son elementos clave para reducir la divergencia de actitudes.

RECOMENDACIONES

Para los sectores de salud

1. Planear estrategias y reforzar las ya existentes para concientizar al paciente diabético acerca de la gravedad de la diabetes, así como del beneficio del control estricto del padecimiento. Basado en esto, lograr que su concepto de la autonomía en el manejo de la enfermedad sea mejor orientado.
2. Reforzar los programas de educación para la salud hacia los pacientes, enfocados a la diabetes y la prevención de las complicaciones tardías.
3. Diseñar programas de educación en diabetes dirigidos a los médicos, enfocados a identificar el fondo psicosocial del paciente y su enfermedad y así lograr, reducir las diferencias de actitudes hacia la diabetes.

Para la investigación en salud

1. Elaborar proyectos para medir el impacto de programas de educación en diabetes dirigidos a médicos y pacientes enfocados a las áreas en donde se presentan diferencias de actitudes.

2. Elaborar proyectos para evaluar causas y posibles soluciones ante las diferencias de actitudes entre médicos y pacientes ante la diabetes.

3. Elaborar estudios de costo-efectividad de programas de educación en diabetes.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

1. Cruz-Rivero C, Zurita Garza B, Redorta Zúñiga E y Querol Vinagre J. El papel del sector privado mexicano en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. En *Innovaciones de los sistemas de salud: Una perspectiva internacional*. E Ruelas Barajas J Querol Vinagre, editores. México: FUNSLAUD y Editorial Médica Panamericana, 1995; 35-54
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Gobierno del Estado de Nuevo León. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. www.inegi.gob.mx
3. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velásquez O, Tapia R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
4. El sistema de salud en cifras. En *Observatorio de la salud*. J Frenk, editor. México: FUNSALUD, 1997; 428, 444
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuario Estadístico. Nuevo León. México: INEGI y Gobierno del Estado de Nuevo León, 2001.
6. Panamerican Health Organization. Diabetes in the Americas. *Epidemiological Bulletin* 2001; 22:1-3

7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Secretaría de Salud, 1996
8. Otiniano ME. Diabetes mellitus en población de origen mexicano en Texas. *Gaceta Medica de México* 1997;133:617-619.
9. Ajzen I. Annual Review of Psychology, 2001. www.AnnualReviews.org
10. Lutfey KE y Wishner WJ. Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care* 1999;22:635-639.
11. Cerkoney KA, Hart LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980;3:594-598
12. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator* 1992; 18:321-327.
13. Anderson RM, Fitzgerald JT, Oh MS. The relationship between diabetes-related attitudes and patients' self-reported adherence. *Diabetes Educ* 1993;19:287-92
14. Hampson SE, Glasgow RE, Foster LS. Personal models of diabetes among older adults: relation to self-management and other variables. *Diabetes Educator* 1995;21:300-307.
15. Hampson SE, Glasgow R, Toobert DJ. Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health Psychology* 1990;9:632-646.
16. Chin MH, Polonsky TS, Thomas VD, Nerney MP. Developing a conceptual framework for understanding illness and attitudes in older, urban African Americans with diabetes. *Diabetes Educ* 2000;26:439-49

17. Larme A y Pugh JA. Attitudes of primary care providers toward diabetes. *Diabetes Care* 1998;21: 1391-1396
18. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT y Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care* 1998;21:1403-1407
19. Bernard AM, Anderson L, Cook CB, Phillips LS. What do internal medicine residents need to enhance their diabetes care? *Diabetes Care* 1999; 22:661-6
20. Wolpert H y Anderson B. Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspective?. *BMJ* 2001;323:994-996.
21. Clark NM y Gong M. Management of chronic diseases by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?. *BMJ* 2000;320:572-575.
22. Donabedian A. Los espacios para la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica: México, 1988.
23. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gorenflo DW, Oh MS. A comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. *Patient Educ Couns* 1993;21:41-50
24. Machin D, Campbell M, Fayers P y Pinol A. Sample size for clinical studies. 2a. edición. Blackwell Science: E.U.A., 1997; 40-57.
25. Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud. EPIDAT 2.0. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997
26. Hernández JM, Ansa X, Basora J, Millan M, Figuerola D, Anderson RM. The spanish version of the diabetes attitude scale (SpDAS-3): An instrument for the evaluation of attitudes and motivations. Abstract book: 62nd. Scientific

Sessions; Friday, June 14-Tuesday, June 18, 2002. The Moscone Center, San Francisco, California.

27. Clark M y Hampson SE. Comparison of patients' and health care professionals' beliefs about and attitudes towards type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 2003;20:152-154.
28. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional model: a case of irreconcilable differences? (Comentary). *Diabetes Care* 1995;18:412-415.
29. Wilson J. Acknowledging the expertise of patients and their organizations. *BMJ* 1999;319:771-774.
30. Glasgow R. A practical model of diabetes management and education. *Diabetes Care* 1995;18:117-126.
31. Van Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127: 1097-1102
32. Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000;26:597-604.
33. Anderson RM, Funnel M, Butler P, Arnold M, Fitzgerald JT, Feste C. Patient empowerment: Results of a randomizaed controlled trial. *Diabetes Care* 1995;18:943-949.
34. Cooper LN, Clancey C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-137.
35. Enehaug IH. Patient participation requires a change of attitude in health care. *Int J Health Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 2000;13:178-181.
36. Kurtz SMS. Adherence to diabetes regimens: empirical status and clinical applications. *Diabetes educ* 1990; 6:50-56

37. Freeman J, Loeve R. Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *J Fam Pract* 2000;49:507-512.
38. IMSS Delegación Regional. Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas y Coordinación Delegacional de Informática Médica. Anuario estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados, morbi-mortalidad, gastos y metas en la Delegación Regional Nuevo León, 2001.
39. Ekoe JM y Zimmet P. Diabetes mellitus: Diagnosis and classification. En *The epidemiology of diabetes mellitus. An international perspective*. Jean-Marie Ekoe, Paul Zimmet and Rhys Williams, editores. Wiley & Sons, LTD: Nueva York, 2001; 11-29.

APÉNDICE

ESCALA DE ACTITUD EN DIABETES - 3

Abajo hay algunas afirmaciones acerca de la diabetes. Cada afirmación inicia con la frase: "en general, creo que....." Encierre en un círculo la opción para señalar lo que más se acerque a su opinión. Es importante que usted conteste cada afirmación. GRACIAS!

NOTA: El término "profesionales de la salud" en esta encuesta se refiere a médicos, enfermeras y dietistas

	Muy de acuerdo	Ni una ni otra	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. ...los profesionales de la salud que tratan personas con diabetes están entrenados para comunicarse bien con sus pacientes	1	2	3	4
2. ...las personas que no necesitan aplicarse insulina para tratar su diabetes tienen una enfermedad de poca importancia	1	2	3	4
3. ...no tiene caso tratar de tener un buen control del azúcar en sangre porque las complicaciones de la diabetes de todas maneras aparecerán	1	2	3	4
4. ...la diabetes afecta casi todos los aspectos de la vida de las personas con diabetes	1	2	3	4
5. ...las decisiones importantes respecto al cuidado diario de la diabetes son tomadas principalmente por la persona con diabetes	1	2	3	4

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni una ni otra	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
6. ...se les ha enseñado a los profesionales de la salud de cómo el cuidado diario de la diabetes afecta la vida de los pacientes	1	2	3	4	5
7. ...las personas mayores con diabetes tipo 2* usualmente no sufren complicaciones	1	2	3	4	5

La diabetes tipo 2 generalmente comienza después de los 40 años. Muchos pacientes tienen sobrepeso y la reducción de peso es una parte importante del tratamiento. La insulina y/ o las pastillas para la diabetes son algunas veces usadas en el tratamiento. La diabetes tipo 2 es también llamada diabetes mellitus no insulino-dependiente; antiguamente era llamada "diabetes de los adultos"

8. ...mantener el azúcar en sangre cercano a lo normal puede ayudar a prevenir las complicaciones de la diabetes	1	2	3	4	5
9. ...los profesionales de la salud ayudan a los pacientes a tomar decisiones bien fundamentadas acerca de sus cuidados en diabetes	1	2	3	4	5
10. ...es importante que las enfermeras y dietistas que enseñan a las personas sean hábiles en dar consejos	1	2	3	4	5
11. ...las personas cuya diabetes es tratada solo con dieta no se tienen que preocupar de sufrir complicaciones tardías	1	2	3	4	5

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni una ni otra	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
12. ...casi todas las personas con diabetes hacen lo que sea para mantener su azúcar en sangre cerca de lo normal	1	2	3	4	5
13. ...los efectos emocionales de la diabetes son muy pequeños	1	2	3	4	5
14. ...las personas con diabetes deberían de tener la última palabra al fijar sus metas en el control de la glucosa en sangre	1	2	3	4	5
15. ...los exámenes para el azúcar en sangre no son necesarios para las personas con diabetes tipo 2	1	2	3	4	5
16. ...los riesgos de que baje el azúcar en sangre hacen que el control estricto de la diabetes sea muy peligroso para la mayoría de las personas	1	2	3	4	5
17. ...los profesionales de la salud han aprendido a planear metas junto con los pacientes, no solo a decirles lo que tienen que hacer	1	2	3	4	5
18. ...la diabetes es difícil de soportar porque usted nunca se puede librar de ella	1	2	3	4	5
19. ...la persona con diabetes es el miembro más importante del equipo al cuidado de la diabetes	1	2	3	4	5
20. ...para hacer un buen trabajo, los educadores en diabetes han aprendido mucho acerca de ser maestros	1	2	3	4	5

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni una ni otra	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21. ...la diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave	1	2	3	4	5
22. ...tener diabetes cambia la perspectiva de vida de los pacientes	1	2	3	4	5
23. ...las personas que tienen diabetes tipo 2 probablemente no obtendrán mucho beneficio al tener un control estricto de su azúcar en sangre	1	2	3	4	5
24. ...las personas con diabetes saben mucho de acerca de la enfermedad como para poder hacerse cargo de su propio cuidado	1	2	3	4	5
25. ...la diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1**	1	2	3	4	5

****La diabetes tipo 1 generalmente comienza antes de los 40 años y siempre requiere insulina como parte del tratamiento. Los pacientes usualmente no presentan sobrepeso. La diabetes tipo 1 es también llamada diabetes mellitus insulino-dependiente; antiguamente se llamaba "diabetes juvenil"**

26.el control estricto de la diabetes es muy difícil de llevar a cabo	1	2	3	4	5
27. ...lo que el propio paciente haga para el control de su diabetes tiene más efecto que cualquier acción que tome un profesional de la salud	1	2	3	4	5

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni una ni otra	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
28. ...el control estricto del azúcar en sangre tiene importancia únicamente para las personas con diabetes tipo 1	1	2	3	4	5
29. ...es frustrante para las personas con diabetes hacerse cargo de su enfermedad	1	2	3	4	5
30. ...las personas con diabetes tienen el derecho de decidir qué tanto esfuerzo harán para controlar su azúcar en sangre	1	2	3	4	5
31. ...las personas que toman pastillas para la diabetes deberían de estar tan preocupadas acerca de su azúcar en sangre como las que se aplican insulina	1	2	3	4	5
32. ...las personas con diabetes tienen el derecho de no tener un buen cuidado de sus diabetes	1	2	3	4	5
33. ...el apoyo de la familia y amistades es necesario en el tratamiento de la diabetes	1	2	3	4	5

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES IMPORTANTE. POR FAVOR LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO
 NO ES NECESARIO QUE ANOTE SU NOMBRE. SE GUARDARÁ CONFIDENCIALIDAD TOTAL
 ¡¡¡¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE ESTUDIO!!!!

A) SITIO DE LA ENTREVISTA:

- 1) Atención privada _____
 2) I.M.S.S. _____
 3) S.S.A. _____
 4) Otra institución _____

B) USTED ES MÉDICO:

- 1) General _____ 2) Familiar _____ 3) Internista _____
 4) Endocrinólogo _____ 5) Otra especialidad _____
 C) EDAD: _____ años D) SEXO: 1) M _____ 2) F _____

E) NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES QUE ATIENDE A LA SEMANA: _____

F) DE LA CANTIDAD ANTERIOR, QUE PORCENTAJE APROXIMADO SON PACIENTES

DIABÉTICOS ? _____ %

G) TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL: _____ años

LA SIGUIENTE INFORMACION ES IMPORTANTE. POR FAVOR LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO
 NO ES NECESARIO QUE ANOTE SU NOMBRE. SE GUARDARA CONFIDENCIALIDAD TOTAL
 !!!!GRACIAS POR SU COOPERACION PARA LA ELABORACION DE ESTE ESTUDIO!!!!

A) SITIO DE LA ENTREVISTA: 1) Atención privada _____ 2) I.M.S.S. _____ 3) S.S.A. _____

4) Otra institución _____

B) EDAD: _____ años C) SEXO: 1) Masculino _____ 2) Femenino _____

D) ESCOLARIDAD: 1) Primaria _____ 2) Secundaria _____ 3) Preparatoria _____
 4) Técnico _____ 5) Profesional _____ 6) Posgrado _____

E) TIPO DE DIABETES: 1) Diabetes tipo 1 _____ 2) Diabetes tipo 2 _____

G) Hace cuántos años se le diagnosticó la diabetes? Hace _____ años

H) En los últimos 6 meses cuántas consultas con el médico ha tenido para el control de su diabetes? _____ consultas

I) Alguno de sus familiares directos es diabético? 1) Si _____ 2) No _____

J) RESIDENCIA HABITUAL: Colonia _____ Municipio _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Alvaro Mathiew Quirós

Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias con especialidad en Sistemas de Salud

**Título del Estudio: TIPO DE SECTOR DE SALUD Y DISCREPANCIA DE ACTITUDES
ENTRE EL MEDICO Y EL PACIENTE HACIA LA DIABETES**

Campo de Estudio: Sistemas de Salud

Datos personales: Nacido en San José, Costa Rica el 13 de Enero de 1953, hijo de Holanda Mathiew. Actualmente ciudadano mexicano.

Educación: Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Monterrey con el título de Médico Cirujano Partero.

Actividad actual: Laboro en el Instituto Mexicano del Seguro Social en donde coordino el programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico del Hospital General de Zona 17.



