



Artículo original

Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2

Maricruz Ríos-Álvarez,* Óscar Acevedo-Giles,* Alberto González-Pedraza Avilés**

Resumen

Antecedentes: El apego al tratamiento es uno de los problemas más importantes en enfermedades crónicas que hace descender la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento. En la bibliografía especializada se mencionan diversos factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, tales como: sociodemográficos, propios de la enfermedad, sobre el tipo de terapia y de la relación médico-paciente. De todos ellos, el último es el factor con un potencial predictivo más fuerte. **Material y métodos:** Fue un estudio transversal y descriptivo, con muestreo por conveniencia en pacientes del módulo de diabetes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. Se aplicó una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9). Se realizaron además mediciones de glucosa en ayuno y hemoglobina glicosilada, para evaluar control glicémico, así como colesterol total, triglicéridos, peso, talla, IMC y presión arterial para evaluar el control metabólico. **Resultados:** De los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glicémico y 32.6% buen control metabólico. Del total del cuestionario, el 83.9% considera tener buena relación médico paciente; en cuanto a las dimensiones, el 75.2% están satisfechos y el 69% refieren tener buena comunicación y accesibilidad con el médico. Las asociaciones con el control glicémico y metabólico presentaron correlaciones bajas. **Conclusiones:** Los usuarios del módulo están satisfechos con la relación con su médico; sin embargo, la asociación con el control glicémico y metabólico resultó baja; esto puede deberse a que existen otros factores que pudieran favorecer el buen control de la enfermedad.

Palabras clave: Relación médico-paciente, satisfacción, comunicación, accesibilidad, diabetes mellitus, control metabólico, control glicémico.

Abstract

Background: The lack treatment of compliance is one of the most important problems in the management of chronic diseases; it produces a decrease in treatment efficiency, effectiveness and efficacy. The specialized literature describes diverse factors that influence the accomplishment of treatment goals such as sociodemographic factors, the disease itself, the kind of therapy used and the characteristics of the doctor-patient relationship. The later one is the factor with the strongest predictive value. **Material and methods:** This was a cross-sectional study, with a convenience sample carried out in diabetic patients from the Family Medicine Clinic Dr. Ignacio Chavez ISSSTE. An identification card and a test to evaluate doctor-patient relationship (*Patient-Doctor relationship questionnaire PDRQ-9*) were applied. Fasting blood glucose, and glycosylated hemoglobin were used to evaluate glycemic control; total cholesterol, tryglycerides, weight, height, body mass index and blood pressure were used to evaluate metabolic control. **Results:** Of the 129 evaluated patients, 63.6% had adequate glycemic control and 32.6% had poor metabolic control. From the total questionnaire, 83.9% of the patients considered having a good doctor-patient relationship; 75.2% were satisfied and 69% reported having good communication and accessibility with their physician. The glycemic control and metabolic control associations were poorly correlated. **Conclusions:** Our patients were satisfied with their doctor-patient relationship, however the associations between glycemic control and metabolic control was poor; this can be related to other factors that could favor good disease control.

Key words: Doctor-Patient relationship, satisfaction, communication, accessibility, diabetes mellitus, metabolic control, glycemic control.

www.medigraphic.org.mx

* Clínica Medicina Familiar «Dr. Ignacio Chávez», ISSSTE.

** División Estudios de Postgrado. Facultad de Medicina, UNAM.

Los autores certifican que no existe conflicto de intereses entre autores ni instituciones participantes en el escrito.

Fecha de recepción: 01-Junio-2011
Fecha de aceptación: 01-October-2011

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es una condición que se caracteriza por varias anormalidades metabólicas de carácter crónico, incluyendo la función deficiente de las células beta y la resistencia a la insulina en los músculos esqueléticos, el tejido adiposo y el hígado. Estas anormalidades causan hiperglucemia crónica y, a largo plazo, contribuyen con el desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neuropáticas, situándola como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo.¹

Efectuar un buen control de la diabetes retrasa la aparición de complicaciones y enfermedades secundarias, a la vez que mejora la calidad de vida.² El control de la enfermedad depende fundamentalmente de un buen tratamiento que se sostiene sobre tres pilares: dieta, ejercicio y medicamentos.^{3,4} Sin embargo, el apego al tratamiento es uno de los problemas más importantes en las enfermedades crónicas, cuya presencia hace descender la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento.⁵ Cerca del 50% de las personas con diabetes no cumple adecuadamente su terapia.⁵ En la bibliografía especializada se mencionan diversos factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento: sociodemográficos, relacionados con la enfermedad, con la propia terapia y con la relación médico-paciente.^{3,5} De todos ellos, el último es el factor con un potencial predictivo más fuerte.^{5,6}

Numerosos estudios concluyen que la relación que los médicos establecen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad y decidiendo unilateralmente, en función de sus conocimientos.⁷ No obstante, se constata que este enfoque centrado en la enfermedad y en los intereses de las instituciones sanitarias ya no es válido y que es necesario centrar las acciones en las personas y no sólo en sus enfermedades, proporcionando una atención integral.² Los problemas de comunicación en la consulta constituyen una barrera al tratamiento efectivo de la diabetes.⁷

El objetivo de este trabajo fue identificar la satisfacción general de la relación médico-paciente y su asociación con el control glucémico y metabólico del diabético tipo 2.

Material y métodos

Éste fue un estudio transversal y descriptivo que se llevó a cabo en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en la Delegación Coyoacán en México, D.F., en pacientes derechohabientes registrados en el módulo de

diabetes de la Clínica que aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con alguna discapacidad de comunicación.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes que acudieron a consulta durante los meses de enero a mayo, que cumplieron con los criterios de selección. El cálculo del tamaño de muestra se realizó con base en una estimación de proporciones, con una $p = 0.2$ y un coeficiente de variación de 0.20 para un número de muestra de 100.

Se aplicó una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el «*Patient-Doctor Relationship Questionnaire*» de 9 preguntas (PDRQ-9), adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el *Helping Alliance Questionnaire* por Van der Feltz-Cornelis y su grupo,⁸ con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en atención primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Después fue adaptado al castellano por Mingote J. et al.⁹ en su versión de 13 preguntas y, posteriormente, por Martín Fernández J. y cols.¹⁰ en la versión de 9 preguntas.

El valor del alfa de Cronbach para esta última versión es de 0.95, similar a lo reportado en las versiones de 13 preguntas;^{8,9} sin embargo, el análisis factorial apunta de manera consistente a un solo factor que explica la varianza en un alto porcentaje (75.3%), además de presentar mayor capacidad discriminante que las versiones ya referidas. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, y donde: 1 = a 5 = siempre. El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento.

Además de la aplicación de los cuestionarios, se realizaron mediciones de glucosa en ayuno y hemoglobina glucosilada, esta última para definir el control glucémico con base en la Norma Oficial Mexicana 015-SSA2-1994,¹¹ así como el colesterol total, triglicéridos, peso, talla, IMC y presión arterial para evaluar el control metabólico de los pacientes. Considerándose como mal control cuando al menos uno de los parámetros no cumplía con la citada norma.

El proyecto fue sometido a evaluación de la Comisión de Investigación de la clínica. Lo anterior con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y la Declaración de Helsinki.

Se analizó cada una de las dimensiones del cuestionario con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos.

Para la dimensión de comunicación y accesibilidad se evaluó de la siguiente manera: 1 a 11 como poca comuni-

cación, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación. Para la dimensión de satisfacción: de 1 a 5 como poco satisfecho, de 6 a 8 regularmente satisfecho, y de 9 a 10 satisfecho.

Para asociar las dimensiones que evalúan la relación médico-paciente con los resultados del control glucémico y metabólico se usó el coeficiente de Spearman con un nivel de significancia de 0.05. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 15.

Resultados

Se incluyeron 129 pacientes, de los cuales 54 (41.9%) eran del sexo masculino y 75 (58.1%) del femenino, con un promedio de edad de 60.5 ± 10.9 ; 64 (49.6%) tenían nivel de escolaridad secundaria o inferior. En lo relacionado a la ocupación, 50 pacientes (38.8%) se dedicaban al hogar, 36 pacientes (27.9%) eran jubilados o pensionados, y 34 pacientes (26.4%) eran profesionistas. (Cuadro I).

De acuerdo a las metas terapéuticas de la NOM-015-SSA2-1994,¹¹ de los 129 pacientes evaluados, 82 (63.6%) presentaron buen control glucémico, 32 (24.8%) regular control y 15 (11.6%) mal control; para el control metabólico, 42 pacientes (32.6%) presentaron buen control, 51 (39.5%) regular control y 36 (27.9%) mal control.

Cuadro I. Características sociodemográficas de la población de estudio.			
Variable	Número de pacientes	%	% acumulado
Sexo			
Masculino	54	41.9	41.9
Femenino	75	58.1	100.0
Edad			
28 a 46 años	15	11.6	11.6
47 a 65 años	65	50.4	62.0
66 o más	49	38.0	100.0
Escolaridad			
Primaria	44	34.1	34.1
Secundaria	20	15.5	49.6
Preparatoria o equivalente	31	24.0	73.6
Licenciatura o más	34	26.4	100.0
Ocupación			
Hogar	50	38.8	38.8
Jubilado/pensionado	36	27.9	66.7
Empleado dependiente/independiente	26	20.2	86.8
Profesionista	11	8.5	95.3
Desempleado	6	4.7	100.0

El análisis del cuestionario PDRQ9 mostró en la dimensión de satisfacción que el 75% estaban satisfechos; en la dimensión de comunicación, el 69% tiene buena comunicación, y en cuanto a accesibilidad, el mismo porcentaje considera que es accesible. Con respecto a la calificación total, ningún paciente considera que tiene una mala relación médico-paciente, y el 83.5% presentan buena relación (Cuadro II).

Al correlacionar cada una de las dimensiones y el total del cuestionario con los controles glucémico y metabólico de los pacientes, se obtuvo una asociación con significancia estadística para todos los casos, a excepción de la asociación entre la satisfacción y el control metabólico. Los valores del coeficiente de correlación variaron desde 0.130 hasta 0.285, lo que representa correlaciones bajas (Cuadro III).

Al realizar el análisis de correlación entre la evaluación total del cuestionario y el control glucémico y metabólico en función de las variables de estudio, se obtuvo asociación con significancia estadística para el sexo con ambos tipos de controles con coeficientes de correlación bajos para ambos. Para los grupos de edad sólo se obtuvo asociación

Cuadro II. Resultados de la evaluación del cuestionario PDRQ9 de relación médico-paciente.			
Dimensión	Poca o mala %	Regular %	Satisfecho o buena %
Satisfacción	2.4	22.5	75.1
Comunicación	7	24	69
Accesibilidad	6.3	24.7	69
Total	0	16.5	83.5

Cuadro III. Resultados de la correlación entre cada una de las dimensiones, el total del cuestionario y los controles glucémico y metabólico de los pacientes.			
Dimensión	Tipo de control	Valor de significancia	Coefficiente de correlación*
Satisfacción	Glucémico	0.042	0.180
	Metabólico	0.142	0.130
Comunicación	Glucémico	0.001	0.285
	Metabólico	0.004	0.254
Accesibilidad	Glucémico	0.008	0.234
	Metabólico	0.028	0.194
Evaluación total	Glucémico	0.003	0.257
	Metabólico	0.013	0.218

Cuadro IV. Resultados de la correlación entre la evaluación total del cuestionario y el control glucémico y metabólico que presentaron significancia estadística en función de las variables de estudio.			
Variable/ categorías	Tipo de control	Valor de significancia	Coefficiente de correlación
Sexo femenino	Glucémico	0.011	0.294
	Metabólico	0.020	0.268
Edad 47 a 65 años	Glucémico	0.000	0.451
	Metabólico	0.001	0.395
Ocupación hogar	Glucémico	0.023	0.320

en el rango de edad comprendido entre los 47 y 65 años y ambos tipos de controles, con coeficientes de correlación moderado para el primero y bajo para el segundo. Con respecto a la ocupación de los pacientes, se obtuvo asociación entre los que se dedican al hogar y el control glucémico con un coeficiente de correlación bajo (*Cuadro IV*).

Discusión

La vivencia de la diabetes y de su tratamiento, así como de sus complicaciones resulta una experiencia dura y, en muchos casos, supone un fuerte choque emocional y una fuente de estrés que influirá en el curso de la enfermedad.^{2,3,12} No obstante, el grado de aceptación y las expectativas que se generen sobre su futuro dependerán en gran medida del estilo de afrontamiento y la comunicación con los profesionales de la salud involucrados.

Con relación a este último punto y los resultados obtenidos en este trabajo, en la dimensión de satisfacción de los pacientes, evaluada a través de la aplicación del cuestionario PDRQ-9, el 75% se encontró satisfecho con el médico. Fernández y cols.¹⁰ reportan resultados similares utilizando el mismo cuestionario en 451 pacientes de una Clínica de Medicina Familiar en Madrid, con porcentajes cercanos del 80 a 90%, aunque realizando un análisis individualizado por pregunta y no por dimensión. González Montaña,¹³ en un estudio con 114 pacientes del Hospital General de Zona Núm. 8 del IMSS realizaron un análisis por dimensiones del cuestionario, encontrando que sólo el 3.5% de pacientes contestaron de forma negativa en la dimensión de satisfacción, mientras que en nuestro estudio se obtuvo un porcentaje de 2.4%. Para la dimensión de accesibilidad, el mismo autor obtuvo un 5% que contestaron de forma negativa, similar al 6.3% obtenido en este trabajo, y para la dimensión de comunicación obtuvo 4.7% con respuesta negativa,

mientras que en este trabajo se obtuvo un porcentaje de 7.1%. Es importante mencionar que para ese estudio el autor utilizó el cuestionario PDRQ en su versión de 13 preguntas.

Van der Feltz-Cornelis y cols.⁸ corroboraron en su estudio que los resultados sobre la satisfacción de la relación médico-paciente fueron inadecuadas cuando se aplicaba el cuestionario en la consulta especializada, en comparación que cuando se hacía en las Clínicas de Atención Primaria. Se conoce que la continuidad de la atención y la accesibilidad son dos de los atributos que más contribuyen a la satisfacción con los médicos de familia.

En cuanto al control glucémico, Conrado Aguilar y cols.¹⁴ reportaron que sólo en 21% de los pacientes se logró una hemoglobina glucosilada menor o igual a 7%; en 24% de 7 a 8% y 55% tuvieron una hemoglobina mayor de 8. Shani y cols.¹⁵ obtuvieron 41.6% de pacientes con buen control glucémico, resultados por debajo de 63.6% obtenido para buen control glucémico en este estudio.

Con respecto al control metabólico, trabajos como el reportado por Ariza y cols.¹⁶ y por Girone¹⁷ reportan resultados de 62% de sus pacientes con regular o mal control metabólico, e incluso Vergara GA¹⁸ refiere 78% de sus pacientes con la misma condición. En nuestro estudio obtuvimos 67.4% de pacientes con regular y mal control metabólico.

En el análisis de correlación entre el control y la relación médico-paciente se obtuvo significancia estadística prácticamente con todas las dimensiones tanto para el control glucémico como para el metabólico. Daly J y cols.¹⁹ utilizando el mismo cuestionario PDRQ9, obtuvieron un valor de correlación lineal de 0.22 entre puntuaciones y valores de hemoglobina glicosilada más altos, con significancia estadística de 0.001. Rothenbacher D et al.²⁰ en su estudio con 1,014 pacientes, refieren que la relación médico-paciente asociada a la adherencia al tratamiento y la aceptación de la enfermedad fueron los elementos clave para el buen control de los pacientes con DM2.

En el mismo análisis, pero en función de las variables, las mujeres presentaron correlación con significancia estadística, resultado similar a lo reportado por Adisa R y cols.²¹ en 114 pacientes de un Hospital Universitario en Nigeria.

Este estudio presentó algunas limitaciones, dentro de las cuales se encuentran: el tipo de estudio, transversal y descriptivo, así como el del muestreo (no probabilístico), y las bajas correlaciones entre las variables.

Es necesario realizar más estudios en la población mexicana con un mayor número de pacientes para poder establecer una asociación precisa de estas variables y para poder aplicar y, principalmente, generalizar sus resultados.

Conclusiones

En nuestro estudio encontramos que los usuarios del módulo están bastante satisfechos con la relación con su médico, especialmente las mujeres y los de mediana edad; sin embargo, la asociación con el control glucémico y metabólico resultó baja; esto puede deberse a que existen otros factores que pudieran favorecer el buen control de la enfermedad.

El futuro de las consultas médicas pasa por el «empoderamiento» de los pacientes y por la colaboración y el intercambio entre médicos y pacientes. Tanto el sistema de salud como cada uno de sus profesionales deben asumir la necesidad de tratar a las personas de una forma integral, cuidando dos aspectos clave de la atención: el trato y la comunicación, ya que ambos inciden directamente en la eficacia de los tratamientos y en su cumplimiento terapéutico.

Bibliografía

- Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, editors. *Williams textbook of endocrinology*. 11th ed. Philadelphia, PA; Saunders Elsevier, 2008.
- Peralta G, Figuerola D. Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr* 2003; 50: 280-285.
- Heredía GMV. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? *Rev Rol Enferm* 2004; 27: 57-60.
- Zúñiga GS, Islas AS. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. *Rev Med IMSS* 2000; 38: 187-191.
- Carratalá MC, Orozco BD, Gil GV, Merino SJ. *Factores en el cumplimiento terapéutico y diabetes*. En: Gil Guillén V, Merino Sánchez J, Palop Larrea V, editores. *El cumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades*. Valencia: SVMFIC Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003: 133-142.
- Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, Fernández-Fernández I, March-Cerdà CM. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2006; 38: 8-18.
- Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empowering patients: how to implement a diabetes passport in hospital care. *Patient Educ Couns* 2002; 47: 173-177.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 115-120.
- Mingote-Adán J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez-Herrer M, Ruiz-Lopez P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37: 94-100.
- Martín-Fernández J, Del Cura-González MI, Gómez-Gazcón T, Fernández-López E, Pajares-Carbajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria* 2010; 42: 196-203.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus". Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html
- Lucio Gómez-Maqueo E, Alcántara-Rodríguez Y, Tapia-Hernández B, Durán-Patiño C, Calzada-León R. Personalidad y autoestima del adolescente que padece diabetes mellitus insulino-dependiente. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2003; 60: 173-183.
- González MJ. *Evaluación de la relación médico-paciente en la consulta externa de medicina familiar del HGZ UMF No. 8, turno vespertino*. Tesis de postgrado. México, D.F.
- Conrado AS, Calderón ER, Mello GM, Rosas BJV. Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2, Servicio de Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital regional 1° de Octubre. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011; 16: 18-26.
- Shani M, Taylor TR, Vinker SH, Lustman A, Erez R, Elhayany A, Lahad A. Characteristics of diabetics with poor Glycemic control who achieve good control. *J Am Board Fam Med* 2008; 21: 490-496.
- Ariza E, Nazly C, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte Barranquilla (Col)* 2005; 21: 28-40.
- Girone MG. Monitorización clínica del paciente diabético. Actualización en medicina interna. *ACMI* 2005: 14-19.
- Vergara GA. Factores asociados al control metabólico en diabéticos tipo 2. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2006, 577: 145-150.
- Daly JM, Hartz AJ, Xu Y, Levy BT, James PA, Merchant ML. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 280-290.
- Rothenbacher D, Rüter G, Brenner H. Prognostic value of physician's assessment of compliance regarding all-cause mortality in patients with type 2 diabetes: primary care follow-up study. *BMC Family Practice* 2006; 7. [citado 2012 ener 10]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/42>
- Adisa R, Fakeye TO, Fasanmade A. Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice (Internet)* 2011; 9: 72-81. Apr-Jun [Citado 2012 Ener 17]. Available from: www.pharmacypractice.org (ISSN: 1886-3655)

Correspondencia:

MC. Alberto González Pedraza A.
División Estudios de Postgrado.
Facultad de Medicina. UNAM.
CMF «Dr. Ignacio Chávez» ISSSTE.
Calle Oriental Núm. 10, esquina Tepetlapa.
Col. Alianza Popular Revolucionaria 04800,
Del. Coyoacán.
Tels. 56840763, 56843277. Fax: 56840763
E-mail: albemari@unam.mx