

# Valoración de las Dificultades Psicológicas y Sociales en el Manejo de los Pacientes Diabéticos

*Christian De Nogales, Bernardo Reyes Leal. — Centro de Investigaciones. Hospital San Juan de Dios. — Universidad Nacional — Bogotá. Colombia.*

El trabajo que voy a presentar ante Uds. es fruto de la colaboración, en la que me honro, al centro de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Ha sido realizado en la Unidad de Endocrinología del Centro. Fundamentalmente yo quiero ofrecer a Uds. las líneas de desarrollo de algo que está en trance de realización, mucho más que unos logros actuales ya alcanzados. Se trata de someter a la crítica de todos la intencionalidad que anima una tarea en curso que se proyecta hacia el futuro.

Podría decirse que ser médico, siéndolo con autenticidad, es sentir el placer intelectual de comprender y el afectivo de ayudar. La comprensión se sitúa en la línea de la Medicina Científica, en la lucha contra la enfermedad. La satisfacción afectiva de ayudar es la radical de la busca de una mayor eficacia clínica práctica. Pero si, la comprensión, el saber, es poderío, a los médicos nos duele muchas veces que los avances logrados en el terreno conceptual, frente a una enfermedad dada, no se traduzcan en la práctica en los resultados que teóricamente serían de esperar. Entre la eficacia

teóricamente posible y la que realmente se alcanza existe una distancia muchas veces considerable, lo que crea un estado de cosas ante el cual no podemos permanecer indiferentes. Hay obstáculo que es preciso remover, dificultades que deben ser vencidas. Es preciso la toma de conciencia de que tales factores negativos están en dependencia con el medio social y cultural, con el momento histórico en que se produce el encuentro médico-enfermo.

Creo que todos estaremos de acuerdo en que uno de los ámbitos de la Medicina en que la disparidad entre los logros que podrían obtenerse y los que en realidad se consiguen es el de el tratamiento de la diabetes mellitus. Conscientes de ello, hemos querido aquilatar las dificultades psicológicas y sociales que interfieren con la actuación médica disminuyendo sus rendimientos.

Ha sido prestada asistencia clínica a un contingente superior a los 200 enfermos pero abrumados por la afluencia de pacientes al Servicio de Diabetología hemos seleccionado para la iniciación de nuestro estudio 100 casos.

Cuadro 1

### ESTUDIO DE FACTORES SOCIALES Y SICOLOGICOS PACIENTES DIABETICOS

Marzo a octubre 1966

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| — Número de historias estudiadas | 100 |
| — Pacientes Analfabetos          | 38  |
| — Con interrogatorio número 2    |     |
| Grupos de edades; 11 — 20        | 4   |
| 21 — 30                          | 1   |
| 31 — 40                          | 4   |
| 41 — 50                          | 27  |
| 51 — 60                          | 40  |
| 61 — 70                          | 18  |
| 71 — 80                          | 6   |
| — Sexo M. 11 F. 89               | 100 |
| — En tratamiento;                |     |
| — con insulina                   | 43  |
| — con Sulfanilureas              | 50  |
| — con dieta                      | 7   |
| — Control obtenido hasta hoy     |     |
| * Compensados                    | 60  |
| — se ignora                      | 15  |
| — en mala compensación           | 25  |

\* Llamamos COMPENSADOS, aquellos pacientes sin glicosuria durante el día y sin sintomatología de hiper o hipoglucemia y que lleven por lo menos dos meses bajo vigilancia.

Yo me permitiría solicitar de Uds. que a pesar del considerable número de guarismos que van a desfilar ante sus ojos, consideren el estudio que les estoy presentado, más como el reflejo de una investigación casuística, que como una fría estadística. Quiero significar con esta que hay muchas horas de convivencia con los pacientes, con cada uno de ellos, detrás de los datos numéricos que van a ser proyectados.

Hemos encontrado un porcentaje del 38% de analfabetos. Como un inciso que

contribuye a explicar la dirección de esta investigación les diré algo, por otra parte obvio, y seguramente en el espíritu de todos, y ello es que resulta mucho más difícil compensar la diabetes de un analfabeto que otra de comparables rasgos clínicos en un paciente de mayor nivel cultural.

Cuadro 2

### INTERROGATORIO NUMERO 2 —

- 1 — ¿Qué idea tiene usted de la Diabetes?
- 2 — ¿Cómo ha influido en su vida?
- 3 — Le ha disminuido su capacidad de trabajo?
- 4 — ¿Se ha sentido deprimido?
- 5 — ¿Hace usted dieta? ¿en qué consiste?
- 6 — ¿Cuál ha sido la actitud de sus familiares ante su enfermedad?
- 7 — ¿Qué piensa de la atención del hospital? ¿Ve algún modo de mejorarla?
- 8 — ¿Cuál es su presupuesto familiar? ¿De dónde proviene?
- 9 — ¿Se siente usted feliz? ¿Qué idea tiene usted de la felicidad?
- 10 — ¿Qué considera usted cómo lo más importante en la vida?

Hemos establecido un tipo de interrogatorio que entre nosotros hemos denominado "Interrogatorio 2" (Cuadro 2) queriendo significar con eso que ha existido un Interrogatorio 1 y probablemente habrá un Interrogatorio 3. Queremos explicar así que nuestros interrogatorios, y de un modo más amplio nuestra exploración en el diálogo con el enfermo, no es algo elaborado abstractamente si no un útil que se modifica por la coincidencia por el encuentro médico-enfermo y var-

mos estructurando nuestros cuestionarios en la medida en que conocemos mejor la problemática que nuestros pacientes nos presentan y el grupo humano a que son referibles. Por eso, insistimos, esto es apenas un esbozo.

La distribución de edades que Uds. pueden ver en el cuadro 1 coincide, como era previsible, con la aportada en comunicaciones que han precedido a la nuestra.

cuadro 3

Respuestas a "idea de diabetes". Ensayo de clasificación.

|  |           |
|--|-----------|
| 1 — Ausencia de respuesta  | 15        |
| 2 — Pararrespuesta<br>(o sea respuesta que no corresponde a la pregunta)               | 10        |
| 3 — Respuesta alusiva a Sintomatología actual<br>(no necesariamente en relación con D) | 4         |
| 4 — Respuesta alusiva a sintomatología D.  | 12        |
| 5 — Respuesta alusiva a noción de cronicidad.  | 18        |
| 6 — Respuesta alusiva a "Azúcar en la sangre".   | 6         |
| 7 — Respuesta alusiva a las consecuencias de la enfermedad                             | 14        |
| 8 — Respuesta alusiva a carácter vergonzoso  | 2         |
| 9 — Respuesta Negativa   | 3         |
| <b>Total de respuestas</b>   | <b>84</b> |

El predominio del sexo femenino ha sido muy notable. Hemos interpretado este hecho pensando que los pacientes varonales están en tratamiento en centros asistenciales de los Seguros Sociales.

Probablemente Uds. encontrarán que el número de pacientes sometidos a Sulfanilureas es muy elevado. Debo aclarar que muchas veces hemos utilizado los fármacos hipoglucemiantes, deliberadamente, un poco abusivamente, para dar tiempo al establecimiento de un buen rapport y garantizarnos así la fidelidad del paciente al servicio, en su propio beneficio, hasta emanciparlo en una etapa posterior cuando ya hemos conseguido su confianza y su asiduidad y él estaba en condiciones de cumplir la dieta y ajustarse al género de vida recomendado. Nos parece indiscutible, y es para nosotros un hecho de observación no rectificable, que el cumplimiento por el enfermo de las normas higiénico-dietéticas prescritas por su médico está en función del rapport que éste ha conseguido establecer con aquél. Es casi innecesario decir que el establecimiento de una buena relación interpersonal con el paciente, aun cuando se inicie desde la primera visita, requiere algún tiempo para consolidarse.

Cuadro 4

Respuestas a "¿Qué repercusión ha tenido sobre su vida?".

|   |           |
|---|-----------|
| 1 — Respuesta Negativa (no repercusión) | 6         |
| 2 — Respuesta Positiva                  | 57        |
| a — Alusiva a Rendimiento laboral       | 20        |
| b — " " Limitación en la dieta          | 6         |
| c — " " Depresión                       | 2         |
| d — " " Modificación plan de vida       | 10        |
| e — " " Problema económico              | 3         |
| f — " " Adaptación favorable            | 1         |
| g — " " A síntomas                      | 15        |
| 3 — No respuestas                       | 9         |
| <b>Total de respuestas</b>              | <b>72</b> |

Pueden ver Ustedes en el cuadro 1 la proporción de enfermos en compensación insuficiente, 40%, es elevada. Debo aclarar que en la mayor parte de los casos se trata de sujetos que dejaron de asistir al servicio en fases iniciales del tratamiento (podríamos decir "cuando en la espera todavía, no había germinado la esperanza"). Muchos de estos pacientes vivían fuera de Bogotá y su paso por el servicio fue fugaz.

Debemos reconocer que el concepto de compensación que hemos utilizado puede ser considerado con razón arbitrario pero por razones pragmáticas, obvias, lo hemos establecido así: pacientes que durante un mínimo de 2 meses, consecutivos, han permanecido aglicosúrico y sin hipoglucemias en todas las determinaciones realizadas. Es preciso aclarar que tales determinaciones, al menos en los enfermos Insulino-dependientes se practicaba diariamente. Se realizaba un perfil de glicurias de 24 horas. Los pacientes aportaban 3 muestras de Orina, una tomada en ayunas al levantarse, la segunda 2 horas después del almuerzo y la tercera antes de acostarse.

Cuadro 5

|   |    |
|---|----|
| Respuesta a "Repercusión sobre rendimiento laboral" |    |
| 1 — Presentan disminución                           | 49 |
| 2 — No presentan disminución                        | 16 |
| 3 — No respuesta                                    | 3  |
| Total respuestas                                    |    |
|   | 68 |
| Respuesta a ¿"Está usted deprimido"?                |    |
| 1 — Respuestas negativas                            | 18 |
| 2 — Respuestas positivas                            | 40 |
| Al comienzo de la enfermedad                        | 13 |
| (superada)  |    |
| Permanente  | 15 |
| Con deseo de muerte                                 | 12 |
| Total de respuestas                                 |    |
|   | 58 |

El cuestionario cumple la finalidad de servir para la elaboración ulterior, en fase más avanzada de nuestro estudio, en fase podríamos definir como "Perfil Psicológico de reactividad del paciente ante su enfermedad". Los datos que el estudio de los perfiles nos proporcionen servirán para, individualmente establecer la Psicoterapia de apoyo o la actuación Psicoterapéutica que el paciente en cuestión requiera. Desde un punto de vista más general, la información que respecto a la colectividad en sus rasgos generales nos aporte en conjunto el estudio de los perfiles, será utilizada como constelación de datos a tener en cuenta para la estructuración de las clases prácticas sobre Diabetes que proyectamos establecer para los enfermos. Estamos convencidos que esta importante misión no puede planificarse en abstracto, sin tomar en consideración el grupo humano a que va dirigida, sus errores más frecuentes en la concepción del proceso que les aqueja, su desorientación, los falsos conocimientos y supersticiones, la forma como, en fin, se configura su ignorancia y su desvalimiento intelectual para comportarse ante la enfermedad y colaborar con su médico. Es apenas necesario decir que no se proyecta prodigarles disertaciones doctas, ni enseñarles metabolismo o bioquímica, se trata sencillamente, lo repetimos, de informarles respecto de como deben colaborar con nosotros, como deben conducirse de la manera más eficaz y adaptada posible para defenderse adecuadamente de las posibles complicaciones inmediatas y tardías de la enfermedad, que todos sabemos (ellos necesitan no ignorarlo) son más frecuentes y graves cuando la conducta del enfermo no reúne las condiciones debidas. Todo esto significará, para nosotros

la garantía de que nuestro esfuerzo por haber sido complementado de la dirección a que aludo no resulte estéril. Vale la pena decir que los casos que revistan peculiaridades especiales serán tenidos en cuenta de modo individualizador. Por ejemplo las reacciones más profundamente desaptadas que lo habitual, así una depresión reactiva angustiada o excesivamente prolongada, una reacción reivindicativa, una conducta discordante, etc., etc.

Es necesario aclarar la verdadera significación del tipo de preguntas que están indicadas en el cuadro No. 2. Tal como han sido explicitadas les inducirían a Uds. a error si las tomaran al pie de la letra. En realidad más que una lista de preguntas se trata de un índice temático de cuestiones que se plantean a los pacientes. Por ejemplo, ven Uds. ahí la pregunta: ¿Qué idea tiene Ud. de la Diabetes? La palabra "ideal" es demasiado abstracta para la mayoría de los explorados. Se trata simplemente de inquirir cuáles son los conocimientos que el enfermo tiene sobre la enfermedad que sufre. Es posible, y aún frecuente, que el enfermo no posea ninguna idea clara de su enfermedad en cuyo caso reacciona con parapsicología de autorreferencia no desprovista de interés. En todo caso, manteniéndolos dentro de un margen que permita una codificación de los resultados obtenidos las preguntas son matizadas para hacerlas accesibles al intelecto de los enfermos.

La pregunta respecto de "cómo ha influido la Diabetes en su vida" trata de poner en evidencias el impacto que sobre la existencia del enfermo ha tenido su proceso y contribuye muy notablemente

a destacar que es lo que debe ser en ésta esfera atendido desde el punto de vista psicoterapéutico o a veces simplemente en una línea pedagógica.

Pueden ver ustedes, en el cuadro 3, que en las respuestas los grupos primero y el penúltimo lo que suman un grupo de enfermos aproximadamente el 35%, no exteriorizan nada que demuestre de una manera clara que han concienciado su proceso de un modo útil, es decir que les permita situarse realísticamente frente a la enfermedad que les aqueja.

Se hace evidente en varios aspectos de las respuestas al cuestionario, (el gran porcentaje de parapsicología) que los enfermos no elaboran la cuestión que se les plantea y que responden exteriorizando la preocupación más actualmente sentida. Puede decirse que existe en la mayor parte de ellos un estrechamiento del campo y la profundidad de la conciencia correspondiente a lo que podríamos designar como una defectividad de su vivir biográfico, valga el pleonasma.

Pueden ver ustedes como en la parte del cuestionario que no se refiere directamente al rendimiento laboral el número de respuestas alusivas, de todos modos, a la disminución del mismo es de 20 sobre 72. En cambio cuando se inquiere directamente sobre la capacidad de trabajo el número de respuestas afirmativas de su disminución aumenta extraordinariamente. Consideramos que esto ilustra lo que acabamos de decir respecto de una concienciación insuficiente de su existencia y de la problemática de la misma por parte de la mayoría de los enfermos con los que estamos trabajando. Pueden ver ustedes en efecto que afirman una disminución del rendimiento laboral 49

pacientes sobre 58. No la aducen tan sólo 16 enfermos. Este último grupo comprende a diabetes leves en tratamiento con sulfanilureas o tan solo con dieta. En otros casos de este mismo grupo se trata de diabetes recientemente diagnosticadas. En todo caso hemos podido patentizar que la protesta de afectación de la capacidad funcional para el trabajo suele ser muy poco objetiva y acompaña con frecuencia a una constelación de síntomas psíquicos de estirpe depresiva. Nos preocupamos en la actualidad de aprontar test objetivos para contrastar los alegatos subjetivos de los pacientes con la realidad de su situación clínica en el aspecto de su capacidad para el trabajo.

No insisto en el detalle de las consideraciones a que se prestan los datos contenidos en el cuadro 5. Como pueden ustedes ver, a la pregunta en la línea de explorar una situación de depresión hay 40 respuestas positivas sobre 58. El tema de la "depresión" en los enfermos diabéticos que asisten al servicio será profundizado con el rigor que merece.

Cuadro 6

|  |    |    |
|--|----|----|
| Respuesta a ¿"Sigue usted una dieta"?        |    |    |
| 1 — Respuestas negativas                     |    | 28 |
| Por hambre excesiva                          | 1  |    |
| Por razones económicas                       | 12 |    |
| 2 — Respuestas positivas                     |    | 34 |
| 3 — Correlación entre Dieta y Sintomatología |    |    |
| Positiva                                     | 46 |    |
| Negativa                                     | 15 |    |
| Total de respuestas                          |    | 62 |

El cuadro 6 nos muestra el gran porcentaje de enfermos que declaran seguir la Dieta. 34 manifiestan cumplir la. Es notable que en el grupo total de 62 enfermos, 46 reconocen y declaran por experiencia propia que se encuentran mucho mejor cuando siguen las instrucciones dietéticas que reciben. Es pues consecuencia de estos datos que muchos enfermos que no ignoran los efectos de la dietética respecto de su bienestar viven sin embargo trasgrediendo permanentemente los regímenes alimenticios que se les dan.

Hemos encontrado dos causas principales en el incumplimiento de la dieta: una de ellas, la más frecuente, sin duda viene presidida por factores económicos. La segunda causa a veces coincide con la que acabamos de decir depende del estado anímico del paciente. Cuando existe un síndrome depresivo, el enfermo al perder su impulso vital, desatiende la práctica de medidas protectoras de su vida.

Nos ha parecido interesante no sólo explorar el impacto de la enfermedad sobre el paciente sino iniciar también el estudio de las repercusiones sobre su ambiente familiar. Esto nos parece enormemente importante puesto que aquí se constituye un círculo en el que se destaca la trascendencia de las relaciones interpersonales. El modo como el paciente vivencia la enfermedad depende en buena medida de cómo la enfermedad impacta a todo el grupo familiar y de la conciencia que el enfermo toma de este hecho.

Cuadro 7

Respuesta a "¿Cuál fue la reacción de sus familiares?"

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1 — Reacción de apoyo    | 41 |
| 2 — Reacción de abandono | 12 |
| 3 — No valorables        | 11 |
| 4 — Viven solos          | 9  |

Total respuestas 73

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Presupuesto personal mensual |    |
| Mas de 1.000 pesos           | 6  |
| 500 a 1.000                  | 12 |
| 300 a 500                    | 14 |
| Menos de 300                 | 18 |
|                              | 50 |

El cuadro 7 expresa que existió reacción de apoyo en 41 de 73 casos estudiados, reacción de abandono en 12 no valorables en 11 y viven sólo 9. Este último grupo es el más mísero y desvalido de los estudiados. Renuncio a extenderme en consideraciones sobre presupuesto mensual puesto que ustedes pueden ver los datos en el cuadro. Nos limitamos a destacar que un presupuesto mensual inferior a \$ 300.00 es el de la mayoría de los pacientes y, si tenemos en cuenta la totalidad del grupo y con ello a los más favorecidos la cifra de ingreso promedio solo alcanza \$ 664.00 mensuales para familias de 3 a 5 personas.

Cuadro 8

Respuesta a "¿Cuál es su idea de felicidad?"

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1 — Concreta Referente a salud | 61 |
| " " " dinero                   | 18 |
| " " " ambiente familiar        | 16 |
| 2 — No concreta                | 2  |
| Total respuestas               | 63 |

Respuesta a "¿Qué es lo más importante actualmente en su vida?"

|             |    |
|-------------|----|
| 1 — Salud   | 21 |
| 2 — Familia | 14 |
| 3 — Dinero  | 7  |
| Total       | 42 |

Un intento todavía muy insuficiente y limitado de explorar el sistema axiológico, el sistema de valores, de los pacientes se reflejan en el cuadro 8. Como ustedes ven cuando se explora la idea de felicidad se hace evidente y no puede menos de llamar la atención que la problemática del grupo de pacientes con el que hemos trabajado se sitúe inmediatamente en torno de los *bienes* sin que se refleje en los resultados que hemos obtenido una referencia, un ascenso a un verdadero orden de *valores*.

En la segunda parte del cuadro 8 pueden ustedes ver las respuestas respecto a lo que nuestros pacientes consideran como lo más importante en la vida. Queremos aclarar que los protocolos de las respuestas que obran en nuestro poder demuestran que la salud es conceptuada de un modo eminentemente pragmático. La salud es útil puesto que les permite trabajar, y el trabajo mejorar su presupuesto y ésto a su vez revierte sobre sus capacidades adquisitivas la posibilidad de hacer la dieta etc. Debemos hacer la reserva respecto de aquellos que sitúan la familia como lo más importante en su vida (14 respuestas sobre 42). Sabemos que en este grupo existe la vivenciación de valores éticos de amor, de responsabilidad, etc. No obstante en este exiguo grupo para no pocos la familia representa

una obligación fría no gozosa, con frecuencia abrumadora.

Queremos terminar esta parte de nuestra exposición diciendo que por circunstancias económico-sociales la mayor parte de nuestros pacientes nos dan testimonio con sus vidas reducidas de una falta de acceso a los auténticos valores humanos estando destinados por las circunstancias de su triste existir *a morir humanamente inéditos* por así decirlo y con exageración de la que somos conscientes. Con espíritu de justicia y como homenaje a nuestros pacientes queremos dejar constancia de haber encontrado entre ellos individualidades espléndidas en cuya amistad nos satisfacemos.

Hemos solicitado la crítica de los pacientes respecto al servicio que estaban recibiendo. Aun cuando nuestra auto-crítica, indeclinable nos informe de las deficiencias de nuestra asistencia ofrecerles que libremente ellos mismos las juzgaran era algo evidentemente constructivo.

Cuadro 9

Respuesta a "¿Qué piensa de la atención de la Unidad?" "¿Cómo puede mejorarse?"

|  |    |
|--|----|
| 1 — Satisfactorias   | 66 |
| 2 — No satisfactorias  | 0  |
| Ideas para mejorarla.  |    |
| No aplicar Insulina en el Hospital sino entregarla al paciente | 7  |
| Mejorar la atención por parte del personal subalterno          | 6  |
| Dando clases   | 2  |
| Dando ayuda económica  | 2  |
| Prestando atención domiciliaria                                | 1  |
| Mejorando los locales  | 1  |
| Aumentando investigación                                       | 1  |

Aún cuando fué difícil liberarles de que por gratitud o cortesía dejaran influir sus respuestas, y como pueden ustedes ver en el cuadro 9 no la mayoría sino la totalidad de las respuestas consideraron la asistencia como satisfactoria. Más interesantes fueron las reacciones de los pacientes cuando se les preguntó como consideraban que tal asistencia podría ser mejorada. Pueden ustedes ver que los enfermos hicieron muchas sugerencias muy dignas de ser tenidas en cuenta y que por otra parte coincidían, de un modo absoluto, con nuestros proyectos de perfeccionamiento del Servicio de Diabetología en su aspecto asistencial. Los pacientes exteriorizaron el deseo de recibir la Insulina para administrársela ellos mismos en sus hogares o en una farmacia próxima liberándose de la onerosa servidumbre de acudir todas las mañanas al servicio. Este desideratum coincide íntegramente con nuestros propios propósitos. Como diabetólogos a través del control del proceso y como psicólogos por el conocimiento de la personalidad del paciente estamos en condiciones de saber si el enfermo (por otra parte previamente instruído) hace bien o mal uso del medicamento que se le ofrece. Respecto aquellos que sabemos serían casos excepcionales que defraudaran nuestra confianza serían invitados nuevamente a someterse a la Insulinización en el Servicio. La sugerencia de dar clases es decir ilustrar colectivamente a los enfermos sobre el modo de conducirse ante su proceso colaborando con su médico es algo que estamos decididos a realizar. Dar clases a un grupo relativamente homogéneo de pacientes afectados de la misma enfermedad, va a tener ribetes digámoslo así de *Psicoterapia de grupo* que puede rendir servicios indiscutible-



mente muy útiles. El Servicio de Diabetología creemos que está llamado a ser además de una estructura al servicio de la investigación de un centro asistencial y de una escuela de Post-graduados, una escuela, también, de enfermos.

Les llamo a ustedes la atención sobre el hecho que el desarrollo de la Investigación Diabetológica como propósito fue algo cuyo interés e importancia no se les ocultó a algunos de los enfermos interrogados.

Quiero terminar refiriéndome a los que les decía al principio: la eficacia teórica posible y la eficacia realmente alcanzada en la práctica están en el ámbito de la diabetología muy distanciadas. Yo diría que lo están trágicamente. En

una enfermedad en la que podemos tanto en la práctica los factores sociales, los factores psicológicos por reacciones desadaptadas de los enfermos por factores en fin a cuyo desvelamiento y superación se dirige el intento del que les hemos ofrecido las primicias logramos a veces muy poco. Transformamos en real tan solo una fracción de esa eficacia posible que como todos sabemos es muy grande. Tenemos que perseguir la adquisición de nuevos conocimientos pero sin olvidar remover desde hoy con entusiasmo y con tesón los obstáculos que tantas veces se oponen a los que ya hemos adquirido, a los que ya poseemos. Así aumentaremos la satisfacción afectiva de ayudar a los que solicitan nuestros servicios.

## Resumen

- a) Presentamos la orientación general de un estudio sobre los factores psicológicos y sociales que inciden en la compensación del paciente diabético en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS.
- b) Del mismo modo, aportamos los resultados iniciales de tal estudio, que juzgamos insuficientes para sacar cualquier conclusión pero de un valor fundamental en el desarrollo de esta investigación.