

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DR. CEA HERNANDEZ ARGENIS**

HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 97370210. Teléfono: 5523342792 Fax: No Fax  
Email: argeniscea2004@gmail.com

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99374232. Teléfono: 55506422 Ext 28235. Fax: No Fax  
Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO  
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar  
HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99377278. Teléfono: 55506422 Ext 28235. Fax: No Fax  
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

**DRA. CHAPARRO ANAYA MARÍA ELENA  
ASESOR CLÍNICO**

Médico Familiar. Maestra en Ciencias de la salud. Adscrito a la UMF. 140 IMSS  
Matricula: 99377265 Teléfono: 5518181991 Fax: No Fax  
Email: mariaelenachaparro@yahoo.com.mx

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2018  
NÚMERO DE REGISTRO: 2018-3605-018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# **Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**AUTORES:** Dr. Cea Hernández Argenis <sup>(1)</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto <sup>(2)</sup>, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo <sup>(3)</sup>, Dra. Chaparro Anaya María Elena <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

<sup>(2)</sup> Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

<sup>(3)</sup> Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

<sup>(4)</sup> Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la salud Adscrito a la UMF N. 140 IMSS

## **OBJETIVO.**

Evaluar el Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabientes con Diabetes Tipo 2 que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS.

## **MATERIALES Y METODOS.**

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional. Tamaño de la muestra: 139 pacientes (Intervalo de confianza 95%) Criterios de inclusión: Portadores de Diabetes Tipo 2, que acuden a la consulta externa UMF/HGZ N.8, mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS, sin distinción de sexo, sin distinción de ocupación. Instrumento de medición: Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). Variables: Diabetes Tipo 2, Relación Médico-Paciente.

## **RESULTADOS.**

Se estudiaron 139 pacientes que acudieron a la consulta externa portadores de Diabetes Tipo 2, durante Enero a Julio 2017, con una edad promedio de 67 años, con 60.4% femenino, 80.6% desempleado. Se encontró que 67.6% con un Nivel de relación Médico-Paciente Buena, 14.4% un Nivel de relación Médico-Paciente Regular y 18% un Nivel de relación Médico-Paciente Mala, 56.1% con control glucémico.

## **CONCLUSIONES.**

Se identificó que el Nivel de Relación Médico-Paciente (RMP) más frecuente en los derechohabientes con Diabetes Tipo 2 que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF N. 8 fue bueno, así mismo que el Nivel de RMP no influye de manera significativa en el control glucémico de estos pacientes. Esto debido probablemente a que el nivel de RMP es solo un componente del complejo sistema multidisciplinario para lograr el control del derechohabiente con Diabetes Tipo 2 que debe ser complementado con la educación del paciente sobre su padecimiento.

## **PALABRAS CLAVE.**

Diabetes tipo 2, Relación Médico-Paciente.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**DIRECTOR DE TESIS**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**ASESOR METODOLÓGICO**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

---

**DRA. MARÍA ELENA CHAPARRO ANAYA**  
**ASESOR CLÍNICO**  
MÉDICO FAMILIAR. ADSCRITO A LA UMF. 140 IMSS

**Evaluación del Nivel de Relación  
Médico-Paciente en  
Derechohabiente con Diabetes  
Tipo 2 en el Hospital General de  
Zona con Unidad de Medicina  
Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores  
Izquierdo” del Instituto Mexicano  
del Seguro Social**

## AGRADECIMIENTOS

***“El médico no debe tratar la enfermedad, sino el paciente que sufre de ella.”***  
**MAIMONIDES.**

***A Dios: Por darme todo lo que tengo en esta vida y cuidar de todo lo que más amo en este mundo.***

***A mi Familia: A mi Esposa María Luisa por estar a mi lado y darme todo su apoyo para cumplir una meta más en mi vida. A mis hijos Emmanuel y Diego por la sonrisas y besos que recibía de ellos cada vez que llegaba a casa, a pesar de lo difícil que era para ellos mis ausencias. A mi Madre que con su esfuerzo y trabajo me dio la mejor profesión del mundo.***

***Agradecimiento especial a mis profesores Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por enseñarme este mundo de la investigación y por sus conocimientos para llevar a buen puerto esta Tesis.***

***Agradecimiento a mi asesora de Tesis la Dra. María Elena Chaparro Anaya por sus conocimientos y correcciones; gracias por su tiempo y dedicación.***

***Agradecimiento a todos los Médicos de Base con los que tuve la fortuna de rotar por que aprendí a ver al paciente integralmente, independiente de la especialidad que seas.***

***Gracias a todos mis compañeros de la Residencia por su amistad y apoyo estos 3 años para lograr el objetivo común que todos teníamos.***

***Gracias a todos los pacientes que estos 3 años me proporcionaron de conocimientos y habilidades para aplicarlos de la mejor manera en mis futuros pacientes.***

**GRACIAS**

## INDICE

1. MARCO TEÓRICO	8
2. ANTECEDENTES	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
4. JUSTIFICACIÓN	18
5. OBJETIVO	19
6. HIPÓTESIS	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS	21
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	23
10. POBLACIÓN O UNIVERSO	23
11. MUESTRA	24
12. CRITERIOS	25
13. VARIABLES	26
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	30
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	31
16. MÉTODO DE RECOLECCIÓN	32
17. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	33
18. CRONOGRAMA	34
19. RECURSOS	35
20. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
21. RESULTADOS	37
22. TABLAS Y GRAFICAS	40
23. DISCUSIONES	66
24. CONCLUSIONES	70
25. BIBLIOGRAFÍA	72
26. ANEXOS	75

## MARCO TEORICO

### “DIABETES”

El termino diabetes tiene su origen en la antigua Grecia, originalmente utilizado para referirse al caminar de una persona por el compás que se realiza; en patología se empezó a utilizar en el Siglo I d. de C. para hacer referencia a una enfermedad caracterizada por la poliuria, que fue el primer síntoma conocido de la diabetes; Galeno en el Siglo II d. de C. emplea otro termino dipsacon (que significa sed) por la imperante necesidad de beber que presentan estos pacientes y considera a la dolencia un problema de debilidad de los riñones. Asimismo, había autores que empleaban el término para denominar la expulsión de orina azucarada, descubierta a fines del siglo XVIII, independientemente de su cantidad y composición. Por último, el término se empleaba más propiamente con el significado que recoge la precisa definición que Manuel Hurtado de Mendoza (1840) ofrece en su diccionario: Se designa con este nombre una enfermedad caracterizada por un aumento considerable y alteración manifiesta en la secreción de orina, acompañada de sed viva y enflaquecimiento progresivo<sup>1</sup>.

La diabetes es un trastorno metabólico heterogéneo complejo caracterizado por niveles elevados de glucosa sanguínea, secundaria a la resistencia de la acción de la insulina, la insuficiente secreción de insulina o ambas. La Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Diabetes tipo 2 define lo siguiente: **Diabetes Tipo 2:** Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. **Prediabetes:** Se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados. **Glucosa anormal de ayuno:** Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal ( $\geq 100$ mg/dl); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes ( $<126$  mg/dl). **Glucosa postprandial:** Presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de ingerir el primer bocado ( $\leq 140$  mg/dl). **Intolerancia a la glucosa:** Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal ( $\geq 140$  mg/dl); pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes ( $<200$  mg/dl)<sup>2</sup>.

La diabetes puede clasificarse en las siguientes categorías generales: **1. Diabetes Tipo 1** (debido a la destrucción de las células B, que suele conducir a deficiencia absoluta de insulina). **2. Diabetes Tipo 2** (debido al defecto de secreción insulínica en el fondo de la resistencia a la insulina) **3. Diabetes mellitus gestacional:** (DMG) diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no es una diabetes manifiestamente clara. **4. Tipos específicos de diabetes debido a otras causas:** por ejemplo, síndromes monogénicos de diabetes (como la diabetes neonatal y la diabetes de madurez de los jóvenes [MODY]), las enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y diabetes inducidas por fármacos o drogas (como en el tratamiento del VIH / SIDA o tras el trasplante de órganos)<sup>3</sup>.

La fisiopatología de la diabetes tipo 2 está íntimamente relacionada con la obesidad mórbida. La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimentos ricos en contenido energético que no es aprovechado debido a una baja actividad metabólica y/o sedentarismo, lo que ocasiona almacenamiento y acumulo de tejido graso, lo que provoca una hipersecreción pancreática de insulina debido a los niveles altos de glucosa en sangre, como mecanismo para conservar los niveles glucémicos normales. Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores genéticos, junto con factores de riesgo como la obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, factores hormonales, dieta rica en carbohidratos, sedentarismo<sup>4</sup>.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica, que inicia con prediabetes subdividida en 2 patologías: alteración de la glicemia de ayuno (AGA) con valores de 100-125 mg/dl, y/o intolerancia a la glucosa (IG), con glucemia postprandial de 2 horas  $\geq$  140 mg/dl; estos valores son conocidos como prediabetes; en la mayoría de los casos no provocan síntomas y solo se identifican con la medición de la glucemia capilar como prueba de detección rápida. Al pasar a valores de glucemia de estado diabético a glucemias en ayuno  $\geq$  126 mg/dl o postprandial de 2 horas  $\geq$  de 200 mg/dl, es necesario clasificarla por grado de deterioro de los mecanismos de glucorregulación, manifestados clínicamente con base en la cantidad y función de las células beta. Etapa 1: Resistencia a la Insulina (RI), compensada con aumento de insulina basal y normogluceemia, Etapa 2: Elevación en ayuno 100-125 mg/dl, la elevación señala perdida celular con disminución de la secreción de insulina rápida postprandial con IG o estado diabético postprandial, Etapa 3: Periodo transitorio inestable de descompensación temprana, la glucemia se eleva relativamente rápido y pasa a estado diabético de Etapa 4 con glicemia en ayuno  $\geq$  130 mg/dl y postprandial de  $\geq$  200 mg/dl, esto manifiesta una mayor pérdida celular, Etapa 5: Descompensación severa con profunda reducción de células beta, perdida aguda de peso y fácil progresión a cetosis, similar a diabetes tipo 1<sup>5</sup>.

La etiología de la Diabetes tipo 2 es multifactorial, aunque los factores genéticos juegan un papel importante en el desarrollo de esta patología. Los esfuerzos iniciales se basaron en análisis de ligamiento en familias y estudios de genes candidatos, con resultados modestos. Recientemente, los estudios de identificación génica y de asociación del genoma completo (GWAS por sus siglas en inglés) han identificado con éxito múltiples genes que contribuyen a la susceptibilidad de diabetes tipo 2. Actualmente se han identificado más de 78 loci dentro del riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, y aunque esto representa un gran avance en el área de la medicina, no resultan del todo útiles, ya que hasta ahora solo explican una pequeña cantidad de heredabilidad estimada de diabetes tipo 2 y la utilización de esta información genética aún se encuentra en etapas tempranas<sup>6</sup>.

Las complicaciones de la diabetes se pueden dividir en 2 tipos: microvasculares y macrovasculares. Entre las primeras tenemos a la retinopatía diabética (RD) la cual se encuentra entre las complicaciones crónicas de la diabetes que pueden presentar un curso evolutivo con escasos o ningún síntoma y ponerse de manifiesto si no existe un control oftalmológico previo, con algún evento que comprometa la visión<sup>7</sup>.

La membrana basal engrosada y la hipertrofia de la matriz extravascular son características comunes de las complicaciones microvasculares de la diabetes y son consecuencia de los productos de la glicación avanzada, los cuales, a su vez, son resultado de la reacción entre proteínas con un grupo amino libre y carbohidratos, es decir, la glicooxidación. Estos productos se forman y se acumulan en los tejidos de manera fisiológica durante el envejecimiento, pero existen implicados también en el engrosamiento de la membrana basal, ya que reducen la susceptibilidad de las proteínas de la matriz a la degradación proteolítica y dan con ello cambios estructurales que alteran la permeabilidad selectiva de la membrana basal ocasionando retinopatía diabética y edema macular<sup>8</sup>.

La nefropatía diabética es una de las causas más importantes de enfermedad renal crónica en México, la capacidad de predecir qué paciente con diabetes progresará a una enfermedad renal crónica permitiría tratamientos con terapias más agresivas. La microalbuminuria se considera un marcador precoz de lesión glomerular en pacientes con diabetes, pero aún se tiene que determinar si las pruebas de marcadores de lesión tubular también pueden identificar a las personas que están en riesgo de presentar enfermedad renal progresiva<sup>9</sup>.

Existe un 21 % de probabilidad de desarrollar nefropatía en la diabetes tipo 2 en los primeros 20 años de evolución de la enfermedad y cuando se hace evidente clínicamente el promedio de supervivencia es de 7 años para ambos sexos y de 2 años si ya los niveles de creatinina superan la cifra de 176 mmol/l. El mal control metabólico es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar nefropatía diabética medido por la hemoglobina glicosilada, tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2<sup>10</sup>.

En la diabetes, la neuropatía diabética es la complicación con mayor impacto en el área física, psicológica y económica. Su prevalencia es de 8 % en pacientes recién diagnosticados y más de 50 % en pacientes con larga evolución. El dolor asociado a la neuropatía diabética es frecuentemente descrito como ardoroso, tipo pinchazo con aguja, descarga eléctrica, hormigueo, entumecimiento, parestesias, hiperestésias y dolor profundo que típicamente se incrementa por la noche. Esto se origina principalmente por la disfunción de los nervios periféricos. La neuropatía diabética afecta diversos aspectos de la vida del paciente, como el humor, la autoestima, las relaciones interpersonales, la movilidad, la independencia y la capacidad para trabajar, lo cual ocasiona trastornos en el sueño, depresión y ansiedad que se reflejan en la disminución de las funciones físicas, emocionales y cognitivas<sup>11</sup>.

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes asociadas con la diabetes, se estima que aproximadamente del 15 al 25 % de los pacientes con diabetes desarrollan pie diabético durante el curso de su enfermedad; es decir, que seis personas con diabetes tendrán una úlcera a lo largo de su vida. Estudios publicados han demostrado que esto ocurre principalmente en los hombres y está relacionado con el resultado de un control glucémico inadecuado prolongado de la diabetes<sup>12</sup>.

El pie del paciente con diabetes incluye una serie de síntomas atribuidos a la pérdida de la sensibilidad por neuropatía sensitiva y la alteración en los puntos de presión a causa de la neuropatía motora, la disfunción autonómica y la disminución del flujo sanguíneo por enfermedad vascular periférica que dan lugar a la aparición de lesiones y úlceras asociadas con traumatismos que pasan desapercibidos. Esta situación tiene como consecuencia un riesgo de amputación de la extremidad afectada<sup>13</sup>.

La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en la diabetes tipo 2, y esta a su vez es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que los pacientes con diabetes tipo 2 frecuentemente tiene comorbilidades que pueden intensificar el riesgo cardiovascular como son la obesidad, hipertensión arterial y la dislipidemia, entre otras<sup>14</sup>.

El estilo de la alimentación en la dieta del mexicano ha variado en las últimas 5 décadas, definida por 3 patrones alimentarios: el tipo 1 está constituido con un promedio de 2495 Kcal/día, el tipo 2 con un promedio de 3014 Kcal/día lo que representó un aumento de 500 Kcal/día, y el tipo 3 está conformado en promedio de 3132 Kcal/día; estos patrones demostraron un aumento sustancial en los carbohidratos y los azúcares principalmente, pasando de un 11% a más del doble entre el patrón 1 al 3, esto sin duda ha contribuido a que en México la obesidad sea ya una epidemia en nuestro país y por consiguiente esté relacionado con la diabetes<sup>15</sup>.

Esto sin duda nos arroja en el panorama actual que la diabetes está emergiendo con mayor rapidez que cualquier otra enfermedad. En el año 2003 se reportaron 194 millones de diabéticos en el planeta; se destacó como la cuarta causa de muerte con 3 millones de defunciones atribuibles a ella. Para el año 2025 se prevé un incremento hasta alcanzar los 333 millones, afectando así al 6,5% de la población mundial. Cada año debutan con la enfermedad 7 millones de personas y cada 10 segundos alguien muere por esta causa. Este problema de salud es común en los países desarrollados y en vías de desarrollo, no presenta diferencias entre las razas y está íntimamente relacionado con los estilos de vida que ha impuesto la vida moderna. La Diabetes tipo 2 representa el 90% del total de diabéticos y el diagnóstico de la misma es tardío entre el 30-50% de personas. La prevalencia mundial de la Diabetes es alta, oscila entre 2 y 5%, aunque otros autores la estiman entre 5 y 10% en la población mayor de 30 años. Se calcula que en el Continente Americano se encuentra el 25% de los casos de Diabetes del mundo, con 13 millones de personas en América Latina y el Caribe y 15 millones entre Estados Unidos y Canadá. Se prevé que esta cifra aumentará alrededor del 45% entre los próximos 10 a 15 años y que América Latina y el Caribe superarán a Estados Unidos y Canadá de forma que el número de casos será de 40 millones en conjunto para estas zonas, elemento que reafirma la gravedad del problema<sup>16</sup>.

La diabetes tipo 2 es la principal causa de mortalidad e incapacidad prematura en México. En México esta enfermedad ha sido diagnosticada en 6.4 millones de personas. La prevalencia de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2% de acuerdo con el ENSANUT 2012. Es bien sabido que existe una relación directa entre la incidencia de complicaciones microvasculares y el inadecuado control glucémico. Del mismo modo, se ha demostrado que la mejor oportunidad de reducir estas complicaciones se presenta en los primeros años de diagnóstico de la enfermedad. La atención en el primer nivel representa la mejor oportunidad de tener un impacto real sobre la evolución natural de la enfermedad. En México la mayoría de los pacientes con diabetes se encuentran fuera de las metas de tratamiento. Esta enorme proporción de pacientes con ausencia de control demuestra tanto la responsabilidad de los pacientes como el gran reto que tiene el sistema de salud para lograr que la calidad de la atención médica favorezca el apego, con el fin de evitar el desarrollo de complicaciones y, de esta manera, poder disminuir la carga económica del sistema de salud y las familias<sup>17</sup>.

En cuanto al tratamiento este podríamos dividirlo en no farmacológico y farmacológico, dentro del primero el ejercicio juega un papel importante en el control glucémico de la diabetes tipo 2. El ejercicio mejora la sensibilidad a la insulina, debido sobre todo a la pérdida de peso progresiva, pero también a otros mecanismos que no se conocen bien, pero que parecen relacionados con cambios intracelulares, como el paso de transportadores de glucosa hacia la periferia de las células. También mejora la utilización periférica de glucosa, lo que favorece su almacenamiento en forma de glucógeno. Los adultos con diabetes deben realizar al menos 150 min / semana actividad física aeróbica de moderada intensidad, repartidas en al menos 3 días / semana<sup>18</sup>.

La adherencia terapéutica es un componente importante de la atención en salud y para los pacientes con Diabetes tipo 2 es un factor determinante en el control metabólico. Se han descrito múltiples factores que pueden afectar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas tales como la diabetes, algunos de ellos están relacionados con el propio paciente, como la edad, sexo, escolaridad, dieta, actividad física y el conocimiento acerca de su enfermedad; otros en cambio, se asocian con la interacción profesional de la Relación Médico-Paciente (RMP), en términos del tipo de información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico y la motivación para el cumplimiento de metas terapéuticas<sup>19</sup>.

Los pilares del tratamiento de la Diabetes tipo 2 son: cambio en el estilo de vida y los fármacos, más control de los factores de riesgo vascular. Se considera necesaria la intervención simultánea, precoz e intensa sobre la hiperglucemia y todos los factores de riesgo cardiovascular: dislipidemia, hipertensión y tabaco. La pérdida de peso, con dieta hipocalórica, baja en grasas saturadas, hidratos de carbono simples de fácil absorción y sal, y con aumento del ejercicio físico, tiene una gran importancia en el control y evolución de la hiperglucemia, pero para su adecuado control es necesaria la administración de fármacos hipoglucemiantes<sup>20</sup>.

La ADA (American Diabetes Association) mantiene las recomendaciones glucémicas de control siguientes: 1) Hemoglobina glicosilada menor de 7%, 2) glucosa capilar preprandial 70-130 mg/dl y 3) glucosa postprandial máxima menor a 180 mg/dl. El objetivo del 7% de HbA1C puede reducirse más en pacientes de reciente diagnóstico sin complicaciones conocidas y con larga esperanza de vida, y ser menos estrictos en pacientes con complicaciones vasculares y muy evolucionados<sup>21</sup>.

No existe una terapia nutricional o plan de comidas que funcione universalmente para todas las personas con diabetes. Con el fin de tener una terapia nutricional eficaz esta debe ser individualizada en función de cada persona teniendo en cuenta factores personales, culturales, preferencias, así como el acceso y disponibilidad de los alimentos; así mismo es necesario orientara al paciente acerca de su preparación, las cantidades estimadas en porciones: esto ayudara al individuo con diabetes a tener herramientas prácticas para el plan de comida del día a día<sup>22</sup>.

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución<sup>23</sup>.

### **“RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE”**

Dentro de las relaciones humanas, la Relación Médico-Paciente-Familia es un arte compleja y difícil de dominar, es la piedra angular en la atención médica, que tiene miradas diferentes por diversas causas desde el punto de vista del médico, el paciente y la familia, que pueden interferir en una buena relación de inter pares; el interés final de ambos es común, ofrecer y recibir respectivamente una atención de salud adecuada<sup>24</sup>.

Ahora bien, el elemento fundamental para una buena relación es la confianza, y este primer paso lo iniciaba el paciente al escoger a su médico para confiarle su bien más preciado: su salud. El paciente contaba con que su enfermedad y algunos aspectos de ella permanecerían sólo en el conocimiento de él y de su médico. El médico dependía en un grado mucho mayor que ahora de su habilidad para acercarse al paciente, el diagnóstico se establecía con los datos que éste proporcionaba y en los signos de enfermedad que pudiera recoger por su exploración. Los análisis y pruebas de gabinete se solicitaban para corroborar diagnósticos o para ratificarlos. Debemos aceptar que en la medicina actual sea institucional o privada hay elementos que no estimulan la confianza. En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral<sup>25</sup>.

Se ha presentado la Relación Médico-Paciente como el encuentro de dos confianzas o también como el encuentro de una conciencia y una confianza. Una buena Relación Médico-Paciente beneficia al médico porque se realiza como persona y como profesional; al paciente que se siente ayudado y se va a aliviar más rápido; a la sociedad porque la salud de la población es bienestar; a la institución que cumple con un imperativo ético que es trabajar bien, e incluso a las compañías de seguro les evita gastos innecesarios. Llamar consulta a un encuentro de 15 minutos es una mentira que lleva consigo una posibilidad de error mayor que tarde o temprano la empresa ha de cubrir. Si un médico no hace un buen interrogatorio y un buen examen físico, tiene grandes posibilidades de equivocarse y termina pidiendo exámenes innecesarios, formulando lo que no debe. La calidad nunca es un accidente, es siempre resultado de una alta atención, esfuerzo sincero, dirección inteligente y hábil ejecución; representa la sabia elección entre muchas alternativas<sup>26</sup>.

## “Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)”

El estudio de la Relación Médico-Paciente tiene especial importancia por ello se ha evaluado con diversos instrumentos a base de cuestionarios que requieren de herramientas específicas. Van der Fitz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire 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. Así, crearon y validaron el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ)20, que más tarde Mingote et al adaptaron al castellano<sup>27</sup>.

Después de que fue adaptado al castellano por Mingote J. et al. en su versión de 13 preguntas, posteriormente, Martín Fernández J. y cols. lo adaptaron a una 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; 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 = nunca, 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<sup>28,29</sup>.

El PDRQ-9 proporciona a los investigadores una breve medida de los aspectos terapéuticos de la Relación Médico-Paciente en el entorno de atención primaria. Es una valiosa herramienta para fines científicos y prácticos que implica el seguimiento de la Relación Médico-Paciente<sup>30</sup>.

## ANTECEDENTES

En los últimos años ha crecido el interés en la evaluación de la satisfacción con la atención, como una forma de mejorar la calidad de los servicios de salud. Este concepto es definido como la interpretación de los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la atención a la salud, y es considerado un indicador del funcionamiento de las instituciones. En la mayoría de los estudios enfocados a evaluar la satisfacción de los usuarios, de manera consistente se han encontrado altas tasas de satisfacción. No obstante, se ha cuestionado la validez de estos hallazgos debido a la dificultad para explicar la falta de asociación (o correlaciones muy bajas) entre el reporte de satisfacción y las áreas evaluadas. Todo hace suponer que las altas tasas de satisfacción pueden deberse a problemas metodológicos relacionados con los instrumentos de medición, particularmente con la tendencia de respuesta de los sujetos encuestados. Entre los aspectos que se incluyen en los instrumentos de evaluación de la satisfacción se encuentran la interacción del médico con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención, accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico, Lavielle-Sotomayor realizó un estudio descriptivo sobre la satisfacción de la atención a la salud en el Hospital General de México, aplicando entrevistas, donde plasmó la perspectiva del paciente, pero no fue evaluada la Relación Médico-Paciente puramente<sup>31</sup>.

En Chile se llevó a cabo un estudio descriptivo-exploratorio que describió y analizó las relaciones sobre la actual mirada de la RMP, del médico, del paciente y de los alumnos de 6° y 7° año de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad de Chile (PUC). A ellos se les aplicó la encuesta. El cuestionario fue aplicado en el hospital clínico PUC y en el hospital Sótero del Río a médicos y pacientes. La calidad de la RMP fue estimada a través de un cuestionario que agrupó 55 preguntas en 3 dimensiones. Las respuestas a cada pregunta fueron valoradas con una escala tipo Likert de cinco grados que varió entre muy en desacuerdo, en desacuerdo, medianamente en acuerdo, en acuerdo y muy de acuerdo; tuvieron entre 1 y 5 puntos. Dentro de las limitaciones de este estudio, destaca la mayor representación de pacientes hospitalizados (71%), lo cual podría hacer diferencia en la RMP, si se compara con la medicina ambulatoria. Las dimensiones 1 y 2 se refirieron a la evaluación de los conceptos o ideas que los médicos o pacientes tienen de la RMP mientras que la dimensión 3 expresó cinco modelos de RMP<sup>32</sup>.

El estudio de la Relación Médico-Paciente ha sido objeto de investigación de muchas publicaciones del área clínica. Sin embargo, los resultados de la investigación realizada por Haidet et al. muestran que, a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales de la enseñanza, médicos y las instituciones, los estudiantes de los últimos años de medicina tienen más actitudes orientadas al paternalismo en la interacción Médico-Paciente de las esperadas, a pesar de conocer que una interacción centrada en el médico está relacionada con una menor satisfacción y confianza del paciente en la figura del médico. Es por eso que en España en 2005 se realizó un estudio cuyo principal objetivo fue la adaptación del instrumento internacional Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ), que evaluó la calidad de la Relación Médico-Paciente en una muestra española de pacientes de Medicina Interna en condiciones de práctica clínica habitual. Fueron evaluados 188 pacientes de 6 médicos especialistas en Medicina Interna de un Hospital Universitario de Madrid capital. Se recogieron información clínica y sociodemográfica y fue administrada la traducción española del cuestionario PDRQ. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación. Los instrumentos de medida de la Relación Médico-Paciente permiten cuantificar la opinión del paciente en cuanto a la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento seguido. Sin embargo, en la práctica hay una carencia de instrumentos de medida fiables y sensibles centrados en el paciente que evalúen la calidad de la Relación Médico-Paciente. Una de las principales limitaciones del cuestionario es la visión unilateral centrada en el paciente en la Relación Médico-Paciente<sup>33</sup>.

En México en el año 2005 se realizó un estudio cualitativo. Se aplicaron 40 entrevistas a profundidad a pacientes internados en un hospital de tercer nivel. Las categorías de análisis para explorar la percepción del trato entre los informantes fueron las siguientes: actitudes y acciones del personal médico y de enfermería, comunicación efectiva, grado de conocimiento del paciente y/o familiares sobre el diagnóstico, tratamiento clínico, evolución del enfermo. En general, se encontró un alto grado de satisfacción con la atención médica. No obstante, los pacientes hospitalizados percibieron como inadecuado el trato cotidiano (no clínico) del personal médico y de enfermería del hospital, relacionado con la falta de confianza para solicitar información acerca de su padecimiento. El uso excesivo de tecnicismos por parte del prestador de servicios reforzó esta percepción de trato inadecuado<sup>34</sup>.

En el encuentro cara a cara entre el Médico y el Paciente, el primero requiere habilidades interpersonales basadas en principios bioéticos (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia) y profesionales que subyacen en el acto médico como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo. La mirada médica en el ámbito biomédico va acompañada de códigos emocionales, morales y sociales que en conjunto imprimen un carácter peculiar a lo que ahí se construye. La comunicación efectiva requiere que ambas partes comprendan y a su vez se sientan comprendidas, por lo tanto, exige el entendimiento del mensaje y la modulación verbal y no verbal adecuada que propicie la relación. La relación entre el paciente y el médico es un vínculo social extraordinario, donde interactúan códigos de significados que confieren sentido a la experiencia en el plano cognitivo, afectivo, actitudinal y conductual, influidos por el contexto cultural. La propuesta teórico-metodológico pretende sustentar conceptualmente la enseñanza de las habilidades de comunicación que forman parte importante de la relación médico-paciente, utilizando un modelo pedagógico tridimensional: biomédico, emocional e identidad cultural. La primera resalta la influencia directa de la comunicación sobre la fluidez en el interrogatorio para integrar diagnósticos certeros, la consolidación del apego al tratamiento, el manejo de información y asesoramiento para la atención terapéutica y preventiva. Desde otro enfoque, la segunda analiza el involucramiento emocional de los participantes durante la relación, así como el desarrollo de la respuesta empática y la inteligencia emocional. La última encausa la comunicación partiendo de la comprensión de la historia de vida del paciente, a través de las narrativas del padecer que dan el encuadre social, cultural y antropológico, además de permitir conocer la trayectoria y proyecto de vida antes y después de la enfermedad. A partir de este modelo teórico, se desarrollarán estrategias pedagógicas y se diseñará material didáctico para la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación médico-paciente<sup>35</sup>.

Son pocos los estudios en México y Latinoamérica, que han evaluado la Relación Médico-Paciente, solo se encuentran estudios parecidos aplicando diferentes instrumentos, aquí en México, algunos artículos ya referidos en la bibliografía han aplicado el “Patient-Doctor Relationship Questionnaire”, para evaluarla dentro del IMSS en otras unidades con resultados similares, por lo que es importante su aplicación en el Primer Nivel para mejorar la calidad de la Atención en beneficio del paciente y la institución.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2 es una de las principales enfermedades crónicas en nuestra población, con una gran cantidad de complicaciones microvasculares y macrovasculares que hacen que los costos de su tratamiento sean cada vez más elevados, muchos de estos problemas se deben a que el paciente y su familia desconocen su enfermedad, no realiza un cambio de estilo de vida que conlleve nuevos hábitos de dieta y ejercicio, un mal apego al tratamiento; por otra parte el médico muchas veces siente que su paciente no lleva a cabo sus recomendaciones, restándole importancia a sus esfuerzos para elevar la calidad de vida, razón por la que puede mostrar desinterés en el paciente; todo esto conlleva a un desgaste de la Relación Médico - Paciente que es la piedra angular para que este problema no se presente. Por eso es que se plantea la siguiente pregunta a investigar:

**¿Cuál es el Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social?**

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente la diabetes tipo 2 es considerada una pandemia mundial, en muchos países subdesarrollados como México es considerado un problema de salud, el cual ocasiona elevados costos para el sector salud, principalmente para el Instituto Mexicano de Seguro Social quien entre sus derechohabientes concentra una gran cantidad de enfermos por esta patología, ocasionando para el instituto una gran carga no solo de insumos en medicamentos, sino debido a las complicaciones microvasculares y macrovasculares tiene que ocupar una gran parte de su presupuesto a la atención de estas.

La diabetes tipo 2 al igual que en otras entidades requiere de un tratamiento con una perspectiva dinámica, integral, y multidisciplinario, el cual ofrecerá al paciente la oportunidad de prevenir, controlar, limitar el daño y rehabilitarse, para así tener una mejor calidad de vida, no solo para él, sino para su familia, esto indirectamente tendrá repercusiones importantes en los servicios de salud, los cuales verán sin duda una disminución en los gastos destinados a atender las complicaciones derivadas de un mal control metabólico.

Es por eso la importancia de la Relación Médico-Paciente, ya que esta juega un papel fundamental para que el paciente entienda su patología, tenga un adecuado apego al tratamiento, un cambio en el estilo de vida y dieta, así como la participación de todos los integrantes de la familia en favor del paciente, ya que si esta es adecuada, el paciente se sentirá escuchado y valorado por su médico, recíprocamente el medico estará satisfecho que su esfuerzo por el cuidado del paciente y sus recomendaciones rinden fruto y se esforzara cada día por brindarle la mejor información y trato posible en beneficio del paciente; lo cual indirectamente impactara en disminuir las complicaciones de la patología y finalmente los costos para la Institución.

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el Nivel de Relación Médico-Paciente del Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **HIPÓTESIS**

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

### **Hipótesis Nula ( $H_0$ ):**

Los derechohabientes con diabetes tipo 2 que acude a la consulta externa del HGZ/UMF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS no tienen un buen Nivel de Relación Médico-Paciente

### **Hipótesis Alterna ( $H_1$ ):**

Los derechohabientes con diabetes tipo 2 que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS tienen un buen Nivel de Relación Médico-Paciente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

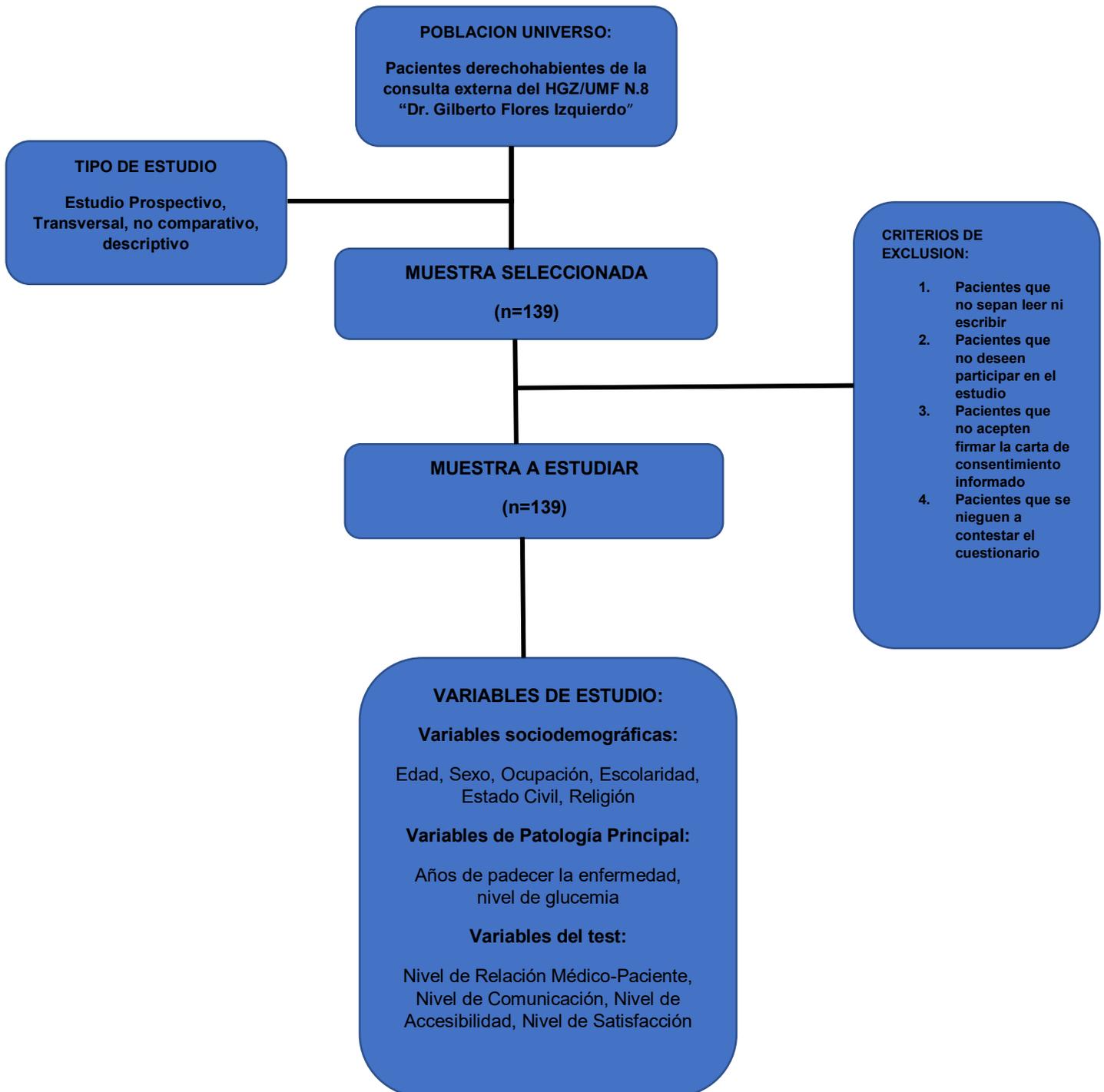
Este es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional

- a) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- b) **TRANSVERSAL:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) **PROSPECTIVO:** Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.
- d) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

### DISEÑO DEL ESTUDIO.

Para la realización del presente estudio, se incluyeron pacientes con Diabetes tipo 2 que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de enero a julio del año 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DR. ARGENIS CEA HERNANDEZ

## UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

**POBLACIÓN O UNIVERSO:** Población urbana, derechohabiente de HGZ/UMF N.8, con diagnóstico de diabetes tipo 2 en tratamiento.

**LUGAR:** La investigación se realizó en la consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, del IMSS en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

**TIEMPO:** Enero- Julio 2017.

## **MUESTRA:**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica requirió una muestra de 139 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

## **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

**N** = Número total de individuos requeridos

**Z alfa** = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

**P** = Proporción esperada

**(1 – P)** = Nivel de confianza del 95%

**W** = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z\alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Pacientes portadores de diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del HGZ/UMF N. 8.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes derechohabientes del IMSS.
4. Pacientes que firmen carta de consentimiento informado.
5. Pacientes que acepten participar en el protocolo de estudio.
6. Pacientes que contesten el 100 % de los ítems del cuestionario.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Pacientes que no sepan leer ni escribir.
2. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
3. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
4. Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes en estado de interdicción.
3. Pacientes que dupliquen respuestas

## VARIABLES DEL ESTUDIO

### **Variables Universales:**

1. Edad
2. Sexo
3. Ocupación
4. Religión
5. Escolaridad
6. Estado civil

### **Variables de la Patología:**

7. Años de portar la enfermedad
8. Nivel de Glucemia

### **Variables del Instrumento de Evaluación:**

9. Nivel de Relación Médico-Paciente (RMP)
10. Nivel de Comunicación
11. Nivel de Satisfacción
12. Nivel de Accesibilidad

## **ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES:**

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Diabetes tipo 2.

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Relación Médico – Paciente

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
<b>Sexo</b>	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.
<b>Ocupación</b>	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
<b>Religión</b>	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.
<b>Escolaridad</b>	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

## VARIABLES DE LA PATOLOGIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
<b>Años de portar la enfermedad</b>	Años transcurridos desde el diagnóstico de Diabetes tipo 2 hasta el momento de aplicación de la encuesta.
<b>Nivel de glucemia</b>	La glucemia es la cantidad de glucosa contenida en la sangre; generalmente se expresa en miligramos por decilitro de sangre. (mg/dl)

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
<b>Relación Médico-Paciente</b>	Definimos relación Médico-Paciente (RPM) como la interacción que se produce entre un agente de salud (médico, equipo de médicos, auxiliares de atención, diagnóstico y tratamiento) y una o varias personas [pacientes] con una necesidad de asistencia [enfermedad o situación que requiere orientación] con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad.
<b>Comunicación</b>	Es el proceso de transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje.
<b>Satisfacción</b>	Es el valor de sentirse bien en medio de alguna situación, y por alguna razón.
<b>Accesibilidad</b>	Cualidad, condición, carácter o atributo de accesible fácil disponibilidad y acceso

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<b>EDAD</b>	CUANTITATIVA	DISCRETA	AÑOS, NUMEROS ENTEROS
<b>RANGO DE EDAD</b>	CUANTITATIVA	CONTINUA	1= 18 – 40 2= 41 – 60 3= > 60
<b>SEXO</b>	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTÓMICA)	1=FEMENINO 2=MASCULINO
<b>OCUPACION</b>	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTÓMICA)	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
<b>RELIGION</b>	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=SI 2=NO
<b>ESCOLARIDAD</b>	CUALITATIVA	ORDINAL	1=PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=BACHILLERATO 4=LICENCIATURA 5=POSGRADO O MAYOR
<b>ESTADO CIVIL</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNION LIBRE

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

### VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<b>AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD</b>	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS. NUMEROS ENTEROS
<b>RANGO DE AÑOS CON LA ENFERMEDAD</b>	CUANTITATIVA	CONTINUA	1=1-5 AÑOS 2=6-10 AÑOS 3=11-20 AÑOS 4= >20 AÑOS
<b>NIVEL DE GLUCEMIA</b>	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONTINUO mg/dl
<b>CONTROL GLUCEMICO DE ACUERDO CON LA ADA 2017</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<b>NIVEL DE RELACION MEDICO-PACIENTE</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MALA (9-27 PTS) 2. REGULAR (28-39PTS) 3. BUENA (40-50 PTS)
<b>NIVEL DE COMUNICACION</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MALA (1 - 11 PTS) 2. REGULAR (12 – 16 PTS) 3. BUENA (17 – 20 PTS)
<b>NIVEL DE SATISFACCION</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MALA (1 - 5 PTS) 2. REGULAR (6 – 8 PTS) 3. BUENA (9 – 10 PTS)
<b>NIVEL DE ACCESIBILIDAD</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MALA (1 – 11 PTS) 2. REGULAR (12 – 16 PTS) 3. BUENA (17 – 20 PTS)

Elaboro: Dr. Cea Hernández Argenis

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculó distribución de las frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de la prevalencia nacional de Diabetes en donde según la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT) la prevalencia es de 9.4%, lo que representa un total de 7 millones de personas con diabetes. Tomando como valor de la proporción esperada ( $p$ ) 0,10 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 95%. La muestra a estudiada fue de 139 pacientes.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (Anexo 1)**

### **«Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 ITEMS (PDRQ-9)**

En la investigación de la atención de la salud, la Relación Médico-Paciente tal como es percibida por el paciente se considera importante. El PDRQ-9 fue desarrollado a partir del Helping Alliance Questionnaire de Luborsky, una escala que mide la alianza terapéutica en psicoterapia. El PDRQ-9 proporciona a los investigadores una breve medida de los aspectos terapéuticos de la Relación Médico-Paciente en el entorno de atención primaria. Es una valiosa herramienta para propósitos científicos y prácticos que implica el monitoreo de la relación médico-paciente. El valor del alfa de Cronbach para esta última versión es de 0.95.

El PDRQ-9 consta de 9 ítems en su versión adaptada y validada, el cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1= nunca y 5=siempre. 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 punto (ver Anexo 1)

Los ITEMS 1,2, 7, y 9, evalúan Accesibilidad, los ITEMS 3, 8 evalúan Satisfacción y finalmente los ITEMS 4, 5, 6, y 7 (este último evalúa accesibilidad también) evalúan Comunicación.

Para la dimensión de Comunicación y Accesibilidad se evaluó de la siguiente manera: 1 a 11 como mala, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación y/o accesibilidad. Para la dimensión de Satisfacción: de 1 a 5 como mal satisfecho, de 6 a 8 regularmente satisfecho, y de 9 a 10 satisfecho.

Haciendo la sumatoria de las 3 dimensiones se pueden obtener los siguientes intervalos de la Relación Médico-Paciente (RMP) =:

9- 27 puntos= mala RMP

28-39 puntos= regular RMP

40-50 puntos= buena RM

## METODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo del investigador del protocolo, Dr. Cea Hernández Argenis, la cual se llevó a cabo en la consulta externa del HGZ/UMF N.8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF N, 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo con los criterios de inclusión) que asistieron a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encontraron en la sala de espera. Se aplicó el cuestionario **Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 ITEMS (PDRQ-9)** a los pacientes seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado. El tiempo para resolver el test fue de 5 minutos. De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas y de la enfermedad (Anexo 2), la recolección se realizó en un tiempo aproximado de 5 minutos. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar posteriormente su análisis y aplicación de una prueba estadística.

## MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

### Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos.
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

### Control de sesgos de selección:

- Se evaluaron cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- La selección de los pacientes fue de manera aleatoria.
- Se utilizaron los mismos criterios cuando se seleccionaron las unidades de estudio.
- Se eligieron los grupos de estudio que son representativos de la población.
- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### Control de sesgos de medición:

- Se utilizó el cuestionario «Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 ITEMS (PDRQ-9), el cual está validado en México con un alfa de Cronbach para esta última versión es de 0.95.

### Control de sesgos de análisis:

- Instrumento de pesquisa.
- Instrumento validado con un alfa de Cronbach 0.95.
- Se corrobora que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verifico que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se verifico que el sujeto no sea ayudado por terceras personas.
- Si existen dudas en alguna palabra del instrumento se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que sería este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Se registró y analizo los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encontraron sin concluir.
- Se fue cauteloso en las interpretaciones de los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S. versión evaluación 22 que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos; además de obtención de variables de tendencia central y de variables de dispersión.



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8  
 COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TITULO DE TESIS:

**Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**2016 – 2017**

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO												
ANTECEDENTES												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA												
OBJETIVOS												
HIPÓTESIS												
PROPÓSITOS												
DISEÑO METODOLÓGICO												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												
CONSIDERACIONES ÉTICAS												
RECURSOS												
BIBLIOGRAFÍA												
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACIÓN												

**2017 – 2018**

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO												
RECOLECCIÓN DE DATOS												
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANÁLISIS DE DATOS												
DESCRIPCIÓN DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO												
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACIÓN												

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

- **RECURSOS HUMANOS:**

Para la realización de la presente tesis se contó con el asesoramiento de tres investigadores (Dr. Gilberto Espinosa Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar y la Dra. Chaparro Anaya María Elena médico adscrito a la UMF N. 140 IMSS), así como con un recolector de datos (Dr. Cea Hernández Argenis).

Así mismo para la realización del análisis estadístico e interpretación de datos se contó con la participación del Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y el Dr. Eduardo Vilchis Chaparro. Adscritos al HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

- **RECURSOS MATERIALES:**

Se utilizó el formato de recolección de datos universales y la hoja del instrumento impreso, copias fotostáticas para reproducir el cuestionario, hojas recolectoras de información, lápices, plumas, computadora HP Notebook con software Windows 10, Microsoft Office 365 con Word 2016 para hojas de texto y Excel 2016 para hojas de cálculo, software SPSS 22 para el análisis estadístico, memoria USB para el almacenamiento de información, impresora marca HP Deskjet 3050, con su respectivo cartucho de tinta negra y tinta de color.

- **RECURSOS FISICOS:**

Instalaciones de la sala de espera de la consulta de medicina familiar de HGZ/UMF N. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

- **RECURSOS FINANCIEROS:**

Los gastos para la realización del estudio fueron financiados por la Dr. Argenis Cea Hernández (Médico Residente de Medicina Familiar).

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis de investigación que se presenta con el título: "Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social" no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial, y se llevó a cabo en base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 las cuales se integran a la carta de consentimiento informado. (VER ANEXO 3)

### **Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.**

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

## RESULTADOS.

Se estudió a 139 pacientes con Diabetes tipo 2 en el HGZ/UMF N. 8. La media de edad fue de 67.22 años con una desviación estándar de 9.9 años, un valor mínimo de 42 años y un valor máximo de 88 años.

En el apartado que nos indica el tiempo de evolución de la enfermedad se observó: como media 13.8 años, una desviación estándar de 10.1 años, valor mínimo de 1 año, valor máximo de 49 años.

Al analizar el valor de glucemia se encontró una media de 141.67 mg/dl, con una desviación estándar de 67.85 mg/dl, un mínimo de 66 mg/dl y un máximo de 563 mg/dl.

Dentro del rango de edad se obtuvo: 35 (25.2%) se encuentra entre 18 y 60 años, 91 (65.4%) entre 61 y 80 años, finalmente 13 (9.4%) mayor de 80 años. (ver tabla y gráfica 1)

En la categoría de sexo se reportó: 84 (60.4%) son del sexo femenino y 55 (39.6 %) son del sexo masculino. (ver tabla y gráfica 2)

Dentro de la sección de ocupación tenemos: 27 (19.4 %) tienen un empleo y 112 (80.6) están desempleados (incluye jubilados, pensionados y desempleados). (ver tabla y gráfica 3)

En el apartado de religión se encontró: 121 (87.1 %) procesan alguna religión y 18 (12.9%) no tienen religión alguna. (ver tabla y gráfico 4)

De acuerdo con escolaridad se observó: 59 (42.4%) con primaria, 27 (19.5 %) secundaria, 31 (22.3%) bachillerato, 20 (14.4) licenciatura y 2 (1.4%) posgrado o mayor. (ver tabla y gráfica 5)

Dentro de la sección estado civil se reportó: 13 (9.4%) soltero(a), 89 (64%) casado(a), 7 (5%) divorciado(a), 26 (18.7%) viudo (a) y 4 (2.9%) en unión libre. (ver tabla y gráfica 6)

En el concepto de rango de tiempo con diabetes tipo 2 se obtuvo: 32 (23%) entre 1-5 años, 34 (24.5%) entre 6-10 años, 46 (33.1%) entre 11-20 años y 27 (19.4%) más de 20 años. (ver tabla y gráfica 7)

En la categoría de si existe control glucémico de acuerdo con los criterios de la (ADA) tenemos: 78 (56.1%) controlados y 61 (43.9%) no controlados. (ver tabla y gráfica 8)

En el apartado del Nivel de Relación Médico-Paciente se reportó: 25 (18%) Mala, 20 (14.4%) Regular y 94 (67.6%) Buena. (ver tabla y gráfica 9)

De acuerdo con el Nivel de Accesibilidad en la RMP se observó: 25 (18%) Mala, 20 (14.4%) Regular y 94 (67.6%) Buena. (ver tabla y gráfica 10)

Dentro de la sección de Nivel de Comunicación en la RMP tenemos: 26 (19%) Mala, 19 (13.7%) Regular y 94 (67.6%) Buena. (ver tabla y gráfica 11)

En el concepto Del Nivel de Satisfacción en la RMP se obtuvo: 17(12.2%) Mala, 10 (7.2%) Regular y 112 (80.6%) Buena. (ver tabla y gráfica 12)

En el bloque de Nivel de RMP contra el Control Glucémico de acuerdo con los criterios de la ADA se obtuvo: Nivel RMP Mala y control glucémico 17 (12.2%), Nivel RMP Malo y descontrol glucémico 8 (5.8%), Nivel RMP Regular y control glucémico 11 (7.9%), Nivel RMP Regular y descontrol glucémico 9 (6.5%) Nivel RMP Buena y control glucémico 50 (36%), Nivel RMP Buena y descontrol glucémico 44 (31.6%). (ver tabla y gráfica 13)

En el apartado de rango de edad y Nivel de RMP se analizó lo siguiente: 18 a 60 años con RMP Mala 2 (1.4%), 18 a 60 años y RMP Regular 7 (5%), 18 a 60 años y RMP Buena 26 (18.7%), 61 a 80 años y RMP Mala 17 (12.2%), 61 a 80 años y RMP Regular 11 (7.9%), 61 a 80 años y RMP Buena 63 (45.3%), > 80 años y RMP Mala 6 (4.4%), > 80 años y RMP Regular 2 (1.5%), > 80 años y RMP Buena 5 (3.6%). (ver tabla y gráfica 14)

En la categoría de sexo y Nivel de RMP se encontró: Femenino y RMP Mala 20 (14.4%), Femenino y RMP Regular 11 (7.9%), Femenino y RMP Buena 53 (38.1%), Masculino y RMP Mala 5 (3.6%), Masculino y RMP Regular 9 (6.5%) y Masculino y RMP Buena 41 (29.5%) (ver tabla y gráfica 15)

En el componente de Religión y Nivel de RMP se observó: Religión y RMP Mala 22 (15.8%), Religión y RMP Regular 17 (12.2%), Religión y RMP Buena 82 (59%), sin Religión y RMP Mala 3 (2.2%), sin Religión y RMP Regular 3 (2.2%) y sin Religión y RMP Buena 12 (8.6%).

(ver tabla y gráfica 16)

En el bloque de escolaridad y Nivel de RMP se obtuvo: Primaria y RMP Mala 12 (8.6%), Primaria y RMP Regular 6 (4.3%), Primaria y RMP Buena 41 (29.5%), Secundaria y RMP Mala 4 (2.9%), Secundaria y RMP Regular 2 (1.4%), Secundaria y RMP Buena 21 (15.1), Bachillerato y RMP Mala 4 (2.9 %), Bachillerato y RMP Regular 6 (4.3%), Bachillerato y RMP Buena 21 (15.1%), Licenciatura y RMP Mala 5 (3.6%), Licenciatura y RMP Regular 5 (3.6%), Licenciatura y RMP Buena 10 (7.3), Posgrado o > y RMP Regular 1 (0.7%) y Posgrado o > y RMP Buena 1 (0.7 %) (ver tabla y gráfica 17)

En el concepto de Estado civil y Nivel de RMP se encontró: Soltero y RMP Mala 4 (2.9%), Soltero y RMP Regular 4 (2.9%), Soltero y RMP Buena 5 (3.6%), Casado y RMP Mala 13 (9.4%), Casado y RMP Regular 11 (7.9%), Casado y RMP Buena 65 (46.7%), Divorciado y RMP Mala 1(0.7%), Divorciado y RMP Regular 1(0.7%), Divorciado y RMP Buena 5 (3.6%), Viudo y RMP Mala 7 (5%), Viudo y RMP Regular 4 (2.9%), Viudo y RMP Buena 15 (10.8%), Unión libre y RMP Buena 4 (2.9%). (ver tabla y gráfica 18)

En la categoría de Tiempo con Diabetes tipo 2 y Nivel de RMP se analizó: 1 a 5 años y RMP Mala 6 (4.3%), 1 a 5 años y RMP Regular 4 (2.9%), 1 a 5 años y RMP Buena 22 (15.8%), 6 a 10 años y RMP Mala 8 (5.8%), 6 a 10 años y RMP Regular 4 (2.9%), 6 a 10 años y RMP Buena 22 (15.8%), 11 a 20 años y RMP Mala 7 (5%), 11 a 20 años y RMP Regular 8 (5.8%), 11 a 20 años y RMP Buena 31(22.3%), > 20 años y RMP Mala 4 (2.9%), > 20 años y RMP Regular 4 (2.9%), > 20 años y RMP Buena 19 (13.6%). (ver tabla y gráfica 19)

En el bloque de Nivel de Accesibilidad y control glucémico se observó: Accesibilidad Mala y control glucémico 17 (12.2%), Accesibilidad Mala y no control glucémico 8 (5.8%), Accesibilidad Regular y control glucémico 11 (7.9%), Accesibilidad Regular y no control glucémico 9 (6.5%), Accesibilidad Buena y control glucémico 50 (36%), Accesibilidad Buena y no control glucémico 44 (31.7%). (ver tabla y gráfico 20)

En el componente de Nivel de Comunicación y control glucémico se encontró: Comunicación Mala y control glucémico 17 (12.2%), Comunicación Mala y no control glucémico 9 (6.5%), Comunicación Regular y control glucémico 12 (8.6%), Comunicación Regular y no control glucémico 7 (5%), Comunicación Buena y control glucémico 49 (35.3%), Comunicación Buena y no control glucémico 45 (32.4%). (ver tabla y gráfico 21)

En el apartado de Nivel de Satisfacción y control glucémico tenemos: Satisfacción Mala y control glucémico 12 (8.6%), Satisfacción Mala y no control glucémico 5 (3.6%), Satisfacción Regular y control glucémico 6 (4.3%), Satisfacción Regular y no control glucémico 4 (2.9%), Satisfacción Buena y control glucémico 60 (43.2%), Satisfacción Buena y no control glucémico 52 (37.4%). (ver tabla y gráfico 22)

En la categoría de Sexo y control glucémico se obtuvo: Femenino y control glucémico 45 (32.4%), Femenino y no control glucémico 39 (28.1%), Masculino y control glucémico 33 (23.7%), Masculino y no control glucémico 22 (15.8%). (ver tabla y gráfica 23)

En el bloque de Escolaridad y control glucémico se analizó: Primaria y control glucémico 33 (23.8%), Primaria y no control glucémico 26 (18.7%), Secundaria y control glucémico 18 (12.9%), Secundaria y no control glucémico 9 (6.5%), Bachillerato y control glucémico 12 (8.6%), Bachillerato y no control glucémico 19 (13.7%), Licenciatura y control glucémico 13 (9.4%), Licenciatura y no control glucémico 7 (5%), Posgrado o > y control glucémico 2 (1.4%). (ver tabla y gráfico 24)

En el componente de Estado civil y control glucémico se encontró: Soltero y control glucémico 8 (5.8%), Soltero y no control glucémico 5 (3.6%), Casado y control glucémico 48 (34.5%), Casado y no control glucémico 41 (29.5%), Divorciado y control glucémico 7 (5%), Viudo y control glucémico 13 (9.4%), Viudo y no control glucémico 13 (9.4%), Unión libre y control glucémico 2 (1.4%), Unión libre y no control glucémico 2 (1.4%). (ver tabla y gráfico 25)

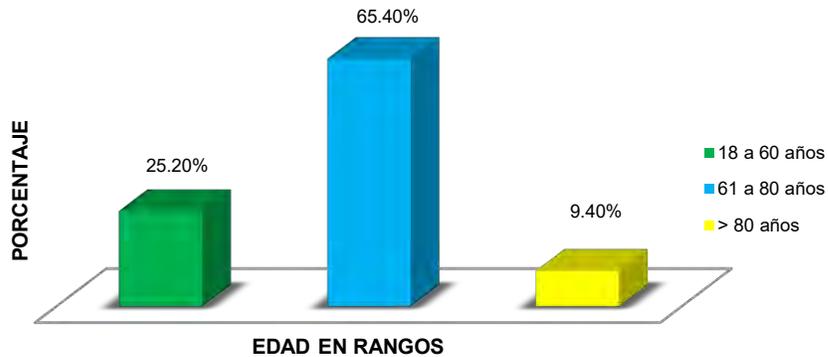
Finalmente en el apartado de tiempo con Diabetes tipo 2 y control glucémico se encontró: 1 a 5 años y control glucémico 25 (18%), 1 a 5 años y no control glucémico 7 (5%), 6 a 10 años 16 (11.5%), 6 a 10 años y no control glucémico 18 (12.9%), 11 a 20 años y control glucémico 24 (17.3%), 11 a 20 años y no control glucémico 22 (15.8%), > 20 años y control glucémico 13 (9.4%), > 20 años y no control glucémico 14 (10.1%). (ver tabla y gráfico 26)

**TABLA 1. RANGO DE EDAD EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

EDAD EN RANGOS (AÑOS)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
18 a 60	35	25.2
61 a 80	91	65.4
> 80	13	9.4
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 1. RANGO DE EDAD EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



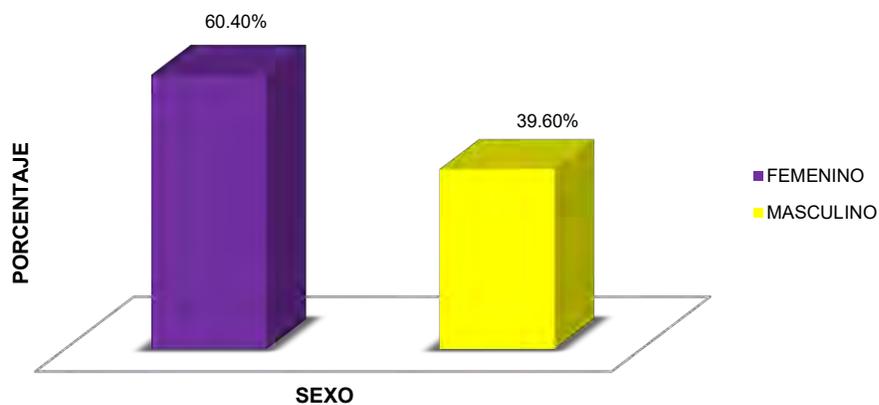
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 2. SEXO DE DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

SEXO	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Femenino	84	60.4
Masculino	55	39.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 2. SEXO DE DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



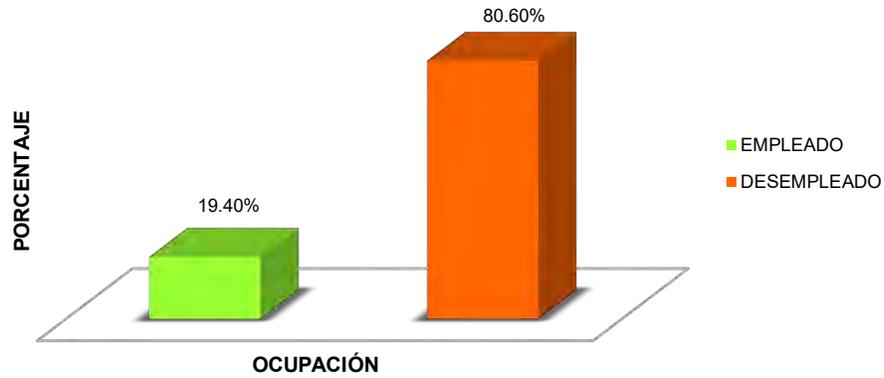
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018-

**TABLA 3. OCUPACIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

OCUPACION	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Empleado	27	19.4
Desempleado	112	80.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 3. OCUPACIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



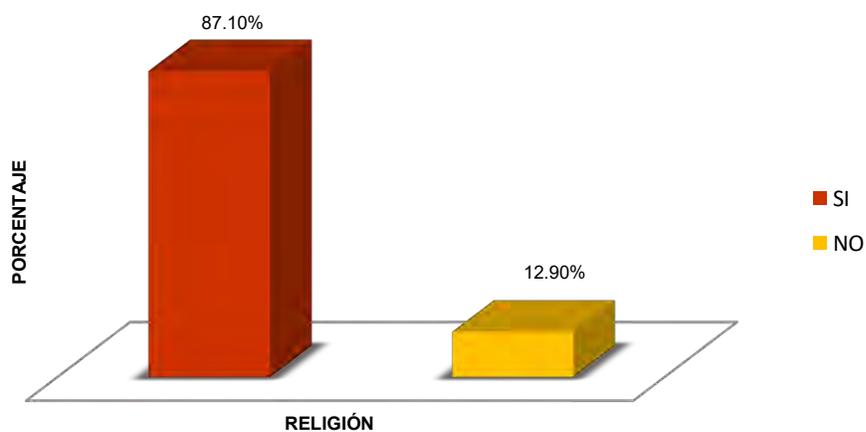
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 4. RELIGIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

RELIGIÓN	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Si	121	87.1
No	18	12.9
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICA 4. RELIGIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



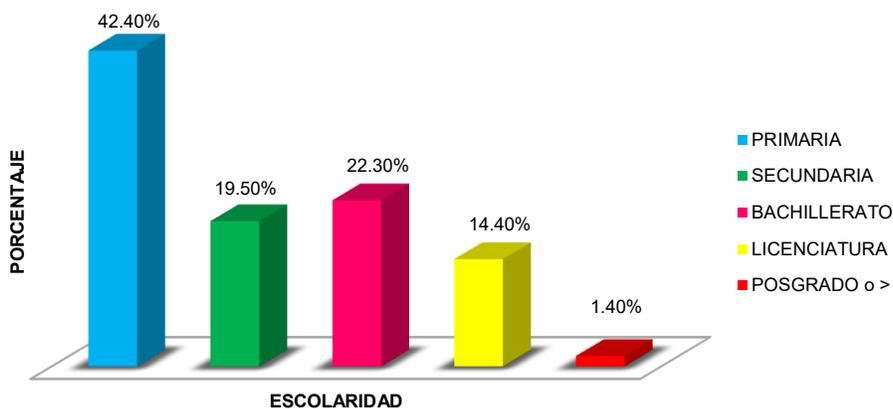
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 5. ESCOLARIDAD DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Primaria	59	42.4
Secundaria	27	19.5
Bachillerato	31	22.3
Licenciatura	20	14.4
Posgrado o >	2	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 5. ESCOLARIDAD DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



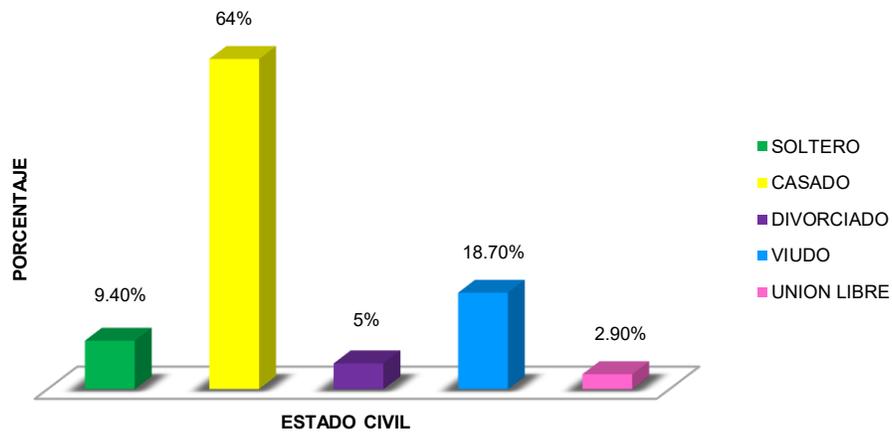
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 6. ESTADO CIVIL DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Soltero(a)	13	9.4
Casado(a)	89	64
Divorciado(a)	7	5
Viudo(a)	26	18.7
Unión Libre	4	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 6. ESTADO CIVIL DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



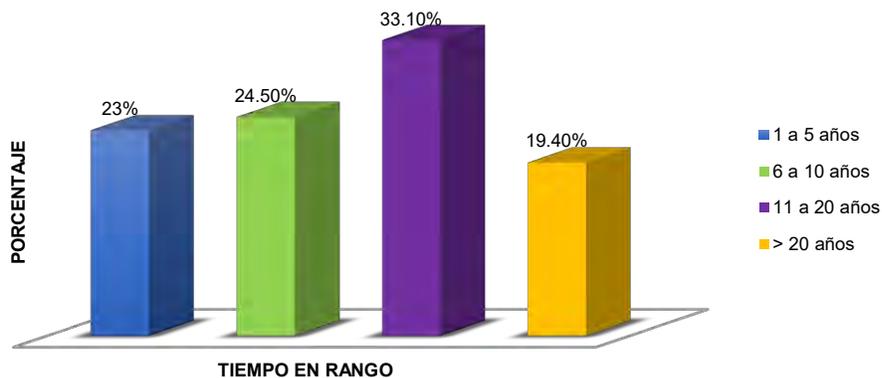
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 7. TIEMPO DE EVOLUCIÓN (RANGO EN AÑOS) DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

TIEMPO (RANGO EN AÑOS)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
1 a 5	32	23
6 a 10	34	24.5
11 a 20	46	33.1
>20	27	19.4
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 7. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



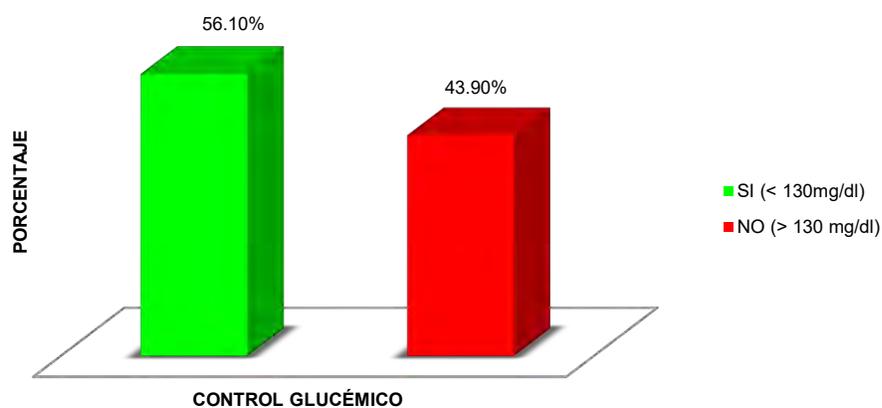
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 8. CONTROL GLUCÉMICO (ADA) EN LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

CONTROL (ADA)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Si (< 130 mg/dl)	78	56.1
No (> 130 mg/dl)	61	43.9
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 8. CONTROL GLUCÉMICO (ADA) EN LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



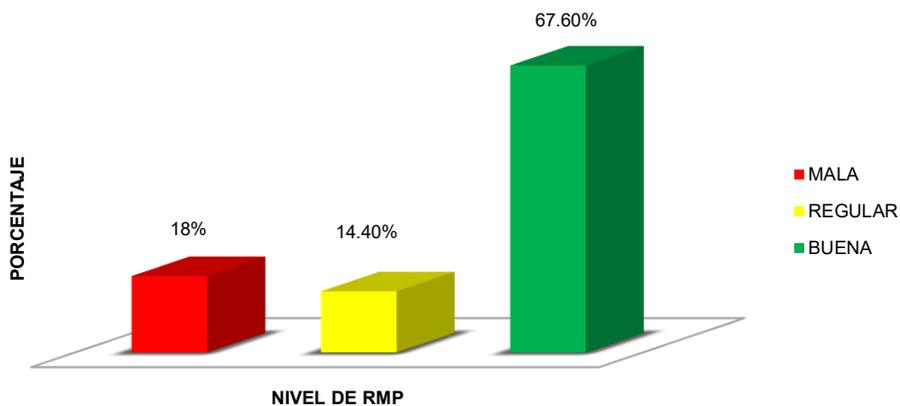
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 9. NIVEL DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

NIVEL RMP	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	25	18
Regular	20	14.4
Buena	94	67.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 9. NIVEL DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) DE LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



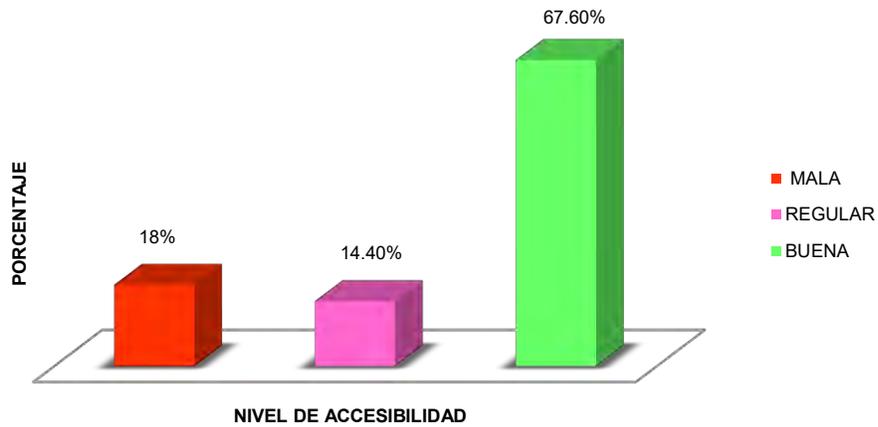
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 10. NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN LA RMP EN LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

NIVEL ACCESIBILIDAD	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	25	18
Regular	20	14.4
Buena	94	67.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 10. NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN LA RMP EN LOS DERECHOHABIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



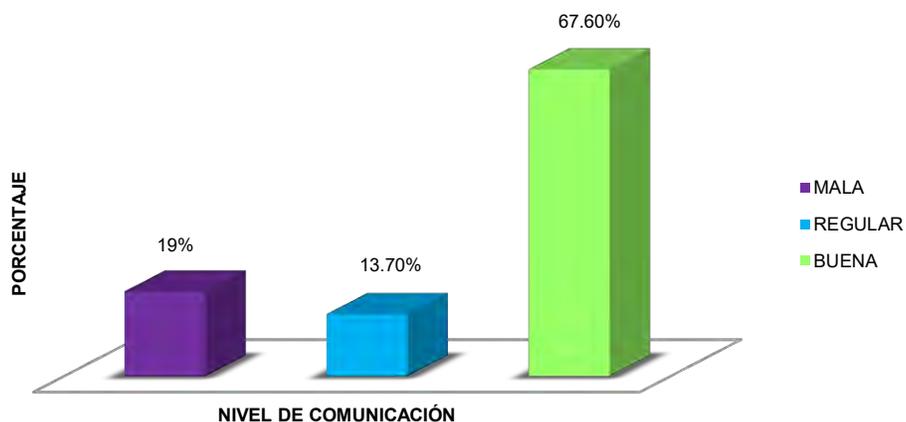
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 11. NIVEL DE COMUNICACIÓN EN LA RMP EN LOS DERECHOHABIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

NIVEL COMUNICACIÓN	FRECUENCIA (N.)	Porcentaje (%)
Mala	26	19
Regular	19	13.7
Buena	94	67.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 11. NIVEL DE COMUNICACIÓN EN LA RMP DEL DERECHOHABIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



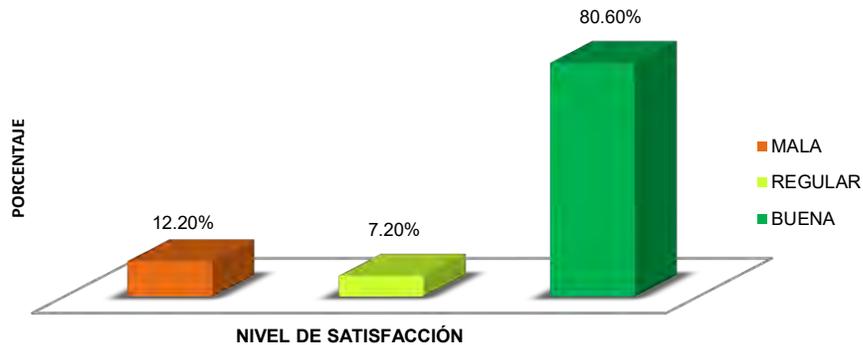
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 12. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA RMP EN LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

NIVEL SATISFACCIÓN	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	17	12.2
Regular	10	7.2
Buena	112	80.6
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 12. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA RMP DEL DERECHOHABIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



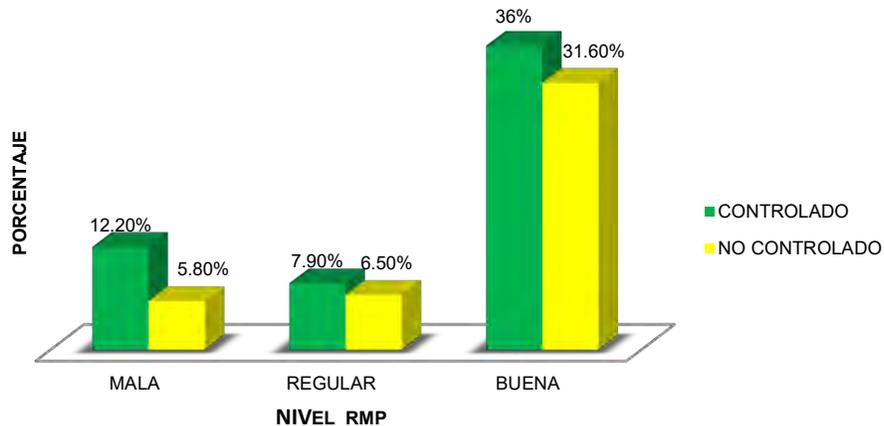
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 13. NIVEL DE RMP Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

NIVEL DE RMP	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	17	12.2	8	5.8	25	18
Regular	11	7.9	9	6.5	20	14.4
Buena	50	36	44	31.6	94	68
TOTAL	78	56.1	61	43.9	139	100

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 13. NIVEL DE RMP Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**



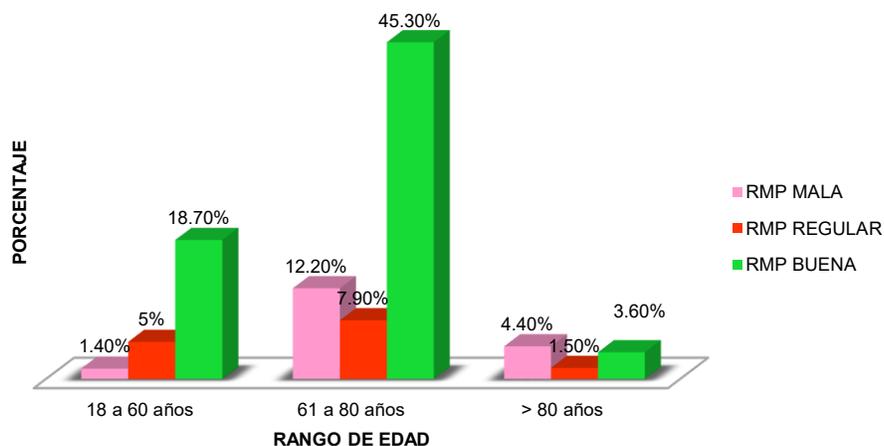
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 14. RANGO DE EDAD Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

RANGO DE EDAD (años)	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
18 a 60	2	1.4	7	5	26	18.7	35	25.1
60 a 80	17	12.2	11	7.9	63	45.3	91	65.4
> 80	6	4.4	2	1.5	5	3.6	13	9.5
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>94</b>	<b>67.6</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 14. RANGO DE EDAD Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

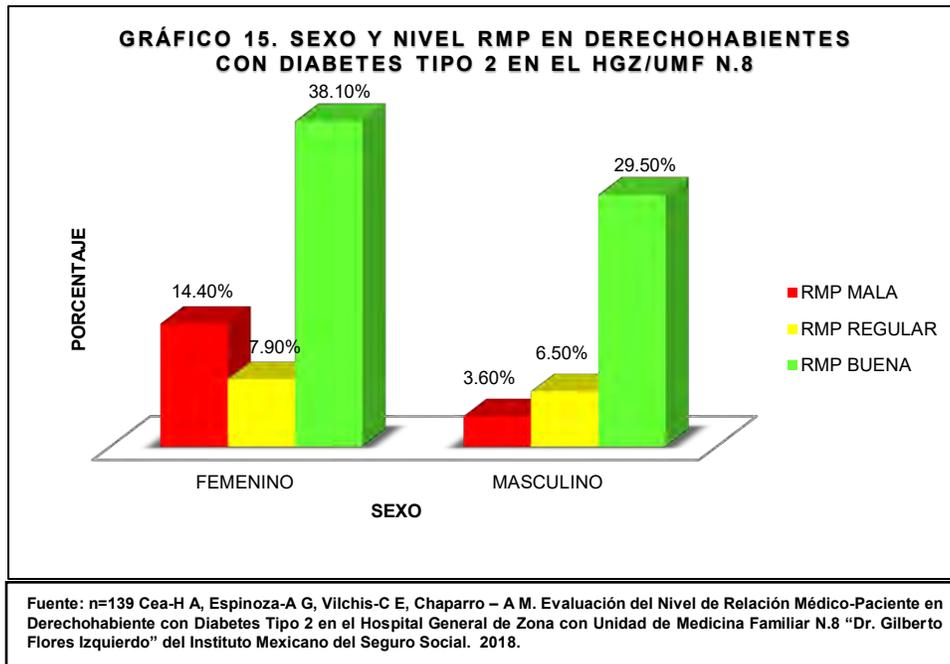


Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 15. SEXO Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

SEXO	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
Femenino	20	14.4	11	7.9	53	38.1	84	60.4
Masculino	5	3.6	9	6.5	41	29.5	55	39.6
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14.4</b>	<b>94</b>	<b>67.6</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

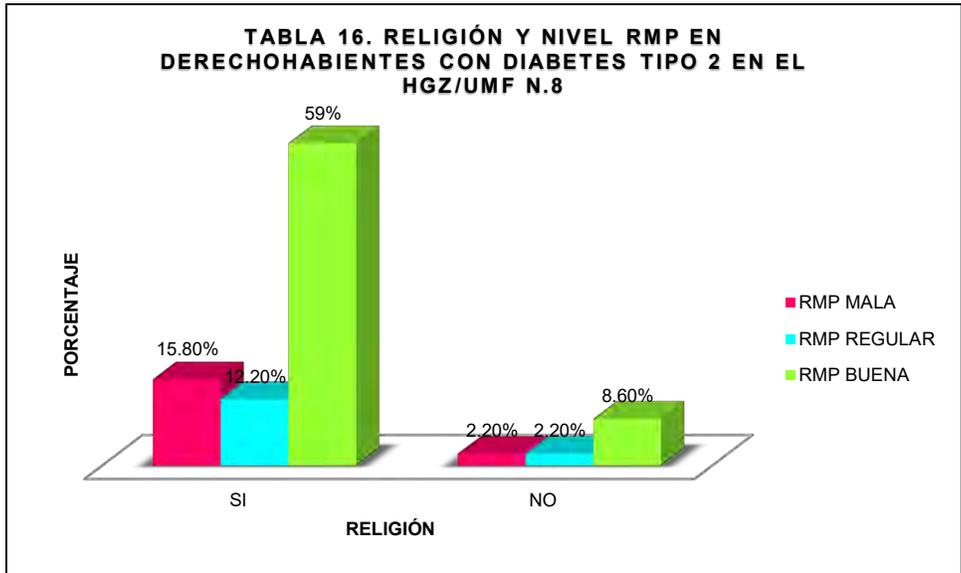
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.



**TABLA 16. RELIGIÓN Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**

SEXO	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
SI	22	15.8	17	12.2	82	59	121	87
NO	3	2.2	3	2.2	12	8.6	18	13
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14.4</b>	<b>94</b>	<b>67.6</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.



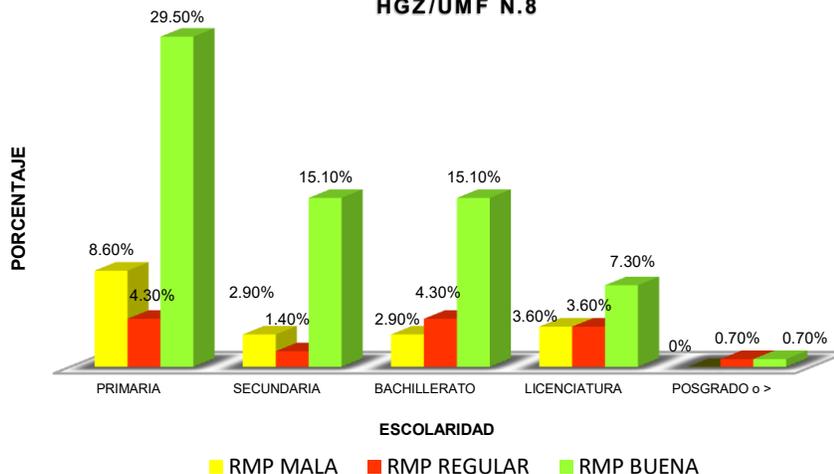
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 17. ESCOLARIDAD Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

ESCOLARIDAD	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
PRIMARIA	12	8.6	6	4.3	41	29.5	59	42.4
SECUNDARIA	4	2.9	2	1.4	21	15.1	27	19.4
BACHILLERATO	4	2.9	6	4.3	21	15.1	31	22.3
LICENCIATURA	5	3.6	5	3.6	10	7.3	20	14.5
POSGRADO ó >	0	0	1	0.7	1	0.7	2	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14.3</b>	<b>94</b>	<b>67.7</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO17. ESCOLARIDAD Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



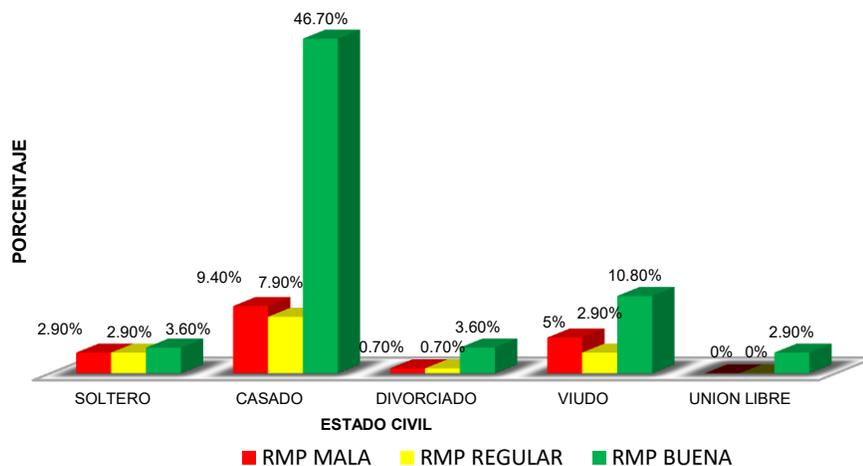
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 18. ESTADO CIVIL Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

ESTADO CIVIL	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
SOLTERO(A)	4	2.9	4	2.9	5	3.6	13	9.4
CASADO(A)	13	9.4	11	7.9	65	46.7	89	64
DIVORCIADO(A)	1	0.7	1	0.7	15	3.6	7	5
VIUDO(A)	7	5	4	2.9	15	10.8	26	18.7
UNION LIBRE	0	0	0	0	4	2.9	4	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14.3</b>	<b>94</b>	<b>67.7</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 18. ESTADO CIVIL Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



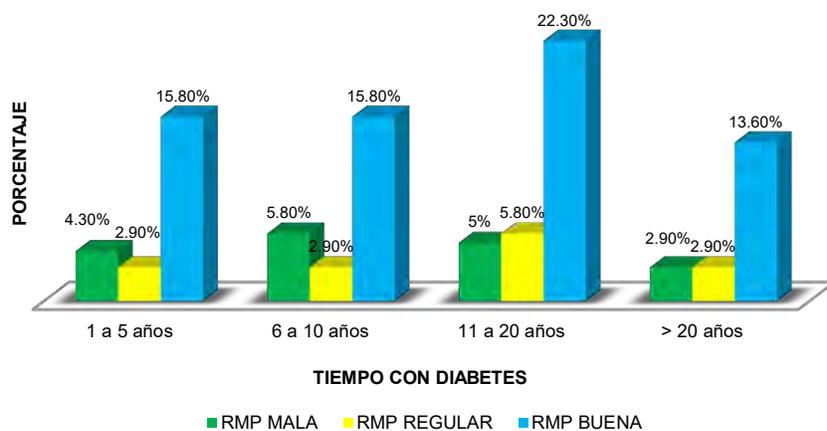
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 19. TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y NIVEL RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

TIEMPO CON DIABETES (RANGO EN AÑOS)	RMP MALA		RMP REGULAR		RMP BUENA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)						
1 a 5 A	6	4.3	4	2.9	22	15.8	32	23
6 a 10	8	5.8	4	2.9	22	15.8	34	24.5
11 a 20	7	5	8	5.8	31	22.3	46	33
>20	74	2.9	4	2.9	19	13.6	27	19.4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>14.3</b>	<b>94</b>	<b>67.7</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 19. TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y RMP EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



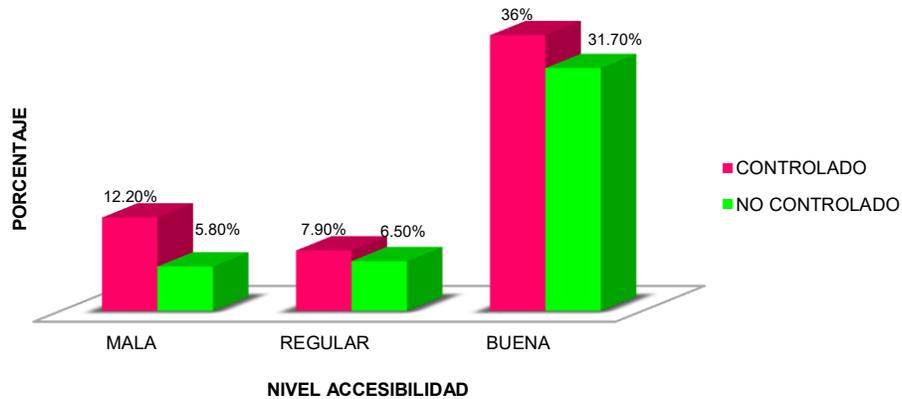
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 20. NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN LA RMP Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

NIVEL DE ACCESIBILIDAD	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	17	12.2	8	5.8	25	18
Regular	11	7.9	9	6.5	20	14.4
Buena	50	36	44	31.6	94	68
TOTAL	78	56.1	61	43.9	139	100

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 20. NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN LA RMP Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



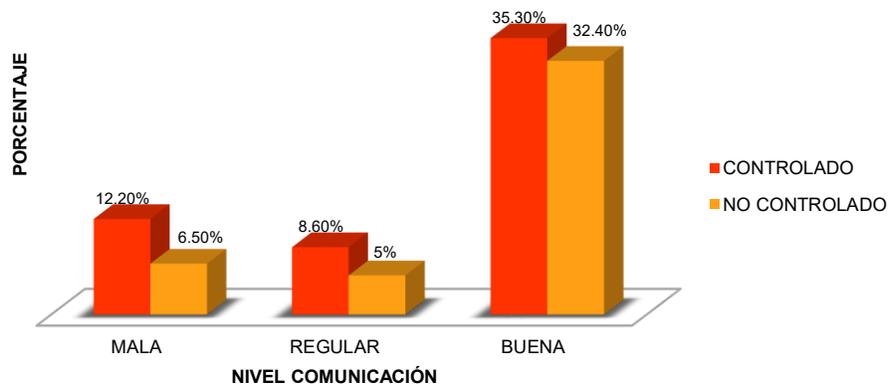
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 21. NIVEL DE COMUNICACIÓN EN LA RMP Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

NIVEL DE COMUNICACIÓN	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	17	12.2	9	6.5	26	18.7
Regular	12	8.6	7	5	19	13.6
Buena	49	35.3	45	32.4	94	67.7
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>56.1</b>	<b>61</b>	<b>43.9</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 21. NIVEL DE COMUNICACIÓN EN LA RMP Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



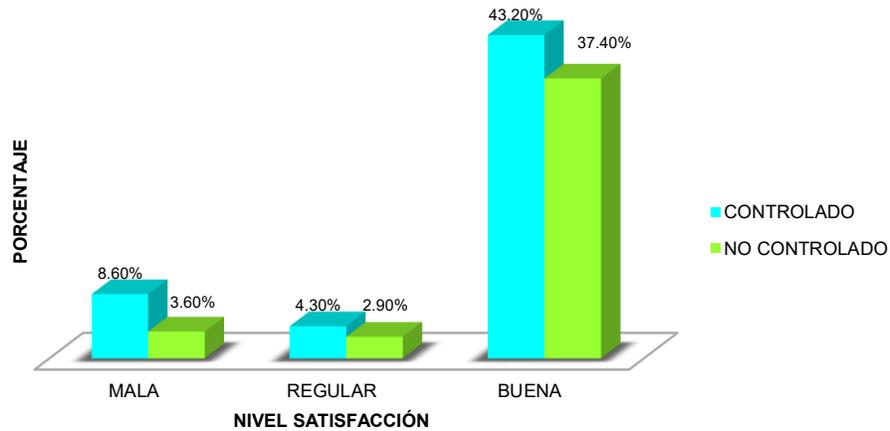
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 22. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA RMP Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

NIVEL DE COMUNICACIÓN	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Mala	12	8.6	5	3.6	17	12.2
Regular	6	4.3	4	2.9	10	7.2
Buena	60	43.2	52	37.4	112	80.6
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>56.1</b>	<b>61</b>	<b>43.9</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 22. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA RMP Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/U MF N.8**



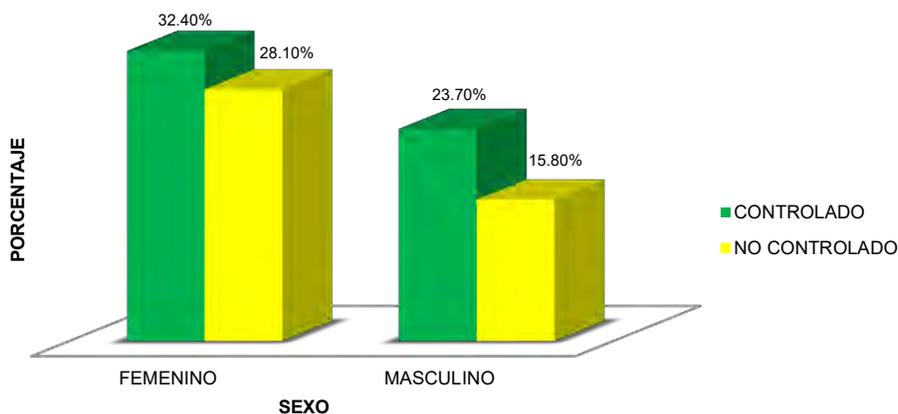
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 23. SEXO Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

SEXO	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
Femenino	45	32.4	39	28.1	84	60.5
Masculino	33	23.7	22	15.8	55	39.5
TOTAL	78	56.1	61	43.9	139	100

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 23. SEXO Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



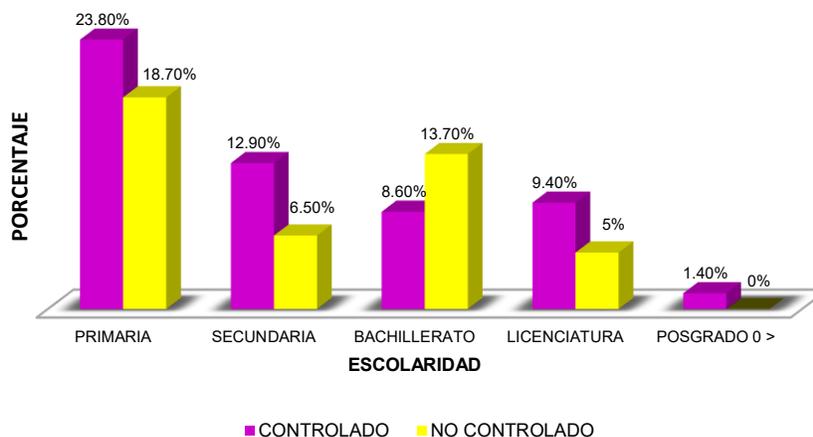
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 24. ESCOLARIDAD Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

ESCOLARIDAD	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA	33	23.8	26	18.7	59	42.5
SECUNDARIA	18	12.9	9	6.5	27	19.4
BACHILLERATO	12	8.6	19	13.7	31	22.3
LICENCIATURA	13	9.4	7	5	20	14.4
POSGRADO o >	2	1.4	0	0	2	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>56.1</b>	<b>61</b>	<b>43.9</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 24. ESCOLARIDAD Y CONTROL GLUCÉMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



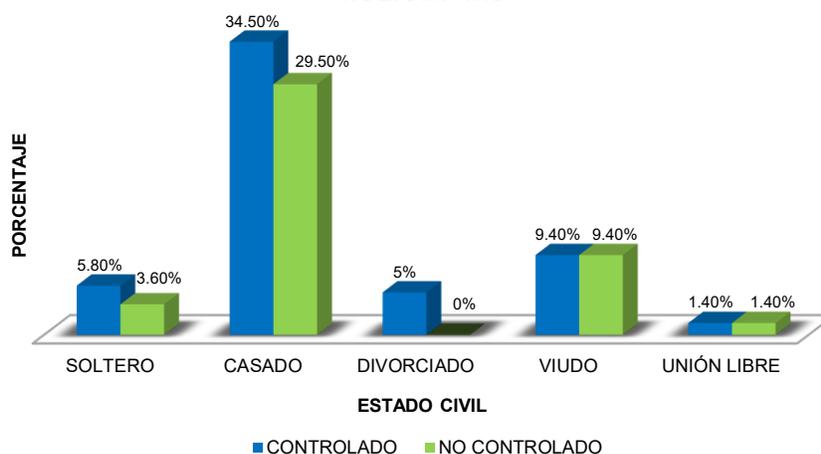
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 25. ESTADO CIVIL Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

ESTADO CIVIL	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
SOLTERO(A)	8	5.8	5	3.6	13	9.4
CASADO(A)	48	34.5	41	29.5	89	64
DIVORCIADO(A)	7	5	0	0	7	5
VIUDO(A)	13	9.4	13	9.4	26	18.8
UNIÓN LIBRE	2	1.4	2	1.4	4	2.8
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>56.1</b>	<b>61</b>	<b>43.9</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 25. ESTADO CIVIL Y CONTROL GLUCÉMICO EN EL DERECHOHABIENTE CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



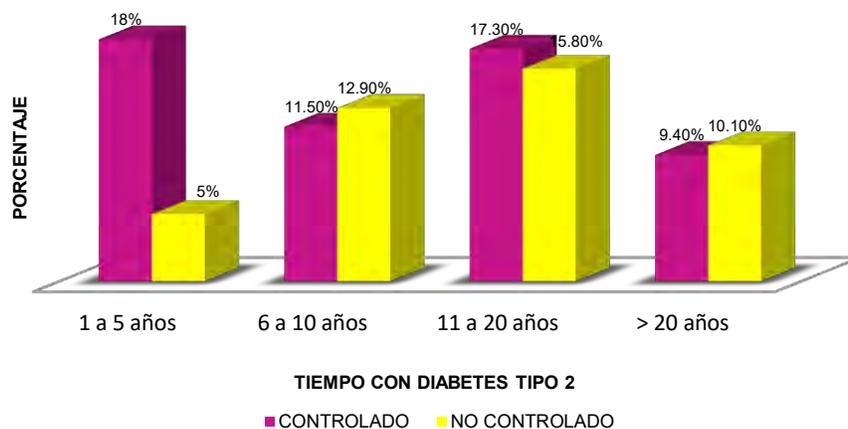
Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro - A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**TABLA 26. TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N. 8**

TIEMPO CON DIABETES (RANGO EN AÑOS)	CONTROLADO (<130 mg/dl)		NO CONTROLADO (>130 mg/dl)		TOTAL	
	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA (N.)	PORCENTAJE (%)
1 a 5	25	18	7	5	32	23
6 a 10	16	11.5	18	12.9	34	24.4
11 a 20	24	17.3	22	15.8	46	33.1
>20	13	9.4	14	10.1	27	19.5
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>56</b>	<b>61</b>	<b>44</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro-A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

**GRÁFICO 26. TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y CONTROL GLÚCEMICO EN DERECHOHABIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF N.8**



Fuente: n=139 Cea-H A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Chaparro – A M. Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

## DISCUSIONES

Existen pocos estudios sobre la Relación Médico-Paciente en población con Diabetes tipo 2, pues a pesar de no ser un tema relativamente nuevo, hay pocos instrumentos de evaluación recién validados para latinoamericana y en particular en México, de ahí la importancia de continuar con esta línea de investigación cada vez más a fondo.

Pinilla A, et al<sup>36</sup> en su estudio “Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético” publicado en 2014 en Colombia en la revista Acta Medica colombiana; en el rubro de escolaridad de sus pacientes se analizó que el 58.9% cursaron la Primaria, 20.5% Secundaria, 12.9% analfabetas. En nuestro estudio se obtuvieron los siguientes resultados 42.4% Primaria, 19.5% Secundaria, 22.3% Bachillerato, 14.4% Licenciatura y 1.4% Posgrado. Como podemos analizar en ambos estudios predominó la escolaridad Primaria, sin embargo, a pesar de la similitud de los resultados no podrían ser consideradas comparables las poblaciones ya que se pudo observar en nuestra población un mayor grado de escolaridad, así como tener el analfabetismo como criterio de exclusión en nuestro estudio por lo que no se podría comparar ese rubro con nuestra población. Por último, podríamos deducir que el grado de escolaridad es un factor importante en la Relación Médico-Paciente.

En su estudio Rivera P. et al<sup>37</sup> “Funcionalidad familiar y control glicémico en adultos diabéticos tipo 2 en una comunidad rural de Tamaulipas, México”, publicado en 2016 en México en la revista Caribeña de Ciencias Sociales; reporto en cuanto al Estado Civil de los pacientes con diabetes 46.2% casados, 17.9% viudos, 12% unión libre y 9.4% Solteros. Nuestro estudio arrojó los siguientes resultados 64% casado, 18.7% viudo, 2.9% unión libre, 9.4% soltero y 5% divorciado. Como podemos analizar ambos estudios son similares en este rubro, a pesar de ser comunidades diferentes en ambos estudios, una rural y la nuestra urbana predominó el estado civil casado, incluso en nuestro estudio fue casi 20 % más frecuente que el ámbito rural, lo que nos indica como aun el estado civil en nuestra sociedad forma parte importante de la familia y por consiguiente formar parte de la red de apoyo que necesitan los pacientes con enfermedades crónicas.

En la publicación de Willrich Böell et al<sup>38</sup> “Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study” publicado en 2016 en Brasil en la revista Latino-americana de Enfermeagem; reporto en su estudio en pacientes con diabetes tipo 2 que 96.7% practicaban alguna religión y 3.3% no practicaban alguna religión como factor asociado al control de su enfermedad crónica. En nuestro estudio obtuvimos un resultado de 87.1% pacientes que practicaban alguna religión y 12.9% no eran practicantes de una religión. Como podemos analizar ambos estudios son similares en ese rubro ya que al ser países latinoamericanos la religión forma importante de su vida y está a la vez en la gran mayoría de los pacientes es vista como una posible red de apoyo para afrontar su enfermedad crónica.

Al Shahrani et al<sup>39</sup> es su estudio “Patient Satisfaction and it's Relation to Diabetic Control in a Primary Care Setting” publicado en 2014 en Arabia Saudita en la revista Journal of Family Medicine and Primary Care; encontró en su estudio que el rango de edad en un 41.5% era entre 45 y 60 años con un promedio 53 años, el 38 % tenía diabetes diagnosticada desde hace más de 10 años. Al analizar nuestro estudio nuestro rango de edad encontramos en un 65.4% era entre 61 y 80 años con un promedio de 67.2 años, el 33.1 % tenía entre 11 y 20 años de evolución con diabetes. Como podemos observar los rangos de edad fueron totalmente diferentes en ambos estudios, mientras en el estudio de Al Shahrani fue predominantemente en población adulta y en nuestra población fue en adultos mayores, esto tal vez se debió a que en nuestra comunidad como lo pudimos constatar en otra de las variables sociodemográficas es una población que es jubilado o pensionado, las cuales tienen más tiempo para asistir a sus controles médicos en comparación que la gente económicamente activa aun con patologías crónicas como la diabetes tipo 2; en cuestión del tiempo con diabetes tipo 2 también hubo discrepancia en el tiempo, ya que mientras en el estudio ya mencionado su promedio fue de 10 años en la nuestra iba de los 11 a 20 años, esto es igualmente explicable por el tipo de población a la cual se le realizó el estudio en nuestra unidad, habría que desarrollar un nuevo protocolo para investigar estos rubros en poblaciones económicamente activas.

Con respecto a la Relación Médico-Paciente en el estudio de Ríos Álvarez et al, “Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2” publicado en 2011 en México en la revista de Endocrinología y Nutrición; los autores obtuvieron que 83.5 % tuvo una Buena Relación Médico-Paciente (RMP), 16,5% Regular RMP; en la variable de sexo 58.1% fue femenino, 41.9% masculino; mientras que los mismo autores en el rubro del control metabólico en diabéticos encontraron en base a la NOM-015-SSA2-1994 “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus” que el 42.6% tuvo Buen control metabólico, 39.5% Regular control metabólico, 27.9% Mal control metabólico. En nuestro estudio nuestros resultados que obtuvimos fueron 67.6% tuvo Buena RMP, 14.4% Regular RMP, 18% Mala RMP; en la variable de sexo se reportó 60.4% femenino, 39.6% masculino, denotando falta de homogeneidad en esa característica; en cuanto al ámbito de control metabólico en nuestro estudio solo se midió glucosa central y se valoró control glucémico de acuerdo con los nuevos criterios de la American Diabetes Association (ADA) obteniendo 56.1% con buen control glucémico y 43.9% mal control glucémico. Como pudimos comparar en el rubro del Nivel de RMP entre ambos estudios hay predominio de un Buena RMP, sin embargo, en nuestro estudio se presentó la Mala RMP y predomino sobre una Regular RMP en comparación con el estudio de Ríos-Álvarez donde no documentaron casos de Mala RMP, lo cual valdría la pena estudiar más adelante como línea de investigación las posibles causas. En la variable del sexo de los participantes en ambos estudios predomino el sexo femenino lo cual cataloga las muestras similares con respecto al sexo, pudiendo ser la causa a que en nuestra sociedad las mujeres son más propensas al autocuidado con respecto a los hombres. Por ultimo nuestro estudio por cuestiones administrativas y económicas solo se midió la glucosa central y se determinó control glucémico de acuerdo a los nuevos criterios de la ADA en comparación del otro estudio donde valoraron control metabólico con diversas determinaciones; por lo cual solo se puede decir que son similares debido a que una Buena RMP no garantiza un buen control metabólico o glucémico, sino que esta variable es independiente y su control dependerá no solo de la RMP sino de un equipo y tratamiento multidisciplinario aunado a la educación en diabetes para nuestro paciente.

En su estudio Azcarate et al<sup>40</sup> titulado “Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica” publicado en 2014 en México en la revista Atención Familiar; se reportó la siguiente información aplicando el PDRQ-9 respecto a los 3 elementos evaluados en la escala: 54% con Buena comunicación, 28% Regular comunicación, 18% Mala comunicación, 60 % Buena accesibilidad, 26% Regular accesibilidad, 14% Mala accesibilidad, 53 % Buena satisfacción, 27% Regular Satisfacción y 20% Mala satisfacción. En nuestro estudio se encontró: 67.6% con Buena comunicación, 13.7% Regular comunicación, 19% Mala comunicación, 67.6% Buena accesibilidad, 14.4%, Regular accesibilidad, 18% Mala accesibilidad, 80.6% Buena satisfacción, 7.2% Regular satisfacción y 12.2 % Mala satisfacción. En nuestro estudio se encontró similitudes en el predominio del Nivel de Buena comunicación, accesibilidad y satisfacción, sin embargo, hubo diferencia entre el Nivel Regular y Malo predominando en el nuestro el Nivel Malo sobre el Nivel Regular, aunque en porcentajes similares en el nivel Malo en ambos estudios, observándose ganancia de puntos porcentuales en el Nivel Bueno y perdiendo en el nivel Regular lo que ocasiono que el Nivel Malo superara al Nivel Regular en nuestro estudio, lo que puede deberse a que en nuestra población una gran mayoría contesto de manera dicotómica y no existió el intermedio.

Un alcance del presente estudio fue que se logró identificar que el Nivel de Relación Médico-Paciente en derechohabientes con Diabetes tipo 2 a pesar de lo complicado de la medicina a nivel institucional en estos tiempos sigue siendo en su gran mayoría Buena, al menos en lo que se refiere atención primaria o primer contacto, ya que esta relación se hace más sólida al estar pendiente uno del otro al menos 1 vez al mes, lo que a veces en segundo o tercer nivel en otras especialidades es muy difícil lograr por la nula comunicación o interés que guardan ambas partes resultado de solo 1 o 2 visitas al año y en muchas ocasiones con mucho menor tiempo disponible para interrelacionarse.

El diseño que se aplicó no es experimental, se limitó solo a establecer frecuencias y porcentajes de presentación, no la relación causa – efecto, sin embargo, al conocer estos datos se puede tener oportunidad de influir en aquellos aspectos en los que se pueda mejorar para el aumento del Nivel de la Relación Médico-Paciente.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra que solo se centró en derechohabientes con diabetes tipo 2 que acudieron a la consulta externa del HGZ/UMF No.8, con limitación en cuanto a recursos económicos y administrativos para una mejor valoración en la cuestión metabólica, ya que a pesar de contar con niveles de glucosa central en nuestro estudio, hubiera sido de mayor impacto determinar el control metabólico con la toma de Perfil de lípidos, Hemoglobina glicosilada, peso, talla, signos vitales, así como valoración oftalmológica, por lo que futuras investigaciones deberán realizar este tipo de estudios no solo en poblaciones específicas sino al derechohabiente en general en los tres niveles de atención para poder ser extrapoladas a otros centros hospitalarios.

A pesar de haber realizado maniobras para evitar sesgos, una situación que posiblemente contribuyó a influir en los resultados en algunos casos fue el hecho de que en algunos derechohabientes a veces existía confusión acerca de que Médico debía evaluar, ya que hubo pacientes que no cuentan con médico familiar designado por más de 1 año, o incluso el hecho de la poca tolerancia en el sistema de citas, que cancelaba esta 1 minuto después de su hora y eran enviados al sistema de Unifila, lo que pudo haber condicionado las malas evaluaciones en algunos casos por el estrés ya generado en el paciente que este cambio representaba.

El presente estudio desde el punto de vista asistencial resulta de gran relevancia en medicina familiar, ya que la especialidad es por si misma el gran pilar de la medicina en la atención primaria, la cual representa es eslabón más importante para tener una sociedad más saludable y con esto poder llevar a cabo acciones preventivas, que resulten en beneficio no solo al paciente sino a ambas parte de la Relación Médico-Paciente, ya que el llevar una relación de Nivel Bueno no nos garantiza un buen control o curarlo, pero si podrá acercarnos más al paciente y a su familia y acompañarlo de la mejor manera en el proceso salud-enfermedad.

En el aspecto educativo el tema contribuirá a que cada día se tome más en cuenta como algo prioritario desde su enseñanza a nivel pregrado; hacer conciencia que la Relación Médico-Paciente es parte fundamental de los conocimientos básicos que todo médico debería saber para dar un tratamiento integral y oportuno a la población, el hacer conciencia que los conocimientos sobre alguna asignatura médica no serán de gran ayuda sino los combinamos con este aspecto desde hace años olvidado.

En el área de investigación es muy importante porque al haber pocos estudios sobre el tema, podrá servir de guía para que cada vez sean más las líneas de investigación referentes al tema y se disponga de más bibliografía, que ayude a entender mejor cada día esta compleja relación que forman médicos y pacientes, que no sea u tema aislado y que cada día se le dé la importancia que inconscientemente se ha dejado de darle.

En el rubro administrativo ayudara no solo a la institución de salud en disminuir no solo recursos económicos, físicos o humanos, sino darse cuenta de la gran oportunidad que tienen en mejorar a la sociedad destinando más recursos a su investigación y evaluación; el darse cuenta de que una relación Médico-Paciente es parte fundamental de la salud y dejarlo de ver como simples estadísticas que hay que cumplir como sea; que sería preferible cumplirlas con calidad.

## CONCLUSIONES

La Diabetes Tipo 2 es una enfermedad crónica que conlleva a una gran cantidad de complicaciones microvasculares y macrovasculares, las cuales a través de los años de llevar a cuesta terminan cobrando factura en la salud del paciente; acabando cada día con más gente en su etapa productiva y en otros impidiendo llevar su vejez de manera digna por las complicaciones y secuelas que esta conlleva; es por eso la importancia de tener un control multidisciplinario en aquellos pacientes que ya la padecen y aún más importante prevenir su aparición en quienes tienen riesgo de padecerla, para esto una parte fundamental de este sistema multidisciplinario es el médico, que deberá estar en contacto con el paciente a lo largo de su proceso salud enfermedad y que mejor si este lo lleva de la mejor manera con una Relación Médico-Paciente adecuada.

La diabetes tipo 2 es ya considerada un pandemia, México no escapa de ella, y es alarmante como cada vez más gente es diagnosticada con esta patología, pero debería ser más preocupante el saber que a pesar de tener los conocimientos científicos sobre ella, esos conocimientos no sean aplicados de la manera correcta por falta de interés del médico en el paciente o aun pero que el paciente no sienta confianza en su médico y vea a este como autoritario, intolerante, que no le interesa su sentir, sus temores; es por ello que el estudio de la Relación Médico-Paciente es de gran importancia en ese sistema multidisciplinario que requiere el enfermo y más en padecimientos crónicos.

El estudio de la Relación Médico-Paciente va más allá en saber que existe para muchos autores 4 tipos: Paternalista, Dominante, Responsabilidad compartida, Mecanicista, ni saber cuál es mejor sobre otra; es saber cultivar en cada consulta la confianza del paciente hacia el médico y del médico al paciente para que esta relación funcione.

Es escalofriante a su vez el darnos cuenta también que una Relación Médico-Paciente no significa el solo tener empatía mutua, el ser amigos, o simplemente que alguna de las dos partes sea dócil con la otra, ya que está Relación mal llevada y enfocada lejos de beneficiar a ambos, terminara perjudicándolos; cómo podemos darnos cuenta en los pocos estudios de los cuales tenemos conocimiento y acceso , una Buena Relación Médico-Paciente no es garantía tampoco de salud o control en las enfermedades crónicas, sino que debería representar solo la punta del iceberg del tratamiento multidisciplinario en cualquier proceso salud-enfermedad.

Sería importante que el tema no solo fuera estudiado en enfermedades crónicas como la Diabetes o la Hipertensión arterial, se debería poner gran interés en estudiarle en todo tipo de patologías, investigarla en los 3 niveles de atención, incluso en pacientes sanos y abordar sobre el tema más a fondo ya que esta Relación Médico-Paciente va más allá de los dos participantes principales, sino afecta a la familia, a la sociedad en la que están inmersos y que se entrelazan entre sí para hacer funcionar su entorno.

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar el Nivel de Relación Médico-Paciente en los derechohabientes con diabetes tipo 2 que acude a la consulta externa del HGZ /UMF N. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Se encontró que el derechohabiente lleva una Relación con su médico y que a pesar de lo que se cree sigue siendo parte fundamental en la medicina actual.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que el Nivel de Relación Médico-Paciente es Bueno en el derechohabiente con diabetes tipo 2 en el HGZ /UMF N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Consideramos que nuestra investigación marca trascendencia ya que el médico de primer contacto es la pieza fundamental de la medicina preventiva, la cual a nivel institucional y particular representa pilar fundamental en medicina; ya que es el Médico Familiar quien atiende a la inmensa mayoría de la población, quien se encarga de acompañar al paciente y a su familia en su padecer y para esto es fundamental hacer una Relación Médico-Paciente sino buena si efectiva.

## Bibliografía:

1. Díaz JA. El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Med. Trad.* 2004; 5(14):30-36.
2. GPC. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014.
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes care.* 2017; 40(s1):11-24.
4. Cervantes RD, Presno JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2013;21(3):98-106.
5. Velasco ME. Evolución de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en población derechohabiente del IMSS. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2016;54(4): 490-503.
6. Esparza DC, Andrade FJ, Merelo CA, Cruz M, Valladares AS. Escaneo genómico completo en diabetes tipo 2 y su aplicación clínica. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2015; 53(5):592-599.
7. Hernández RO, Nieves ER, Cardona MH. Resultados del Programa de Detección Oportuna de Retinopatía Diabética en la UMF N. 47, León, Guanajuato. *Revista Dolor, Foro Nacional de Investigación y Clínica Médica.* 2012; 1(0): 15-20.
8. Ávila YA, Lima VG. Inflamación en retinopatía diabética y edema macular. *Rev. Hosp. Jua. Mex.* 2014;81(4): 226-230.
9. Robles ML, Sabath E. Tubular dysfunction and non-albuminuric renal disease in subjects with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Invest. Clin.* 2014; 66(3): 234-239.
10. Alarcón CM, Winder AR. Factores de riesgo asociados a Nefropatía Diabética en pacientes ingresados a hemodiálisis del Hospital Viedma desde enero 2006 a hasta enero 2012. *Rev Cient. Cienc. Med.* 2012; 15 (2) 12-17.
11. Tinoco AS, Córdova NP, Arenas JM, Vargas AG, Zarate A, Hernández MV. Mejoría clínica de la neuropatía diabética con carbamazepina o diclofenaco. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2013; 51(5): 496-501.
12. Cisneros NG, Ascencio IJ, Libreros VN, Rodríguez HV. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2016; 54(4): 472-479.
13. Camacho JI, Conrado SA, Rosas JV. Manejo del pie diabético en Medicina Interna de 2011 a 2012 Hospital Regional 1 de Octubre. *Rev. Esp. Med. Quir.* 2014; 19 (3): 284-293.

14. Zuñiga SG, Rangel IR, Mehta R, Yamamoto JC, Juárez SC, Aldrete JV, et al. Cardiovascular effects of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor empagliflozin in type 2 diabetes mellitus patients: Beyond glycemic control. *Rev. Mex. Endocrinol. Metab. Nutr.* 2016; 3(0): 72-81.
15. Moreno LA, Silberman M, Hernández DM, Capraro S, Soto GE, García JJ, et al. Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. *Gac. Med. Mex.* 2015; 151(0): 354-368.
16. Arman DM, Gallardo LM, Naranjo AA, Díaz MC, Armán GE. Diabetes Mellitus Tipo 2 y Puntuaciones de Riesgo. *Rev. Órgano Científico de Cuba.* 2015;54(258):45-55.
17. Miranda HL, Romero MS, Romero LO, Garduño JJ. Programa de atención multidisciplinario para el tratamiento de pacientes con diabetes en el primer nivel de atención. *Rev. Mex. Endocrinol. Metab. Nutr.* 2016; 3 (0): 18-23.
18. Hawley J. Exercise as a therapeutic intervention for the prevention and treatment of insulin resistance. *Diabetes Metabolism Research and Reviews.* 2004;20: 383-393.
19. Martínez GI, Martínez LM, Lopera JS, Vargas NG. La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2016; 14(2): 107-116.
20. Ascaso J. Diabetes Mellitus tipo 2: Nuevos tratamiento. *Rev. Medicina Clínica,* 2013;143(3): 117-123.
21. Barquilla GA, Mediavilla BJ, Comas SJ, Seguí DM, Carramiñana BF. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la diabetes mellitus. *Rev. Medicina de Familia,* 2010: 36 (7) 386-391.
22. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer EJ, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care.* 2013; 36 (0):3821-3842.
23. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
24. Antúnez AO, Torres AG. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego.* 2014; 20 (1): 1-8.
25. Arrubarrena VM. La relación médico-paciente. *Rev. Cirujano general.* 2011; 33(s2): 122-125.
26. Arango PR. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *Méd.UIS.* 2012;25(1):63-69.
27. Fernández JM, Cura MI, Gómez TG, Fernández EL, Pajares GC, Moreno BJ. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria.* 2010; 42 (4): 196-205.

28. Ríos MA, Acevedo OG, González AP. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2011;19(4):149-153.
29. Zenger M, Schaefer R, Feltz CC, Braehler E, Hauser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a Representative Cross Sectional German Population Survey. *PLOS ONE*. 2014; 9(3): 1-8.
30. Feltz CM, Van PO, Beurs ED, Van RD. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Psychiatry Medicine and Primary Care*. 2004; 26(2): 115-120.
31. Lavielle Sotomayor, Tovar Larrea, Bustamante Rojano. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc*. 2008; 46 (2): 129-134.
32. Rodríguez A., Mardones F., Villaroel L. Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de medición. *Rev. Med Chile* 2012; 140: 176-183.
33. Mingote JC., Moreno B., Rodríguez R., et al. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(0):001-007.
34. Herrera-Kiengelher L et al. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):589-94.
35. Hamui A., Grijalva MG., Paulo A., et al. Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*. Vol. 20, Núm. 1 (2015).
36. Pinilla AE, Barrera MP, et al. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. *Acta medica colombiana*. 2014; 39 (3): 250-257.
37. Rivera VP, Hernández VC, Carbajal MF, Maldonado GG. Funcionalidad familiar y control glicémico en adultos diabéticos tipo 2 en una comunidad rural de Tamaulipas, México. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* 2016, 2: 1-16.
38. Willrich BJ, Guerreiro VD, et al. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 16(2):1-9.
39. Al Shahrani A, Baraja M. Patient Satisfaction and it's Relation to Diabetic Control in a Primary Care Setting. *J. Family Med. Prim. Care* 2014; Jan-Mar 3(1): 5-11.
40. Azcarate-GE, Hernández-TI, Guzmán-RM. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten. Fam.* 2014; 21(3):83-85.

# ANEXOS

**Anexo 1: «Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 ITEMS (PDRQ-9)**

ITEM	NUNCA 1	ALGUNAS VECES 2	LA MITAD DE LAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Mi médico me ayuda					
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mi					
3. Creo en mi médico					
4. Mi médico me entiende					
5. Mi médico se dedica a ayudarme					
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre las causas de mis síntomas					
7. Puedo hablar con mi médico					
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
9. Siento a mi médico fácilmente accesible					
<b>TOTAL:</b>					

Variable	Puntuación
Accesibilidad	
Comunicación	
Satisfacción	

Puntuación total	
------------------	--

<b>RELACION MEDICO-PACIENTE</b>	Mala (9-27 pts.)
	Regular (28-39pts)
	Buena (40-50 pts.)



**Anexo 3:**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"Evaluación del Nivel de relación Médico-Paciente en Derechohabiente con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Marzo 2016 a Febrero 2018						
Número de registro:	En Tramite						
Justificación y objetivo del estudio:	La relación médico-paciente es fundamental para lograr un adecuado control y apego de los tratamientos en especial en enfermos con padecimiento crónicos como la Diabetes tipo 2. Objetivo: Evaluar el Nivel de relación Médico-Paciente en Derechohabiente con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"						
Procedimientos:	Se aplicará de forma individual a los pacientes que asistan a consulta médica de forma ordinaria, que acepten participar en la investigación de forma voluntaria, previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Se dará un tiempo de 10 minutos para la realización de la prueba: «Patient-Doctor Relationship Questionnaire» de 9 ITEMS (PDRQ-9)						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Elevar la calidad del Nivel de relación médico-paciente, para un mejor control glucémico y entendimiento de su patología						
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario						
Privacidad y confidencialidad:	Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td>NA</td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td>NA</td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td>NA</td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	NA	No autoriza que se tome la muestra.	NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
NA	No autoriza que se tome la muestra.						
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	Elevar la calidad del Nivel de la Relacion Medico.Paciente						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Vilchis Chaparro Eduardo. Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF N. 8 Matricula: 99377278 Tel:55506422 Ext: 28235. Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Fax: No Fax.						
Colaboradores:	Espinoza Anrubio Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF N.8 Matricula:99374232 Tel:55506422 Ext: 28235 Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Fax: No Fax. Chaparro Anaya María Elena. Medico Familiar. Adscrito a la UMF. 140 IMSS Matricula: 99377265 Teléfono: 5518181991 Email: <a href="mailto:mariaelenachaparro@yahoo.com.mx">mariaelenachaparro@yahoo.com.mx</a> Fax: No fax Cea Hernández Argenis. Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar en el HGZ/UMF N.8 Matricula: 97370210 Tel: 5523342792 Email: <a href="mailto:argeniscea2004@gmail.com">argeniscea2004@gmail.com</a> Fax: No fax						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Argenis Cea Hernández

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8  
 COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TITULO DE TESIS:

**Evaluación del Nivel de Relación Médico-Paciente en Derechohabiente con Diabetes Tipo 2 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**2016 – 2017**

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO												
ANTECEDENTES												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA												
OBJETIVOS												
HIPÓTESIS												
PROPÓSITOS												
DISEÑO METODOLÓGICO												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												
CONSIDERACIONES ÉTICAS												
RECURSOS												
BIBLIOGRAFÍA												
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACIÓN												

**2017 – 2018**

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO												
RECOLECCIÓN DE DATOS												
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANÁLISIS DE DATOS												
DESCRIPCIÓN DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO												
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACIÓN												