



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 “SAN JUAN DE
ARAGON”**

**INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
RESIDENTE ELIZABETH SILVA MENESES**

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS:
DRA. JUDITH MAGDALENA CORONA LARA**

CIUDAD DE MEXICO, 2023.

Facultad de Medicina





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.

**"INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2"**

Aprobación por autoridades institucionales

Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511
Con Número de Registro en SIRELCIS: R-2022-3511-023



Dr. Sergio Alberto León Angeles

Director Médico
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Miriam Ramírez Cortez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Judith Magdalena Corona Lara

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Monserrat Jazmín García Rangel

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Pablo Salazar Reyes

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



019

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Miércoles, 04 de mayo de 2022

M.E. Judith Magdalena Corona Lara

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3511-023

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y hermanas gracias por depositar su confianza en mis sueños y metas, y hacerlos suyos. Este logro es por y para ustedes. Hoy y siempre lo mejor de la vida para nosotras, las amo.

A mis maestros y profesores, con especial reconocimiento a la maestra Teresa Albañil Dircio, usted fue quien impulso los primeros pasos en mi educación y, los cuales después de tantos años siguen cosechando en mi vida profesional y personal. A su esposo Homero, sus enseñanzas y palabras, me recuerdan en todo momento que el trabajo duro, creer en uno mismo y la humildad nos deben acompañar hasta nuestro ultimo suspiro. Los quiero con el alma queridos padrinos.

A ti mi compañero de vida, gracias por permanecer conmigo e impulsarme en todo momento desde la primer oportunidad. Por no desistir a pesar de las dificultades. Por demostrarme que querer es poder. Juntos como un equipo siempre cariño.

A mis amigos de la vida, su apoyo y confianza me dieron el soporte necesario cuando me parecían imposibles mis metas.

A mis adorables gatitos y perrita que cobijaron mi alma y la llenaron de momentos de alegría que sanaron mi mente, y me permitían continuar con mi formación. Un ser vivo que no habla el mismo idioma, me enseñó lecciones que no se encuentran en libros de medicina. Son y serán una bendición para mi vida.

A ustedes mis ángeles, que me acompañan en todo momento desde un lugar no terrenal.

A la familia Ramírez y la señora Elena, por elegirme y dejarme ser parte de ustedes, la vida fue muy generosa conmigo al permitirme compartir este éxito con cada uno. Los quiero mucho.

Y a todos mis familiares, amigos, compañeros y, personas que crearon momentos de tristeza, alegría y risas a lo largo de este camino que aún continua. Que la vida siga conspirando a nuestro favor.

INDICE

RESUMEN INTEGRADO	3
MARCO TEORICO	4
➤ Introducción	4
➤ Antecedentes	5
Diabetes mellitus	5
Epidemiología	6
Diagnostico	7
Medidas de autocuidado	9
Complicaciones y sus repercusiones en el paciente	9
Red de apoyo a pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2	10
Adherencia terapéutica	10
Interacción médico – paciente	11
Modelos de interacción médico - paciente	12
Factores que influyen en la interacción médico – paciente	12
DIABETIMSS	13
➤ ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	14
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
PREGUNTA DE INVESTIGACION	18
OBJETIVOS DE ESTUDIO	18
➤ General:	18
➤ Específicos:	19
HIPOTESIS	19
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	19
➤ Variable independiente	19
➤ Variable dependiente	19
➤ Variables Descriptoras	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
➤ Diseño del estudio.	21
➤ Universo de estudio	22

➤ Población de estudio	22
➤ Muestra de estudio	22
➤ Determinación del tamaño de la muestra	22
➤ Lugar en donde se desarrollará el estudio	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
➤ INCLUSION:	23
➤ NO INCLUSION:	23
➤ ELIMINACION	23
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
➤ Cuestionario relación médico – paciente (PDRQ-9)	23
➤ Encuesta de adherencia terapéutica (EAT)	24
PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
RECURSOS	26
CONSIDERACIONES ETICAS	26
RESULTADOS	32
DISCUSION	38
CONCLUSIÓN	39
LINEAS DE INVESTIGACION	39
Bibliografía	40
ANEXOS	45

RESUMEN INTEGRADO

Interacción médico-paciente relacionada a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2

Hidalgo-Villaseñor R*. Corona Lara J.M**. Silva Meneses E***.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 94.

Introducción: la diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública por su elevada morbi-mortalidad, relacionada con la adherencia terapéutica, donde uno de los factores que influye es la relación entre el médico y el paciente. Objetivo: determinar la relación entre la interacción médico - paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Material y métodos: estudio transversal comparativo, observacional y retrospectivo, muestra calculada con IC 95%, NI 5%, $p=0.30$ ($n=227$), autorizado por el comité local de investigación en salud (R-2022-3511-023), en adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Se entrevistaron datos sociodemográficos, “cuestionario relación médico – paciente” y “Encuesta de adherencia terapéutica”, con un α de Cronbach de 0.956 y 0.919 respectivamente. Análisis con estadística descriptiva, prueba de U de Mann-Whitney para la diferencia de grupos y coeficiente de correlación de Spearman en el estadístico de SPSS V25, en todos los casos con IC 95% y NE 5%. Presentación en tablas y gráficos.

Resultados: media de edad de 58.54 ± 10.56 , hombres $n=147$ (64.3%) con buena satisfacción y baja adherencia terapéutica. Además, una hemoglobina glucosilada en mal control glucémico en $n=188$ (82.8%). La relación de adherencia terapéutica y satisfacción en la atención fue buena en $n=217$ (97.7%) ($p=0.000$). Al realizar la prueba U de Mann-Whitney para adherencia terapéutica y satisfacción en la atención se encontró sig. 0.027, además el coeficiente al tratamiento de correlación de Spearman de 0.147 (sig. 0.027).

Conclusiones: Existe una correlación muy baja entre la interacción médico - paciente y la adherencia.

Palabras clave: relación médico-paciente, adherencia terapéutica, diabetes mellitus tipo 2.

*Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF No. 94.

**Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF No. 94.

***Médico Residente de 1er año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF No. 94.

MARCO TEORICO

➤ Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por un conjunto de alteraciones en la producción insuficiente de insulina o la falta de eficiencia en la utilización de esta, lo que provoca una hiperglucemia sostenida.

Esta patología representa más del 95% de las personas con diabetes, debido principalmente por el exceso de peso y la falta de actividad física en los individuos.

Se conocen diferentes vías fisiopatológicas implicadas en la etiología de la enfermedad, entre las cuales se incluyen el cataclismo autoinmunitario de las células β pancreáticas e irregularidades que contribuyen a una resistencia a la insulina. Esta puede cursar asintomática por varios años, con síntomas leves e incluso debutar con síntomas clásicos como sed, poliuria, visión borrosa, pérdida de peso y polifagia. Para cuando el cuadro clínico se hace evidente la hiperglucemia persistente ya ha causado alteraciones funcionales y patológicas previo al diagnóstico.

Actualmente la diabetes mellitus representa una emergencia de salud pública por la magnitud en la incidencia y morbilidad a causa de las complicaciones microvasculares y macrovasculares que se presentan a corto y largo plazo, lo que la convierten en una enfermedad progresiva e irreversible que requiere de la intervención multidisciplinaria enfocada en el paciente para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación.

En México, la incidencia de esta patología va en aumento debido a que se involucran varios factores como son la genética, la cultura, el estrato socioeconómico, la dieta, entre otros aspectos. Motivo por el cual se hace imperativo el control glucémico para la prevención de complicaciones que afecten a nivel personal, familiar, psicosocial, económico y laboral de los pacientes que padecen esta enfermedad.

La aplicación conjunta de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas permiten un manejo integral y control simultáneo de los problemas metabólicos implicados en esta patología.

Sin embargo, la falta de beneficios a la salud a corto plazo hace difícil el seguimiento al manejo terapéutico establecido, el cual en muchas ocasiones concluye en el abandono de este en el primer nivel de atención.

Una adecuada relación entre el médico y el paciente conlleva un intercambio de información, interacción e influencia mutua entre ambas partes, logrando con ello una comunicación efectiva, oportuna y clara, que influye de forma positiva en la adherencia al tratamiento.

Por lo cual es vital retomar las condicionantes que permiten la buena interacción entre el médico y el paciente portador de diabetes mellitus tipo 2, para llevar a este último a un óptimo control glucémico, como resultado de un tratamiento integral.

➤ **Antecedentes**

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) se encuentra conformada por un conjunto de trastornos metabólicos que tienen en común la presencia de hiperglucemia ⁽¹⁾. Se trata de enfermedades heterogéneas con variedad en la clínica y su evolución. La American Diabetes Association (ADA) clasifica la diabetes de acuerdo con su etiología en cuatro categorías: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional y tipos específicos de diabetes debido a otras causas. Los dos tipos más ampliamente estudiados y conocidos son el tipo 1 y 2. ⁽²⁾

Actualmente la diabetes mellitus tipo 2 es el tipo que predomina en la población a nivel mundial, ⁽³⁾ debido a modificaciones en el estilo de vida que exponen al individuo a esta enfermedad desde una edad muy temprana. Esta patología metabólica causada por la pérdida progresiva de la secreción adecuada de insulina por las células β , la resistencia a la misma, producción excesiva de glucosa

hepática, metabolismo anormal de grasa e inflamación sistémica leve. Estudios concluyen que el defecto primario se presenta en la producción de la insulina. ⁽⁴⁾

Epidemiología

La prevalencia mundial de diabetes mellitus ha aumentado de manera exponencial en los últimos 20 años. En su informe del 2021 la Federación Internacional de Diabetes (IDF) reportó que 537 millones de adultos viven con diabetes alrededor del mundo, y de estos el 90% fue tipo 2. Se estima que para el año 2030 cerca de 643 millones de adultos padecerán esta patología. En un reporte del año 2019, se reportó a esta enfermedad como la novena causa de muerte directa de al menos 1.5 millones de personas.⁽⁴⁾ En el mismo año la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico reconoce a México, Turquía y Estados Unidos como los países con mayor prevalencia de diabetes, con más del 10% de adultos viviendo con esta condición.⁽⁵⁾ Este incremento acelerado es impulsado principalmente por la incidencia y prevalencia de obesidad, estilos de vida sedentarios y la interacción con el envejecimiento, aunado a el desarrollo económico de los países.

Para el 2019 en las Américas se posicionó como la sexta causa de muerte con aproximadamente 244, 084 mil muertes provocadas de forma directa por diabetes. Destacando como principales factores de riesgo el sobrepeso, obesidad y la inactividad física, los cuales reportan una prevalencia mayor comparada con la mundial.⁽⁶⁾ Por otra parte la federación Internacional de Diabetes informó que 12.8 millones de personas vivían con diagnóstico de diabetes en 2019, estimando que para el 2045 incrementará a 22.9 millones. ⁽⁷⁾

En los últimos 20 años esta enfermedad metabólica se ha convertido en un problema de salud pública a nivel nacional, con una prevalencia del 14.4% en adultos mayores de 20 años y en un 30% después de los 50 años. La Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico estimó que para el 2025 cerca de 9 millones de mexicanos serán diagnosticados con esta enfermedad metabólica. Por su parte en el informe final de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 reportó una prevalencia de diabetes con diagnóstico médico previo en adultos del

10.3%, siendo este mayor en mujeres con un 11.4% comparado con hombres que fue de 9.1%. Este incremento ascendió de manera paralela a el aumento de edad, mostrando un mayor porcentaje de prevalencia en el grupo de 60 años, y más en ambos géneros. ⁽⁸⁾ Se observa un incremento poco significativo del 0.9% en comparación con el reporte en 2016 con una prevalencia del 9.4%, la cual predominó en el grupo de 60 años y más, lo que puede sugerir un diagnóstico tardío de la enfermedad. ⁽⁹⁾

A nivel regional en 2016 se reportó mayor prevalencia en la región sur del país mexicano con un 10.2%, siendo está un poco mayor en localidades urbanas y en mujeres con un 11.7% reportado en el centro del país; y en hombres en la región sur con un 11.2%. ⁽¹⁰⁾

Por otro parte, una investigación informa que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la incidencia de diabetes se reporta hasta del 48%, presentándose mayormente en mujeres; y con un aumento en la prevalencia del 8%. ⁽¹¹⁾

Diagnostico

En la valoración inicial para el diagnóstico de DM2 se debe realizar una anamnesis completa con énfasis en la identificación de los factores de riesgo que presenta el paciente como la presencia de sobrepeso, obesidad, antecedentes heredofamiliares de diabetes y, factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo, ejercicio, y consumo de etanol. Durante la consulta se debe realizar una anamnesis dirigida hacia la búsqueda de síntomas de hiperglucemia, poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones frecuentes como vaginitis, infecciones cutáneas micóticas, entre otras. De acuerdo con los a la Guía de Práctica Clínica los criterios de diagnóstico para diabetes mellitus tipo 2 son los siguientes: presentar glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dL, glucosa posprandial a las 2 horas de 200 mg/dL, hemoglobina A1c $>6.5\%$ y aquel paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia con glucosa aleatoria ≥ 200 mg/dL. Siendo todos válidos para el diagnóstico de dicha patología. ⁽¹²⁾ Además nos hace hincapié en que la realización del estudio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) es la prueba

de mayor sensibilidad para el diagnóstico. Esta prueba resulta presentar la ventaja sobre los otros tamizajes debido a que se puede realizar a cualquier hora del día, sin que el resultado se ve alterado por los niveles de glucosa diario, además de ser un predictor de riesgos cardiovasculares comparada con las otras pruebas diagnósticas.

Del total de pacientes con este diagnóstico a nivel mundial, solo el 86.9% se encuentra bajo tratamiento farmacológico, en el que los hipoglucemiantes orales son el de primer elección y mayor uso con un 67.1%. ⁽⁸⁾

Hoy en día asociaciones a nivel internacional emiten sugerencias sobre los criterios de escrutinio para la elección de la terapéutica más adecuada de acuerdo con la individualización de cada paciente, sin embargo, la mayoría se encuentra basada en poblaciones de raza blanca con características y comorbilidades distintas a la mexicana. Por ello la Asociación Mexicana de Nutrición y Endocrinología emitió una propuesta para las decisiones terapéuticas acondicionado a las características de nuestra población, tomando en cuenta lo siguiente:

- Pacientes con diagnóstico reciente, que no presenten ninguna complicación cardiovascular o renal y que tengan un índice de masa corporal menor a 30 kg/m²:
- Pacientes que presenten alguna patología renal
- Aquellos pacientes con enfermedades cardiovasculares establecidas (insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y accidente vascular cerebral)
- En pacientes con edad avanzada de edad mayor a 65 años.
- Pacientes con un alto riesgo de hipoglucemia.

Recomendando iniciar con metformina, mientras esta sea tolerada y sin contraindicaciones para su uso. De ser necesario se puede optar por una terapia dual o triple con otros agentes orales e insulina para el control glucémico. La insulinización temprana se debe considerar en caso de síntomas de hiperglucemia o niveles de A1c >10% o glucosa en sangre ≥ 300 mg/dL. ⁽¹³⁾

Con el tratamiento integral y personalizado se busca alcanzar metas terapéuticas del control glucémico HbA1c <7%, glucosa plasmática preprandial 80-130 mg/dL, glucosa plasmática posprandial <180 mg/dL una presión arterial <140/90 mmHg.

Medidas de autocuidado

El autocuidado es una parte fundamental en las personas que viven con diabetes. Son medidas que forman parte de la prevención terciaria encaminadas a retrasar las complicaciones crónicas, evitando así discapacidades, mediante la rehabilitación física, psicológica y social, con la finalidad de impedir una muerte temprana. Estas acciones se enfocan en el cuidado propio y responsabilización de tratamiento. ⁽¹⁴⁾ Se trata de 7 acciones que deben ser ejecutadas por el paciente: 1. Realizar actividad física; 2. Ingerir una dieta o alimentación saludable; 3. Administración de la medicación; 4. Monitoreo de la glucosa sanguínea; 5. Resolver problemas: Hiperglucemia, Hipoglucemia, Días de enfermedad; 6. Reducir factores de riesgo para complicaciones de la diabetes y 7. Vivir con diabetes - Adaptación psicosocial. ⁽¹⁵⁾

Complicaciones y sus repercusiones en el paciente

La diabetes tiene una carga de discapacidad importante debido a las complicaciones. Las más frecuentes son visión disminuida 47.6 % (3 millones); ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies 38 % (2.4 millones); retinopatía 13.9 % (889 mil); infartos 2.8 % (182 mil); amputaciones 2 % (128 mil), y en diálisis 1.4 % (89 mil). La atención sanitaria del tratamiento y prevención de complicaciones reporta un gasto de 572 mil millones de dólares. ⁽⁵⁾ En México los costos de la enfermedad absorben del 5-10% del presupuesto, y de este el 50% es asignado a la atención de las complicaciones. En el IMSS se reporta un costo promedio anual por la atención de la enfermedad y sus complicaciones de US\$452 064 988 por paciente, equivalente al 3.1% de gasto sanitario. Y en aquel paciente que no presenta complicaciones consume un gasto sanitario anual de US\$ 3550.17. La unidad de cuidados intensivos es el servicio que reporto mayor gasto. ⁽¹¹⁾

Red de apoyo a pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2

La red de apoyo para un paciente que vive con diabetes es imprescindible, y el núcleo familiar se reconoce como la principal fuente de consejo y control en el seguimiento de autocuidado del paciente, y motivación para el cumplimiento de las indicaciones médicas e incluso para la búsqueda de atención médica. La mayoría de los pacientes (83.8%) cuenta con el apoyo de la familia; en el caso de los pacientes hombres, el principal apoyo es la esposa.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, las limitaciones económicas en la mayoría de los casos impiden el seguimiento adecuado del tratamiento farmacológico y las medidas de autocuidado, debido a precios poco accesibles de alimentos y medicamentos, así como a condiciones laborales incompatibles con las prescripciones médicas que van desde jornadas cambiantes y largas, así como la limitación de permisos laborales para acudir a consultas médicas.⁽¹⁷⁾

Es así como esta patología implica altos costos en el sistema de salud de nuestro país, así como gastos para el paciente y sus familiares, incapacidad laboral y trabajadores pensionados o jubilados debido a las complicaciones agudas o crónicas.⁽¹⁸⁾

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud la define como, el grado en que el paciente sigue instrucciones médicas,⁽¹⁹⁾ haciendo énfasis en la participación del paciente y la responsabilidad del médico, estableciendo una comunicación efectiva que facilite la toma de decisiones compartidas. Esto involucra múltiples factores asociados e interrelacionados que incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas⁽²⁰⁾ en el manejo integral del paciente que vive con diabetes. Esta medida involucra aspectos del paciente, el médico, la medicación y el sistema de atención en la salud.⁽²¹⁾ características del paciente como bajos niveles socioeconómicos, prescripción de esquemas terapéuticos complejos de comprender para el paciente, bajo nivel educativo en salud e insatisfacción con los servicios de salud.⁽²²⁾ Por otro parte, el amplio conocimiento sobre la enfermedad a través de la educación motiva el desarrollo de habilidades conductuales del paciente, útiles para enfrentar las

exigencias del tratamiento, así como la percepción individual de costos – beneficios asignados al hecho de seguir el plan de tratamiento.

Se ha encontrado bajo porcentaje de apego terapéutico en pacientes con DM2, reportando que un 70% de personas que viven con esta condición no tienen apego a tratamiento. En comparación con el porcentaje reportado por la OMS que fue del 50%. ⁽²³⁾

Se cuenta con la escala de adherencia al tratamiento para pacientes con enfermedades crónicas. A través de 21 ítems este instrumento permite la evaluación sobre la información que tiene el paciente sobre su padecimiento, el régimen de su tratamiento, acerca de la relación con el médico, y la autosuficiencia que tiene para controlar su padecimiento. ⁽¹⁸⁾

Interacción médica – paciente

se trata de un proceso complejo esencial en la medicina que se presenta entre un individuo que considera en riesgo su estado de salud o acude a que se determine su condición y una persona que cuenta con conocimientos y técnicas científicas para tratar su enfermedad con el objetivo de restaurar el equilibrio de sus funciones orgánicas. Esta relación tiene su origen en el actuar clínico, entre un proveedor de atención y un usuario del servicio. Y los principales elementos entorno a esta interacción son el conocimiento, la confianza, la lealtad y la consideración. ⁽²⁴⁾, basada en un conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y conducen el actuar profesional del médico. ⁽²⁵⁾

El establecer este vínculo de forma adecuada entre el paciente y el médico se asocia a una mejor adherencia al tratamiento y la percepción de una mejor calidad de vida a través del control de las enfermedades crónicas, así como en la prestación de los servicios médicos; ⁽²⁶⁾ y en consecuencia mejores diagnósticos y tratamientos que disminuyen el exceso de discapacidad laboral, costos en la atención sanitaria y la insatisfacción en la atención médica. ⁽²⁷⁾

Modelos de interacción médico - paciente

Se describen cuatro modelos de la relación médico—paciente: 1) modelo paternalista: el médico es el único en tomar la decisión final sobre la enfermedad del paciente, debido a la vulnerabilidad que este presenta; 2) modelo informativo: el médico tiene la obligación de brindar la información relevante al paciente, para que este tome la decisión que más se adapte a sus valores; 3) modelo interpretativo: el médico actúa como consejero, adoptando su rol consultivo y el 4) el modelo deliberativo: el médico y el paciente trabajan de forma conjunta bajo un diálogo respetuoso para tomar una decisión final.

Factores que influyen en la interacción médico – paciente

Se han identificado factores que contribuyen a una buena relación médico – paciente como son la confianza, el realizar todo acto bajo consentimiento, una adecuada división de roles y responsabilidades de ambas partes, y la enfatización en una comunicación centrada en la solución. Por lo tanto, una comunicación de calidad mejora el vínculo, promueve el restablecimiento de la salud y disminuye la probabilidad de implicaciones médico – legales.

Por otro parte, se han identificado algunas barreras que impiden una comunicación satisfactoria que incluyen la ansiedad y el miedo de los pacientes, el temor a discusiones y a el abuso físico o verbal, paciente con expectativas poco realistas, la carga laboral del médico; así como limitación en la atención médica en zonas rurales donde la falta de insumos y personal médico y la deficiente alfabetización en salud reducen la oportunidad de establecer una adecuada relación laboral.

Estudios donde el médico consideraba una relación adecuada con su paciente, solo el 21% del total coincidía con esto. Por ello, se vuelve imperante el uso de una escala que permita la medición y el análisis de dicha relación desde la perspectiva del paciente que ha recibido intervenciones en el primer nivel de atención en pacientes con padecimientos crónicos. El cuestionario de relación médico – paciente 9 (PDRQ-9 por sus siglas en inglés), permite realizar este análisis a través

de 9 cuestionamientos enfocados en la evaluación de la eficacia de la atención del médico y la ayuda al paciente por parte de él en períodos largos de tiempo. ⁽²⁸⁾

DIABETIMSS

Es un programa perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, creado con el objetivo de generar una estrategia educativa para personas con enfermedades crónico – degenerativas. En este servicio se brinda una asistencia integral a las personas que viven con diabetes tipo 2 referidas de consultorio de medicina familiar que cumplan con los siguientes criterios:

1. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no logren metas de control (< 130 mg/dL, colesterol <200 mg/dL, triglicéridos <150 mg/dL y presión arterial <130/80 mmHg) a pesar de que el médico familiar haya realizado ajustes en la terapia farmacológica y no farmacológica en 2 ocasiones (últimos 6 meses).
2. Pacientes con intolerancia a la glucosa en ayunas (>100 ≤ 125 mg/dL).
3. Pacientes con obesidad grado 1,2 y 3.
4. Pacientes que acepten se referidos al módulo de DIABETIMSS.
5. Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
6. Sin problema para acudir una vez al mes para su atención integral que incluye sesión con una duración de 2 a 2.5 horas.
7. Que no presenten complicaciones crónicas como:
 1. Retinopatía no proliferativa severa o proliferativa
 2. Úlcera en pies (Wagner 3,4 y 5)
 3. Claudicación intermitente secundaria a angiopatía
 4. Enfermedad renal crónica etapas 4 y 5 (KDOQI)
8. Que no presente:
 - Embarazo
 - Trastornos psiquiátricos
 - Deterioro cognitivo o fármaco – dependencia

A través de la sensibilización para la modificación de conductas, cambio de hábitos en su estilo de vida, la enseñanza de nuevas habilidades, prescripción de medicamentos, evaluación de su desempeño, apoyo para la resolución de problemas emocionales, apoyo y, la detección y tratamiento de complicaciones para fortalecer el autocuidado, mejorar la toma de decisiones empoderando al paciente y un control metabólico logrando y manteniendo metas terapéuticas.

El equipo del módulo DiabetIMSS se integra por médicos familiares para la valoración clínica , enfermeras generales para el proceso educativo, nutricionista dietista para el seguimiento del plan de alimentación, un trabajadora social quien integra los grupos educativos, lleva el control de los grupos y la reintegración de los pacientes que no asisten a su control médico y grupal, así como un psicólogo clínico y un estomatólogo, que participan en sesiones educativas programadas y otorgan la atención individual correspondiente en sus consultorios o áreas de trabajo, conforme a una agenda establecida que favorezca la atención al paciente.

La UMF No. 94 “San Juan de Aragón” lleva más de 10 años de atención en el módulo DIABETIMSS a derechohabientes con esta condición de salud.

➤ ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En 2019 Domínguez y Ortega realizaron un estudio descriptivo longitudinal, donde buscaron determinar los factores asociados a la falta de adherencia a tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Este se realizó en el Hospital Nacional de Itaguá donde participaron 338 pacientes utilizando la escala de HADS para detección de depresión, escala Imevid que mide la adherencia no farmacológica en diabéticos y el cuestionario de Morisky – Green que valora el apego farmacológico. Encontrando que solo el 30% presento adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico y un 70% no cuentan con apego a tratamiento. Se encontró una relación significativa entre el apego a tratamiento y la relación médico - paciente, así como la presencia de complicaciones crónicas y monoterapia farmacológica como factores frecuentemente asociados a la falta de adherencia a tratamiento. ⁽²⁹⁾

En México se realizó un estudio transversal en una unidad médica de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2019, con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo socio-familiar en diabéticos tipo 2 a través de la prueba de Morisky – Green para apego a tratamiento farmacológico, el Medical Outcome Study para valorar el apoyo social y familiar que el paciente percibe y el instrumento para evaluar apoyo familiar en diabéticos tipo 2. En este participaron 81 personas, encontrando que el 67% no tenía adherencia terapéutica y solo el 33% mantenía apego a tratamiento. De los que presentaban apego a tratamiento el 74% contaba con apoyo familiar alto y el de los que no contaban con apego 24% contaba con apoyo alto y un 7% con bajo apoyo familiar.
(30)

En 2018 Ramírez García y colaboradores realizaron un estudio transversal, que tuvo como objetivo analizar los factores que influyen en el comportamiento de adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Este se realizó en Villahermosa, Tabasco, donde participaron 145 personas. A través del Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) se midieron los conocimientos de paciente y el de factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en quienes mostraron factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Se encontró que el 41% no presenta adherencia y otro 12% no responden a comportamientos de adherencia. Un 88% de los pacientes no tiene adherencia al tratamiento por la falta de conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del mismo y un 77% se encuentra relacionada con la relación que se establece entre el paciente y el médico, como se dirige el médico al paciente, con palabras claras, el tiempo de la consulta, falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud; un 56% presentan baja adherencia debido a factores socioeconómicos (costo de la atención, adherencia al régimen de alimentación y traslado).⁽¹⁹⁾

En 2018 Vargas y Toledo realizaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde participaron 178 pacientes. Se utilizó

la escala de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2 – versión III (EADTM - III) para medir el apego a tratamiento. Se encontró que el 62.92% tenía adherencia media a tratamiento y del total de los pacientes el 44.94% presento control metabólico. El 84.8% con adherencia alta presento control metabólico y el 78.6% con adherencia media presento descontrol metabólico. ⁽³¹⁾

En 2016 Orozco Beltrán y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de indagar en un panel de expertos y llegar a un consenso de criterio profesional para determinar el impacto, las causas y el diagnóstico individual de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con DM tipo 2 tratados en atención primaria. Utilizando el método Dolphi, se destacó que una buena formación, disponer de tiempo en la consulta, el compromiso y la coordinación de todo el personal implicado, una buena relación médico – paciente y el apoyo del entorno cercano del paciente son elementos clave para la adherencia e intervenciones terapéuticas adecuadas. ⁽³²⁾

JUSTIFICACION

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades metabólicas crónicas más frecuentes a nivel mundial y nacional. En 2019 fue la novena patología causante de muerte directa a nivel mundial y en las Américas la sexta con 244 084 defunciones y en 2021 la Federación Internacional de Diabetes reportó un total de 537 millones de personas con diabetes, siendo el 90% de estos portadores del tipo 2, con mayor incidencia en la población adulta⁽³⁾. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico reconoce a México como uno de los principales países en vías de desarrollo con mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, afecta a más del 10% de adultos y estima para 2025 cerca de 9 millones de mexicanos con esta condición de salud⁽⁵⁾. La Encuesta Nacional de Salud 2018 – 2019 reporta que este incremento es paralelo al incremento de la edad, sobre todo en mujeres con un 11.4%. El Instituto Mexicano del Seguro Social informó una incidencia del 48%, predominando en mujeres y, una prevalencia del 8%.⁽¹⁰⁾

La falta de adherencia terapéutica conlleva a un mal control glucémico causando la presentación precoz y rápida progresión de las complicaciones microvasculares y macrovasculares, con múltiples afecciones orgánicas, psicológicas, sociales, laborales, económicas y familiares a corto, mediano y largo plazo, entre ellas la retinopatía diabética, neuropatía diabética, infartos, amputaciones y el uso de diálisis, causantes de discapacidad laboral, desgaste económico, familiar y sanitario cuyo gasto anual se informa de 572 millones de dólares en tratamiento y prevención de esta patología.⁽³⁰⁻³²⁾ En nuestro país se destina del 5 al 10 % del presupuesto anual a la prevención y tratamiento de esta, y el 50% de este es destinado a la atención de las complicaciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social equivale al 3.1% del gasto sanitario (\$3550.17 dólares anual) por paciente con diabetes tipo 2 sin complicaciones.⁽¹¹⁾

La adherencia terapéutica en personas que viven con diabetes se reporta del 30%⁽³³⁾, uno de los factores más importantes es la interacción médico - paciente establecida desde la primer consulta médica.⁽²⁴⁾ La comunicación efectiva mejora la percepción en la calidad de vida, el control de la enfermedad crónica disminuye los costos en la atención sanitaria, la discapacidad laboral y la insatisfacción en la atención médica. Identificar el tipo de relación médico - paciente y el grado de adherencia a tratamiento en derechohabientes del IMSS atendidos en el módulo de DiabetIMSS de la UMF No. 94 nos permitirá magnificar la relación que guardan de forma bilateral.

Siendo este un tema del cual se dispone de pocos estudios, y que se vuelve relevante abordar para el fortalecimiento de la atención primaria desde una perspectiva biopsicosocial que mejore la adherencia a tratamiento en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación médico – paciente, definida como la interacción que se establece entre dos individuos en una atención médica, resulta de suma importancia para el

establecimiento de un vínculo de confianza y comunicación, con el objetivo de integrar la cooperación conjunta y participativa en el proceso para reestablecer la salud del paciente, dando lugar a un seguimiento idóneo del tratamiento integral establecido por el médico, específicamente en las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2. Se ha encontrado en estudios internacionales y nacionales que este vínculo de confianza favorece la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, lograr las metas terapéuticas. DiabetIMSS es un programa institucional con enfoque educativo para esta población, con un equipo multidisciplinario para fortalecer la continuidad del seguimiento empoderando a los pacientes, sin embargo, a pesar de que sea el mismo personal, la percepción de la interacción médico paciente varía en cada individuo.

En la actualidad, las limitaciones presupuestales para los fondos económicos destinados a la salud, la sobrecarga laboral de su personal, la alta demanda de los servicios médicos maximizada por la contingencia por SARS – CoV2 han afectado de forma negativa el lazo de confianza entre ambos roles, médico – paciente, e incluso han incrementado riesgos por desgaste y vacilaciones éticas en la praxis médica.

En este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la relación entre la interacción médico – paciente y la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

➤ **General:**

- Determinar la relación entre la interacción médico - paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlada.

➤ **Específicos:**

- Describir el tipo de interacción médico – paciente en la atención de personas con diabetes mellitus con y sin control glucémico.
- Describir el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control glucémico.
- Identificar pacientes con diabetes mellitus con y sin control glucémico.

HIPOTESIS

H1 – La interacción médico-paciente está relacionada con la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en personas con y sin control glucémico.

H0- La interacción médica – paciente no está relacionada con la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en personas con y sin control glucémico.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

➤ **Variable independiente**

Interacción médico-paciente: se define como la relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al paciente, la entrevista, el diálogo, y un médico, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Dentro del estudio se interpretará como la calidad de la comunicación que se establece entre el médico y el paciente durante la consulta médica. Como indicador se usarán los 9 ítems del cuestionario relación médico-paciente 9. Se trata de una variable cuantitativa dicotómica, con escala de medición de razón, la cual se categorizará en satisfecho (media igual o mayor 4.2 puntos) y no satisfecho (media menor a 4.2 puntos).

➤ **Variable dependiente**

Adherencia al tratamiento: se define como el grado de cumplimiento respecto a la toma de medicamento, régimen alimentario y cambios del estilo de vida, que

corresponden con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario. Para fines de este estudio se interpretará como el grado de cumplimiento de una persona respecto a la toma de medicamentos y seguimientos de las indicaciones del médico. Su indicador serán los 21 ítems de la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Se trata de una variable cualitativa policotómica, con escala de medición ordinal, con las categorías de baja adherencia (puntaje de 0 a 33), moderada adherencia (puntaje de 34 a 67) y alta adherencia (puntaje de 68 a 100).

➤ **Variables Descriptoras**

- **Edad:** Se define como el tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento. En el estudio se interpretará como los años cumplidos hasta la fecha actual expresado por el participante. Se trata de una variable cuantitativa discreta, con escala de medición de intervalo, con las categorías de adultos (de 18 a 64 de edad) y adultos mayores (edad igual o mayor a 65 años).
- **Género:** se refiere al conjunto de características biológicas a partir de las cuales se establece que los seres son hombre o mujer, para fines del estudio son las características biológicas que diferencian a la mujer del hombre, su indicador es la respuesta del trabajador a la pregunta ¿Cuál es su género? siendo una variable cualitativa nominal con escala de medición dicotómica y las categorías: femenino y masculino.
- **Estado civil:** se define como la condición de una persona en cuanto a las reacciones de familia, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción, para fines de este estudio es el vínculo personal que tiene con otros y que es reconocido jurídicamente, su indicador es la respuesta otorgada por el participante a la pregunta ¿Cuál es su estado civil?, es una variable cualitativa policotómica en escala de medición nominal, categorizando en soltero(a), casado(a), viudo(a) y unión libre.
- **Escolaridad:** se define como el período de tiempo medido en años mediante el cual alguien ha asistido a la escuela. En el estudio se interpretará como el último año escolar cursado en un sistema escolar formal referido por el participante. Se

trata de una variable cualitativa categórica, los rubros se categorizan en primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura.

- **Control glucémico:** se define como al conjunto de medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad en personas con diabetes mellitus. Para fines de este estudio serán los valores de glicemia dentro de los límites establecidos por guía de práctica clínica en diabetes para limitar la progresión de complicaciones. Su indicador será el reporte más reciente de HbA1c en último semestre. Siendo una variable cuantitativa continua en escala de medición de razón, con las categorías buen control glucémico (menor a 7%) y mal control glucémico (igual o mayor a 7%).
- **Comorbilidades:** se define como la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, que en conjunto pueden empeorar la evolución de ambas. Para fines de este estudio se interpretará como aquella enfermedad adicional en una persona que vive con diabetes mellitus tipo 2. Se trata de una variable cualitativa policotómica en escala de medición nominal, con las categorías de enfermedades cardiovasculares, enfermedades ortopédicas, enfermedades endocrinológicas, enfermedades neoplásicas, enfermedades reumatológicas, enfermedades neurológicas y otras.

MATERIAL Y MÉTODOS

➤ **Diseño del estudio.**

- Con base a la intervención del investigador es observacional.
- Con base al número de mediciones de las variables es transversal.
- Con base a la dirección de la recolección de datos es retrospectivo.
- Con base a la búsqueda de dos o más variables es comparativo.

Estudio transversal comparativo, observacional, retrospectivo.

➤ **Universo de estudio**

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes del IMSS.

➤ **Población de estudio**

Pacientes adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el módulo de DiabetIMSS.

➤ **Muestra de estudio**

Adultos de 18 años o más con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el módulo DiabetIMSS turno matutino y vespertino de la UMF No. 94 del IMSS.

➤ **Determinación del tamaño de la muestra**

Tipo de muestreo: no aleatorizado por casos consecutivos.

Siendo la población con diabetes mellitus tipo 2 atendida en el módulo de DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS de la Ciudad de México de 763 y dadas las características de nuestra investigación, requerimos estimar una muestra, con un nivel de confianza al 95%, ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada del 30% de pacientes con adherencia terapéutica. Obtenemos un tamaño de muestra de 227 individuos. Con la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

en donde:

N = tamaño de la población q = seguridad, y
Z_α = nivel de confianza, e = precisión.
p = proporción esperada,

➤ **Lugar en donde se desarrollará el estudio**

Módulo DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar Número 94 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

➤ INCLUSION:

- Edad de 18 años o más con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Que cuente con estudio de HbA1c en el último semestre.
- Contar con un mínimo de 3 consultas en módulo DiabetIMSS en el último semestre.
- Que acepten participar bajo consentimiento informado.

➤ NO INCLUSION:

- Con patologías psiquiátricas.
- Con discapacidad auditiva que interfiera con la comunicación efectiva.

➤ ELIMINACION

Paciente que responda los cuestionarios de forma incompleta.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

➤ Cuestionario relación médico – paciente (PDRQ-9)

El cuestionario relación médico – paciente de 9 preguntas o PDRQ-9, por sus siglas en inglés, fue adaptado y validado por Feltz y colaboradores en 2004 a partir del Helping Alliance Questionnaire de Luborsky.⁽²⁸⁾ El objetivo de su desarrollo fue el contar con una herramienta simplificada, objetiva y enfocada en la evaluación del médico como profesional efectivo y de ayuda para el paciente desde la perspectiva de este último en el primer nivel de atención. Este fue traducido al español y validado por Mingote J. en Madrid España en una versión de 13 preguntas bajo el nombre de cuestionario de relaciones médico – paciente (CREM-P) en 2009 con un Alpha Cronbach de 0.956.⁽²⁹⁾

En América Latina se ha aplicado esta escala para su validación. En 2018 Wollmann y colaboradores validaron este cuestionario de 9 preguntas en una población adulta brasileña que recibió atención médica en un primer nivel de atención a través de

entrevistas y por auto aplicación a un total de 761 participantes. Reportando un alfa Cronbach de 0.95 y 0.94 respectivamente. ⁽³³⁾ En 2020 Fernández Castillo y Cols. validaron este cuestionario en su versión de 9 preguntas en población mexicana con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, quienes a través de un análisis de fiabilidad y factibilidad confirmatoria encontraron un alfa Cronbach 0.95, demostrando una alta consistencia interna, útil para la medición de la relación médico – paciente en personas con esta condición de salud crónica. ⁽³⁴⁾

El cuestionario se encuentra estructurado en 9 ítems que evalúan las dimensiones de: comunicación, satisfacción y accesibilidad, teniendo como respuesta nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre, los cuales se califican con una escala de tipo Likert de 5 puntos del 1 al 5 respectivamente presenta, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo siempre, con un total de 45 puntos. Para la categorización se suman los puntos y con base a ello obtendremos el nivel de percepción de relación médico paciente individual de la siguiente manera:

- 26-45 puntos – Buena satisfacción
- 18-25 puntos - Regular satisfacción
- 9-17 puntos - Mala satisfacción

➤ **Encuesta de adherencia terapéutica (EAT)**

Se trata de un instrumento que evalúa el tratamiento de manera integral en pacientes con enfermedades crónicas. Esta escala fue elaborada por Soria y colaboradores en 2009 obteniendo con un Alpha Cronbach de 0.919, es decir, una fiabilidad del 99%.⁽¹⁸⁾

El cuestionario se encuentra estructurado en 21 ítems, divididos en tres dimensiones que miden control de ingesta de medicamentos y alimentos; seguimiento médico conductual y autoeficacia. Cada reactivo se responde con 0 a 100 por ciento,⁽³⁵⁾ de acuerdo con la efectividad que el paciente considere. Clasificando los resultados de la siguiente manera:

- Baja adherencia 0-33 puntos
- Modera adherencia 34-67 puntos
- Alta adherencia 68-100 puntos

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previa autorización del director de la UMF 94, y aprobación de los comités correspondientes de ética e investigación, se buscará en sala de espera de DiabetIMSS a portadores de diabetes mellitus que cumplan los criterios de inclusión, el investigador se presentará y les explicará el objetivo de la investigación, se les invitará a participar en el estudio, a quienes acepten se les otorgará y explicará el consentimiento informado, se solicitará la firma para quienes acepten ingresar al estudio, explicándoles los posibles beneficios y riesgos. Posteriormente se garantizará confidencialidad de su participación así como de sus resultados, y se aclarará que dicha actividad no tendrá ningún tipo de implicación respecto a su atención en el instituto, se verificará en el expediente físico el dato de la última hemoglobina glucosilada en el último semestre y se anotará en la hoja de recolección de datos, posteriormente se otorgará dicha hoja al participante, se darán instrucciones de llenado y se aclararán dudas, una vez requisitado se entregará el cuestionario relación médico paciente PDRQ-9, explicando forma de llenado así como aclarando dudas. Posteriormente se entregará la encuesta de adherencia terapéutica, igualmente se darán instrucciones y se aclararán dudas. Al término del llenado de los instrumentos se calificarán y se darán sus resultados. Se darán recomendaciones generales con base al resultado de la encuesta de adherencia terapéutica y se informará el resultado del cuestionario médico paciente PDRQ-9, comentándole que los resultados finales servirán para identificar áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención. Se agradecerá su participación, se escucharán con atención comentarios y dudas finales. Ya con los datos recolectados del total de 227 participantes, se generará una base en el programa SPSS versión 25 para el registro adecuado de la información, se utilizará la prueba estadística Kruskal Wallis para responder a la pregunta de investigación. Los resultados se reportarán con estadística descriptiva, tablas y gráficos.

Con dicho procesamiento de los datos se redactará el análisis de estos en relación con la bibliografía actual, la difusión de resultados mediante participación de congresos, cartel o publicación.

RECURSOS

- Humanos: Dr. Hidalgo Villaseñor Rodrigo, Dra. Corona Lara Judith y residente de la especialidad de Medicina Familiar Silva Meneses Elizabeth.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 94.
- Físicos: instalaciones del módulo DiabetIMSS de la UMF 94 IMSS.
- Materiales: fotocopias, plumas, lápices, plumas y hojas blancas.
- Tecnológicos: computadora.
- Financieros: aportados por el investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se encontrará avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón. Se realizará en población de adultos con edad igual o mayor a 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el módulo de DiabetIMSS, se apega a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y a los de la ley general de salud vigente acerca de investigación en seres humanos.

Se apega a la ley general de salud y la Normatividad del Instituto Mexicano de Seguro Social. (El artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigencia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV, de esta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI. (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondiente fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

Factibilidad: El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón y al ser solo unas encuestas de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

Estudio en población vulnerable: En el presente protocolo participaran adultos con edad igual o mayor de 18 años, con el previo consentimiento informado de ellos, para la aplicación de tres encuestas que abarcara la Cuestionario de evaluación de relación médico - paciente, Escala de adherencia terapéutica y hoja de recolección de datos que se encarga de evaluar las dimensiones relevantes de relación médico paciente y adherencia a tratamiento en enfermedades crónicas.

Riesgo de la investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, el estudio se considera sin riesgo ya que solo se recabará información con preguntas dirigidas a los adultos, mediante cuestionarios estructurados, sin realizarse ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: Este estudio contribuirá a determinar la el impacto de la interacción médico – paciente sobre la adherencia a tratamiento en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el módulo de DiabetIMSS de la UMF 94 San Juan de Aragón , además de conocer las características sociodemográficas de los mismos; en segunda instancia los cuestionarios nos permitirán comparar los estudios previos que se han realizado en la misma población así como realizar intervención en aquellos pacientes con baja adherencia a tratamiento a través de un abordaje personal y breve donde se explicarán los riesgos y beneficios de la aplicación continua de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas que lo

integran para evitar las complicaciones microvasculares y macrovasculares resultado de un descontrol glucémico a corto, mediano y largo plazo.

Los participantes podrán obtener sus resultados si así lo solicitarán y se les indicaría cuales son los factores de riesgo y protección que se identificaron conforme al cuestionario que contestaron, además de explicar los resultados obtenidos asegurando la confidencialidad de los entrevistados, además de recomendarles acciones preventivas para mejorar su adherencia a tratamiento y el logro y mantenimiento de metas terapéuticas.

Posibles inconvenientes: No existen inconvenientes, ya que solo se aplicarán los cuestionarios en un solo momento a los adultos atendidos en módulo DiabetIMSS, previo consentimiento de los participantes o familiar responsable si así lo requiriera el caso.

Balance riesgo – beneficio: El beneficio directo para los participantes adultos atendidos en el módulo DiabetIMSS es modificar conductas de salud que lo mantengan en descontrol glucémico a través de una intervención educativa breve. Por otra parte, a través de este estudio se generará conocimiento sobre el problema específico y al ser un estudio sin implicación de riesgo se considera que el balance riesgo beneficio es favorable a toda la población adulta que vive con diabetes mellitus tipo 2.

Confidencialidad: Los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, sus resultados se usarán de manera global y para fines estadísticos. Se identificará al adulto con su número de seguridad social, número telefónico o número de cuenta o E –mail solo en caso de que requiera sus resultados los cuales se proporcionarán en forma personal y confidencial; los datos personales serán resguardados por el investigador, su difusión será totalmente académica al personal de salud.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se informará de manera clara y con lenguaje comprensible a los posibles participantes, se explicará los objetivos y el papel que desempeñarán en el estudio, el investigador se cerciorará de que el participante haya comprendido lo explicado y se resolverán dudas, se le explicará que su participación será de manera voluntaria, lo cual no lo

obliga a participar , pudiendo acceder o no o si lo desea salir posteriormente del estudio si así lo desea , sin ninguna repercusión alguna ,además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto, en caso de aceptar su participación en este protocolo firmara hoja de consentimiento informado con previa explicación acerca de lo que firmara.

Forma de selección de los participantes: En el módulo de DiabetIMSS turno matutino y vespertino de la UMF número 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, todo adulto de 18 años o más integrado a esta área de la UMF 94 puede ser un posible participante del protocolo por conveniencia, previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, última revisión del año 2014, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en el capítulo I y V, en los artículos 13, 18, 20; y 57 y 58 respectivamente que indican:

ARTÍCULO 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

ARTÍCULO 17.- El sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio, ya que solo se aplicarán cuestionarios.

ARTÍCULO 20.- El sujeto tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento.

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio,

capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Dentro del estudio se actuará con respeto hacia el paciente (Artículo 8), así como se respetará su autonomía traducido a respetar la participación o no participación del paciente en el estudio, se respetará su autonomía, una vez dada la debida información sobre la investigación, no se podrá obligar a ninguna persona a participar, tendrá derecho a tomar decisiones informadas (Artículo 20, 21, 22, Declaración de los Derechos de los Pacientes) por medio del consentimiento informado (Código de Núremberg), la confidencialidad de las respuestas como del resultado estos serán vistos y analizados únicamente por el investigador, dentro del estudio no se busca dañar de ninguna forma ni la integridad física psicológica y moral de los participantes ya que no se pondrá en peligro su integridad debido a que no será un estudio experimental, y se buscará dentro del beneficio observar las relaciones intrafamiliares, así como la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Artículo 100 de la Ley General de Salud).

En Declaración de Helsinki estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” por lo que en este estudio no se realizará experimento que dañe a los pacientes.

Los aspectos éticos del presente trabajo se fundamentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º publicado el 6 de abril de 1990 en el Diario Oficial de la Federación, donde nos habla sobre la igualdad y la libertad de decisión sobre su salud y el libre acceso a los servicios médicos en busca de un beneficio. Además, apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Código de Bioética para el personal de salud. Los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: “que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 – 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

El informe Belmont presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

- Respeto. Todas las personas adultas deberán ser tratados como agentes autónomos, tratados de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- Beneficencia. El concepto de tratar a las personas adultas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- Justicia. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellos que pueden pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de la investigación.

RESULTADOS

Se encuestaron a 227 participantes masculinos y femeninos incorporados al módulo de diabetIMSS, todos ellos pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 94 los cuales se encontraban en un rango de edad de 21 a 85 años; con una media de 58.54 ± 10.56 años, mediana de 60 y moda de 63 años. La muestra de la población estuvo conformada en su mayoría por 147 hombres (64.3%); 135 (59.5%) de los pacientes se encuentran casados; la escolaridad de predominio fue secundaria y bachillerato con un 32.2% y 26.9% respectivamente, y más de la mitad de los pacientes (53.7%) refirió tener una enfermedad cardiovascular seguida de aquellos pacientes que niegan alguna comorbilidad con una frecuencia de 42 (18.5%). (cuadro 1)

Cuadro 1. Datos sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que forman parte del módulo de diabetIMSS		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Hombre	147	64.8%
Mujer	80	35.2%
Estado Civil		
Soltera	56	24.7%
Casada	135	59.5%
Viuda	27	11.9%
Unión libre	9	4.0%
Escolaridad		
Primaria	53	23.3%
Secundaria	73	32.2%
Bachillerato	61	26.9%
Licenciatura	40	17.6%
Comorbilidades		
Ninguna	42	18.5%
Cardiovascular	122	53.7%
ortopédica	19	8.4%
endocrinológica	12	5.3%
neoplásica	4	1.8%
reumatológica	14	6.2%
Otras	14	6.2%

**Datos obtenidos a partir de las encuestas.
Elaboró Elizabeth Silva Meneses.**

Cuadro 2. Distribución del grado de satisfacción en la atención médica y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del módulo diabetIMSS.

Categorización	Frecuencia	Porcentaje
Grado de satisfacción		
Buena	221	97.4%
Regular	4	1.8%
Mala	2	0.9%
Adherencia terapéutica		
Baja	221	97.4%
Moderada	6	2.6%
Datos obtenidos a partir de las encuestas. Elaboró Elizabeth Silva Meneses.		

Los datos recabados con respecto al grado de satisfacción en la atención médica en el módulo diabetIMSS esta fue mayormente buena con 221 (97.4%) pacientes y solamente 2 pacientes menciona una satisfacción mala (0.9%); los derechohabientes adscritos al diabetIMSS presentaron una adherencia terapéutica baja con una frecuencia de 221 (97.4%); ninguno de los participantes presentó una alta adherencia. (cuadro 2)

En cuanto al nivel de hemoglobina glucosilada se reportó una media de $7.6\% \pm 0.84$, con un valor mínimo de 5.5% y máximo de 9.5%. mostrando que la mayoría de los participantes se encontraban en mal control glucémico con 188 (82.8%) y solamente el 17.2% se encontraba dentro de metas terapéuticas (hemoglobina glicada de 7%). (Cuadro 3)

Cuadro 3. Distribución con respecto a la hemoglobina glucosilada (Hb1Ac) que presentaron los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que forman parte del módulo de diabetIMSS.

Categorización	Frecuencia	Porcentaje
Hb1Ac		
Buen control glucémico	39	17.2%
Mal control glucémico	188	82.8%
Datos obtenidos a partir de las encuestas. Elaboró Elizabeth Silva Meneses.		

Con respecto a la asociación del grado de satisfacción percibida por los pacientes en la atención médica con las variables sociodemográficas, en la muestra del estudio se puede observar con respecto al género que las mujeres presentan un grado de satisfacción buena con una frecuencia de 145 (98.6%) con un valor de p

no significativo (0.127); el estado civil casado se presenta con mayor frecuencia 131 (97%) en aquellos que presentan un grado de satisfacción buena sin tener asociación estadística (p 0.945); al realizar la tabla cruzada de escolaridad con el grado de satisfacción del paciente no hay un valor estadístico significativo (p 0.378), pero se evidencia que el grado de satisfacción no depende de la escolaridad; por otra parte se presenta una p significativa (0.000) al analizar las comorbilidades con el grado de satisfacción, en la que se demuestra que independientemente de la comorbilidad estos presentan un buen grado de satisfacción en la atención médica. (cuadro 4)

Cuadro 4. Asociación de las Variables Sociodemográficas con el grado de satisfacción en la atención médica percibida por pacientes con DM tipo 2 en módulo de diabetIMSS.

Variables	Grado de satisfacción			p
	Buena	Regular	Mala	
Género				
Mujer	145 (98.6%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	0.127
Hombre	76 (95.0%)	2 (2.5%)	2 (2.5%)	
Estado Civil				
Soltero	54 (96.4%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	0.945
Casado	131 (97.0%)	3 (2.2%)	1 (0.7%)	
Viudo	27 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Unión libre	9 (4.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Escolaridad				
Primaria	51 (96.2%)	2 (3.8%)	0 (0.0%)	0.378
Secundaria	72 (98.6%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Bachillerato	59 (96.7%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	
Licenciatura	39 (97.5%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)	
Comorbilidades				
Ninguna	42 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.000
Cardiovascular	119 (97.5%)	1 (0.8%)	2 (1.6%)	
Ortopédica	19 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Endocrinológica	9 (75.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)	
Neoplásica	4 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Reumatológica	14 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Otras	14 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Datos obtenidos a partir de las encuestas. Elaboró Elizabeth Silva Meneses.				

Al asociar el control glucémico a partir de la hemoglobina glucosilada con el grado de satisfacción de la atención médica se encuentra un valor de p sin significancia estadística (0.528), debido a que tanto aquellos pacientes con buen control y mal control glucémico presentaron un grado de satisfacción bueno. (cuadro 5)

Cuadro 5. Asociación de las variables de estudio con el grado de satisfacción en la atención médica percibida por pacientes con DM tipo 2 en módulo de diabetIMSS.

Variables		Grado de Satisfacción			p
		Buena	Regular	Mala	
Hemoglobina glucosilada	<7%	39 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.528
	≥7%	182 (96.8%)	4 (2.1%)	2 (1.1%)	

Datos obtenidos a partir de las encuestas.
Elaboró Elizabeth Silva Meneses.

Por otra parte, al realizar las tablas cruzadas de la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus adscritos al módulo diabetIMSS con las variables sociodemográficas de género, estado civil y escolaridad no se encontró una asociación estadísticamente significativa ya que demostraron un valor de p de 0.357, 0.445 y 0.917 respectivamente. Por el contrario, al asociar las comorbilidades con la adherencia terapéutica se obtuvo un valor de p de 0.000 (asociación significativa) evidenciado que aquellos que presentan cualquier comorbilidad o ninguna presentaron una baja adherencia terapéutica al tratamiento médico. (cuadro 6)

Cuadro 6. Asociación de las Variables Sociodemográficas con el grado de adherencia terapéutica en pacientes con DM tipo 2 en módulo de diabetIMSS.

Variables	Adherencia terapéutica		p
	Baja	Moderada	
Género			
Mujer	144 (98.0%)	3 (2.0%)	0.357
Hombre	77 (96.3%)	3 (3.8%)	
Estado Civil			
Soltero	53 (94.6%)	3 (5.4%)	0.445
Casado	132 (97.8%)	3 (2.2%)	
Viudo	27 (100%)	0 (0.0%)	
Unión libre	9 (100%)	0 (0.0%)	
Escolaridad			
Primaria	51 (96.2%)	2 (3.8%)	0.917
Secundaria	71 (97.3%)	2 (2.7%)	

Bachillerato	60 (98.4%)	1 (1.6%)	
Licenciatura	39 (97.5%)	1 (2.5%)	
Comorbilidades			
Ninguna	41 (97.6%)	1 (2.4%)	0.000
Cardiovascular	120 (98.4%)	2 (1.6%)	
Ortopédica	19 (100%)	0 (0.0%)	
Endocrinológica	12 (100%)	0 (0.0%)	
Neoplásica	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
Reumatológica	13 (92.9%)	1 (7.1%)	
Otras	14 (100%)	0 (0.0%)	
Datos obtenidos a partir de las encuestas. Elaboró Elizabeth Silva Meneses.			

Al confrontar la adherencia terapéutica con la hemoglobina glucosilada; se determina que sin importar el control glucémico tanto buen control como mal control ambos presentan una baja adherencia terapéutica al tratamiento médico sin presentar un valor de p significativo (0.258). (cuadro 7)

Cuadro 7. Asociación de las variables de estudio con el grado de adherencia terapéutica en pacientes con DM tipo 2 en módulo de diabetIMSS				
Variables		Adherencia terapéutica		p
		Baja	Moderada	
Hemoglobina glucosilada	<7%	39 (100%)	0 (0.0%)	0.258
	≥7%	182 (96.8%)	6 (3.2%)	
Datos obtenidos a partir de las encuestas. Elaboró Elizabeth Silva Meneses.				

Al comparar la adherencia terapéutica con el grado de satisfacción en la atención médica se encontró en su mayoría baja adherencia con buena satisfacción de la atención (97.7%), en comparación a aquellos que presentan baja adherencia terapéutica con un grado de satisfacción malo (0.5%) con un valor de p (0.000) estadísticamente significativo. (cuadro 8)

Cuadro 8. Asociación de las variables de estudio: grado de satisfacción y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 incorporados al módulo de diabetIMSS.

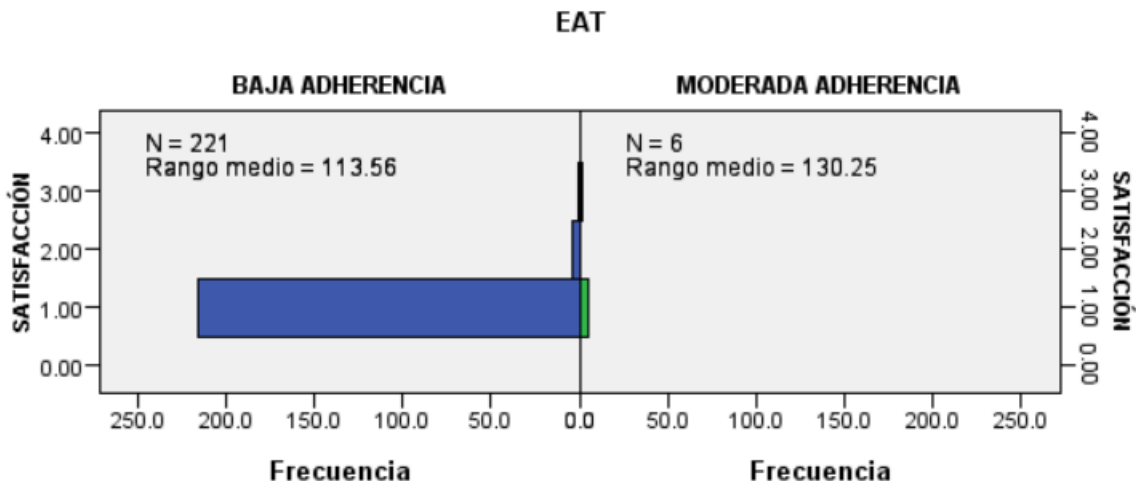
Variables		Grado de Satisfacción			p
		Buena	Regular	Mala	
Adherencia terapéutica	Baja	216 (97.7%)	4 (1.8%)	1 (0.5%)	0.000
	Moderada	5 (83.3%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	

Datos obtenidos a partir de las encuestas.
Elaboró Elizabeth Silva Meneses.

Finalmente, al realizar la prueba estadística U de Mann-Whitney, la adherencia terapéutica con satisfacción de la atención médica se encontró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p de 0.027 con nivel de error del 5% e intervalo de confianza de 95%, que un nivel más bajo de adherencia terapéutica presenta mayor nivel de satisfacción. (cuadro 9 y grafico 1).

Cuadro 9. Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de SATISFACCION es la misma entre las categorías de EAT.	Prueba U de Mann – Whitney para muestras independientes	.027	Rechazar la hipótesis nula
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.				

Gráfico 1. Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes



Así mismo se calculó el coeficiente de correlación de Spearman con resultado de 0.147 y p de 0.027 reflejando una fuerza de asociación débil. (cuadro 10).

Cuadro 10. Correlación de Spearman				
			EAT	SATISFACCIÓN
Rho de Spearman	EAT	Coeficiente de correlación	1.000	0.147*
		Sig. (bilateral)	.	.027
		N	227	227
	SATISFACCIÓN	Coeficiente de correlación	0.147*	1.000
		Sig. (bilateral)	.027	.
		N	227	227

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSION

Gallardo y ortega en su estudio “factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, encontraron que la media de edad fue 56 ± 7 años, comparado con nuestro estudio donde se obtuvo una media de edad de los pacientes de 58.54 ± 10.56 años, lo que demuestra cierta similitud. Así mismo en este estudio la mayoría estuvo conformado por el sexo femenino con un 66%, encontrando diferencia con nuestra investigación donde la mayoría de los pacientes fueron hombres con un 64.3%.⁽³⁶⁾ En 2020, la investigación “factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2”, realizado por Ramírez García y cols. encontró el nivel de escolaridad del 70.8% con primaria en comparación con nuestros resultados donde obtuvimos un predominio de secundaria y bachillerato con un 32.2% y 26.9% respectivamente.⁽³⁷⁾ Tal vez, esta diferencia se debe a que, al haber tomado una población de una metrópoli (Cd. México) más pequeña que la nuestra, la necesidad de preparación es mayor, por lo que la población se ve obligada a tener un nivel académico más alto.

En otra investigación, Loza y Silvana llamada “factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico oral de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en

centros de salud de la microrred norte de la red de salud Tacna, año 2018” registraron que el 65.6% de los pacientes no tuvieron adherencia a tratamiento, obteniendo en nuestro estudio 97.4% de baja adherencia a tratamiento. ⁽³⁸⁾

Con respecto al análisis del cuestionario PDRQ-9 obtenido en 2011 por Ríos Álvarez y cols. mostró que ningún paciente considera que tiene una mala relación médico paciente, y el 83.5% presentan buena relación, cifra de gran similitud a la nuestra, con un 97.7%. ⁽³⁹⁾ En el estudio publicado en 2014 por Rullán y cols. referente al control glucémico, se determinó que la mayoría de los pacientes se encuentran con una cifra de glucosa elevada en 85% (174), que, al compararla con nuestro estudio, obtuvimos que la mayoría de los participantes se encontraban en mal control glucémico con 188 (82.8%) y solamente el 17.2% se encontraba dentro de metas terapéuticas 55.4% (154), observando que en ambos predomina la población con descontrol glucémico, probablemente por la falta del conocimiento de esta patología, así como la cultura, costumbres, nivel socioeconómico, hábitos dietéticos, que se tienen en nuestro país. ⁽⁴⁰⁾

CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la investigación, se concluye que una interacción médico - paciente buena tiene correlación con una adherencia terapéutica baja en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.147 y p de 0.027 lo que refleja una fuerza de asociación débil entre estas variables. Aceptando así la hipótesis nula.

LINEAS DE INVESTIGACION

Como línea de investigación se sugiere el estudio de:

- Las determinantes individuales, clínicas y familiares para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Las determinantes y características del personal de salud para establecer una buena relación médico paciente en personas con diabetes.

- Estrategias educativas para mejorar la relación médico paciente y adherencia del tratamiento de las personas que viven con diabetes.

Bibliografía

1. Jameson Larry J., Kasper DL, Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. *Harrisons Principles of Internal Medicine*. 20a ed. Vol. 2. McGraw Hill Education; 8539 pp.
2. American Diabetes Association. (2021). *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021*. *Diabetes Care*.2021;44 (supplement 1): S15-S33. *Diabetes care*, 44 (9), 2182. <https://doi.org/10.2337/dc21-ad09>
3. International diabetes federation. *IDF diabetes atlas* [Internet].IDF; 2021 [citado 30 de enero de 2021]. Disponible en: www.diabetesatlas.org
4. *Diabetes* [Internet]. [citado 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
5. OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* [Internet]. OECD; 2019 [citado 30 de enero de 2022]. (Health at a Glance). Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
6. *Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud* [Internet]. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
7. *Colaboradores O de P y. LA PANDEMIA DE DIABETES EN MÉXICO* [Internet]. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ciad.mx/notas/item/2450-la-pandemia-de-diabetes-en-mexico>
8. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados Nacionales* [Internet]. ENSANUT 2018-2019. [citado 30 de enero de 2022]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

9. Vista de Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México | Salud Pública de México [Internet]. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8566/11577>
10. Morales PAK, González MGV, Kalb MMY. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Medio Camino. :151.
11. Velasco-Contreras 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
12. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 00/00/0000. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-718-18/ER.pdf>
13. Algoritmos para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en diabetes tipo 2. (2020). Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición, 7(5). Disponible en: <https://doi.org/10.24875/rme.m20000005>
14. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Rev. Finlay. diciembre de 2016;6(3):215-20.
15. Norma Oficial Mexicana. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus [Internet]. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
16. Arteaga-Rojas E, Martínez-Olivares MV, Romero-Quechol GM. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo Re Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2019;27(1):52-59
17. Rodríguez, G. J., Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., & Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. Atención primaria, 50(10), 611–620. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.011>

18. Soria Trujano R, Vega Valero CZ, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. en Psicol.* marzo de 2009;14(20):89-103.
19. Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A, et al. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. Horiz. Sanit.* diciembre de 2019;18(3):383-92.
20. Domínguez Gallardo L.A., Ortega Filártiga E. Factors associated with lack of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Virt. Soc. Paraguaya Med Interna.* 29 de marzo de 2019;6(1): 63-74.
21. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. Asnani MR, editor. *PLOS ONE.* 17 de octubre de 2017;12(10): e0186458.
22. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determinantes Y Nuevas Estrategias. *Rev. Med. Honduras* 2016; 84:8.
23. Castillo Morejón Maidielis, Martín Alonso Libertad, Almenares Rodríguez Kenia. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2017 Dic [citado 2022 Mar 28] ; 33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006&lng=es.
24. Mendoza F. A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. Per. Ginec. Obstet.* 27 de enero de 2018;63(4):555-64.
25. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry.* Abril de 2019;61(Suppl 4): S776-81.
26. Gamboa DLH. Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. *Revista CONAMED, Año 5, Vol. 9, Núm. 20, julio - septiembre, 2001*
27. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P (2018) Confianza y comunicación en una relación médico-paciente: una revisión de la literatura. *J Healthc Commun* 3:36. DOI: 10.4172/2472-1654.100146

28. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen. Hosp. Psychiatry*. marzo de 2004;26(2):115-20.
29. J. C. Mingote Adán, B. Moreno Jiménez, R. Rodríguez Carvajal, M. Gálvez Herrer, P. Ruiz López. Psychometric validation of the Spanish.pdf [Internet]. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2009. Disponible en: file:///C:/Users/HP/Zotero/storage/XP8KKVIY/Psychometric%20validation%20of%20the%20Spanish.pdf
30. Susana Trejo Pérez. adherencia terapéutica y red de apoyo sociofamiliar en diabéticos tipo 2 [tesis]. [Ciudad de México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2019.
31. Sánchez CGV, Hernández AT. Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Aten Fam.* 31 de octubre de 2018;25(4):146-50.
32. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 1 de junio de 2016;48(6):406-20.
33. Wollmann, L., Hauser, L., Mengue, S. S., Agostinho, M. R., Roman, R., Feltz-Cornelis, C. M. V. D., & Harzheim, E. (2018). Cross-cultural adaptation of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 52, 71. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000380>
34. Fernández Castillo, K. N., Corral Frías, N. S., & Valenzuela Hernández, E. R. (2021). Validación y adaptación al español del cuestionario de relación médico-paciente en pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México (PDRQ-9). *Psicumex*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.339>
35. Juárez Treviño M, Pérez Mayorga KJ, Garza Guerra AJ, Rodríguez Briones LC. (2020). relación entre sobrecarga del cuidador y adherencia terapeutica en niños

con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. revista electrónica de portales médicos , XV; No.16; 820.

36. Gallardo LAD, Filártiga EO. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev virtual Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 2019 [citado el 8 de diciembre de 2022];6(1):63–74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6868055>
37. Ramírez García María Cristina, Anlehu Tello Alejandra, Rodríguez León Alfonso. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Dic 08] ; 18(3): 383-392. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383&lng=es. Epub 17-Ene-2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>.
38. Mollinedo L, Fernanda S. Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico Oral de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en Centros de Salud de la Microrred Cono Norte de la Red de Salud Tacna, Año 2018. Universidad Privada de Tacna; 2020.
39. Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza A. 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.
40. Rullán-Silva MR, Avalos-García MI, Priego-Álvarez HR. Desempeño del médico familiar en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de seguridad social en Tabasco. SALUD EN TABASCO. 2014; 20(3): 71-79.

ANEXOS

Anexo No. 1 Cuestionario de evaluación de la relación médico – paciente

Folio: _____

Instrucciones: coloque una x en la casilla que describa su situación real.

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN RELACION A SU MEDICO DE FAMILIA (PDQR-9)

PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Mi médico me ayuda					
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
Creo en mi médico					
Mi médico me entiende					
Mi médico se dedica a ayudarme					
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
Puedo hablar con mi médico					
Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
Siento a mi médico fácilmente accesible					

Puntaje total: _____

Anexo No. 2: Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)


Folio: _____

Instrucciones: califique del 0-100 la opción que usted considere obtener de acuerdo con las preguntas que se plantean a continuación.

	Ítems	Puntaje
1.	Ingiero mis medicamentos de manera puntual	
	No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	
2.	Me hago análisis en los períodos que el medico indica	
3.	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	
4.	Asisto a mis consultas de manera puntual	
5.	Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto al estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	
6.	Estoy dispuesta (o) a dejar de hacer algo placentero, como, por ejemplo: no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas si el médico me lo ordena	
7.	Como solo aquellos alimentos que el médico me permite	
8.	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	
9.	Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	
10.	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego al tratamiento	
11.	Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	
12.	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	
13.	Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido	
14.	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento	
15.	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	
16.	Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	
17.	Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente, aunque no este enfermo	
18.	Me inspira confianza que el medico demuestre conocer mi enfermedad	
19.	Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme	
20.	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	

Puntaje total: _____

Anexo No. 3: Hoja de recolección de datos.

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MEXICO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
INTERACCION MÉDICO – PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2	
Ficha de identificación	
FOLIO: _____	
Nombre: _____	
Género: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Edad: _____	
Estado civil: soltera (o) <input type="checkbox"/> casada (o) <input type="checkbox"/> viuda (o) <input type="checkbox"/> unión libre <input type="checkbox"/>	
Escolaridad: primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> bachillerato <input type="checkbox"/> licenciatura <input type="checkbox"/>	
Comorbilidades:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca, arritmias, valvulopatías, hipertensión, accidente vascular cerebral, o cardiopatía congénita.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad ortopédica (lumbalgia, gonartrosis, escoliosis, síndrome de hombro doloroso)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad endocrinológica (hipotiroidismo e hipertiroidismo)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad neoplásica (cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de próstata, neoplasias gastrointestinales, etc.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, osteoartritis, gota, osteoporosis/osteopenia, psoriasis, fibromialgia, etc.)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica (enfermedad de Parkinson, migraña, epilepsia, neuropatías)	
<input type="checkbox"/> Otra enfermedad (especifique): _____	
Interacción médico - paciente: puntaje final: _____	
Buena satisfacción <input type="checkbox"/> Regular satisfacción <input type="checkbox"/> Mala satisfacción <input type="checkbox"/>	
Adherencia al tratamiento: puntaje final: _____ Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	
Última Hemoglobina glucosilada A1C1: _____	
Dra. Silva Meneses Elizabeth. Médico, residente de la especialidad de Medicina Familiar.	

Anexo No. 4 Consentimiento



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	INTERACCION MÉDICO – PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a ____ de _____ del 2022.
Número de registro:	R-2022-3511-023
Justificación y objetivo del estudio:	la diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel internacional y nacional por las complicaciones y las muertes asociadas a un mal control de la glucosa en sangre. Evitar estas complicaciones requiere el seguimiento constante a los cuidados que se requieran en consultas, medidas para el tratamiento y toma de medicamentos, entre otros, en donde uno de los factores que influye es la relación que se establece entre el médico y el paciente. El principal objetivo del estudio es determinar la relación que guarda la interacción médico paciente con el grado de adherencia a tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un módulo centrado en el manejo integral de enfermedades crónico-degenerativas.
Procedimientos:	responder algunos datos personales y dos encuestas; en dicho proceso se le realizaran una serie de preguntas para determinar el grado de satisfacción que percibe durante la atención médica y el nivel de adherencia a tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, es decir el grado de seguimiento a las medidas para atender tratar la diabetes mellitus.
Posibles riesgos y molestias:	no existen riesgos, debido a que la participación consiste en responder algunos datos; la molestia puede ser dedicarle aproximadamente de 15 a 20 minutos a contestarlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	dar a conocer al participante información sobre el tipo de interacción con su médico tratante y su grado de adherencia a tratamiento, de resultar baja se realizará una intervención personal y breve donde se le darán a conocer los riesgos y beneficios de la aplicación continua de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas que integran la terapéutica de diabetes mellitus tipo 2 para evitar las complicaciones microvasculares y macrovasculares a corto, mediano y largo plazo resultado de un mejor control glucémico que mejorará la calidad de vida de la persona.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	se dará a conocer de manera inmediata al contestar el instrumento el resultado y se resolverán dudas y se otorgará una retroalimentación para reforzar la información.
Participación o retiro:	los participantes tienen la plena libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello afecte o intervenga la atención médica que recibe en el módulo de diabetIMSS de la UMF No 94.

Privacidad y confidencialidad:	los datos que se recaben se trabajarán con estricta confidencialidad, no hay manera de identificar la procedencia de los datos de cada uno de los participantes, ya que se foliarán con número consecutivo los datos obtenidos; además, los instrumentos y las hojas de recolección de datos, no se divulgarán y no estarán en manos de personas ajenas a esta investigación.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	no aplica.
Beneficios al término del estudio:	describir la relación entre el tipo de interacción médico paciente y el grado de adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 con y sin control glucémico, así como describir algunas características general con el fin de obtener información local que permita intervenir en aquellos con baja y moderada adherencia, además de conocer el grado de satisfacción de la atención médica que permita generar nuevas líneas de investigación.
<input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Judith Magdalena Corona Lara, Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF 94, Matrícula: 99368779 Tel: 57672977 Ext: 21465 Correo electrónico: medfamjc@hotmail.es
Asesor metodológico:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, Matrícula: 99366361, Teléfono: 57672977, extensión: 21407, Correo electrónico: rodriguin6027@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Elizabeth Silva Meneses, Matrícula: 97369715, Tel: 7471362411 correo electrónico: elizabethsm1106@gmail.com
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: comision.etica@imss.gob.mx	
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	<hr/> Nombre y firma del sujeto en estudio
	<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento participante
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

Anexo No. 5 Cronograma de actividades

	MAR ABR MAY 2021	JUN JUL AGO 2021	SEP OCT NOV 2021	DIC 2021 ENE FEB 2022	MAR 2022	ABRIL MAYO 2022	JUNIO JULIO 2022	AGOST SEPTIEM BRE 2022	OCTUBRE NOVIEMBRE 2022	DICIEMBRE ENERO 2022-2023	FEBRERO MARZO 2023	ABRIL MAYO 2023
Seminario de investigación	P	P										
	R	R										
Selección del tema			P									
			R									
Búsqueda bibliográfica			P	P								
			R	R								
Realización de marco teórico				P								
				R								
Solicitud de permiso en el uso de instrumento				P								
				R								
Solicitud de revisión por el CLIS					P							
					R							
Recolección de la muestra						P						
						R						
Análisis de resultados							P					
							R					
Escrito de investigación								P				
								R				
Correcciones									P			
									R			
Escrito médico										P	P	
										R	R	
Difusión de la investigación												P
												R

PROGRAMADO = P

REALIZADO = R

Anexo No. 6: carta de no inconveniente



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DE CONCENTRACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

Ciudad de México a 03 de Marzo de 2022

Asunto: CARTA DE NO INCOVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA
COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACION
PRESENTE:

Por medio del presente, manifiesto la autorización para llevar a cabo el protocolo de estudio "INTERACCION MEDICO - PACIENTE RELACIONADA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2" a cargo de la Dra. Corona Lara Judith Magdalena, con matricula 99368779, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 94, el cual se llevará en las instalaciones en la unidad a mi digno cargo.

Asimismo declaro:

No tener conflicto de intereses

De acuerdo al artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al presidente o secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

ATENTAMENTE

DR. SERGIO ALBERTO LEÓN ANGELES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94

c.c.p. interesado

Anexo 7. carta de confidencialidad



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA CONFIDENCIALIDAD Y APEGO
A LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA
INVESTIGADORES/AS, y/o COINVESTIGADORES/AS**

Ciudad de México, a 03 de marzo de 2022.

Yo Silva Meneses Elizabeth investigador/a de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación con el protocolo No. titulado: interacción médico-paciente relacionada a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2 me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente

Silva Meneses Elizabeth

(Firma y Nombre del Investigador/a)