

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Evaluación del grado de satisfacción en la relación Médico-Paciente y su asociación con el control del paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

TESIS
Que realizó para obtener título de
Posgrado en la Especialidad de Medicina Familiar

P R E S E N T A

DR. OSCAR DAVID GRANADOS RAMIREZ
MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Cel: 5548809133. Email: oscargr1885@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLOGICO
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Cel: 5520971563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLINICO
DRA ANA GLORIA TORO FONTANELL.
Cel: 5544907941. Email: gloriapiolin@hotmail.com

CD. DE MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2015

NO DE REGISTRO:



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Evaluación del grado de satisfacción en la relación Médico-Paciente y su asociación con el control del paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo

AUTORES: Dr. Oscar David Granados Ramírez¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³.

¹ Residente segundo año Medicina Familiar, HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO

Determinar la asociación del control glucémico de Diabetes Mellitus 2 con la relación médico-paciente en derechohabientes del HGZ/UMF 8

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo. Tamaño de la muestra 252 pacientes. Criterios de inclusión: diagnóstico mayor de un año, mayor de 25 años, un año de atención médica en la unidad. Criterios de exclusión: control glucémico por laboratorio no mayor a 3 meses, o laboratorio particular, enfermedades concomitantes y diabetes tipo 1. Se usó el test PDRQ que valora relación médico-paciente en diabéticos.

RESULTADOS

Se estudiaron 252 pacientes, 184 (73%) sexo femenino, 68 (27%) sexo masculino. Se encontraron 152 (60.3%) adecuado control glucémico, 100(39.7%) descontrol glucémico. En cuanto a relación médico paciente, 167 (66.3%) buena relación médico-paciente, 62 (24.6%) regular relación médico paciente y 23 (9.1%) con un mal nivel. En control glucémico y relación médico paciente, con adecuado control, 108 (42.9%) buena relación médico-paciente, 29 (11.5%) regular relación médico paciente y 15(6%) mal relación médico-paciente. En descontrol 59 (23.4%) buena relación médico paciente; 33 (13.1%) regular relación médico paciente; y 8 (3.2%) mala relación médico paciente.

CONCLUSIONES

La relación médico paciente influye sustancialmente en el control glucémico de forma favorable, mientras que los pacientes con descontrol glucémico tienen en su mayoría mal relación con su médico. Respecto a control glucémico, el sexo femenino tuvo un mejor control. Y encontramos que la satisfacción médico paciente se relaciona con un grado mayor escolar y en pacientes de 25 a 50 años.

PALABRAS CLAVE

Diabetes, relación médico-paciente, control glucémico.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE
SATISFACCIÓN EN LA
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
Y SU ASOCIACIÓN CON EL
CONTROL DEL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO 2 EN LA
CONSULTA EXTERNA, EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR #8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona/
Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador clínico de educación e investigación en salud
Del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
Del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito al HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico de tesis

AGRADECIMIENTOS

“Esto prometo: ejercer mi medicina y no apartarme de ella mientras Dios me consienta ejercerla, y refutar todas las falsas medicinas y doctrinas. Después, amar a los enfermos, a cada uno de ellos más que si de mi propio cuerpo se tratara. No cerrar los ojos, y orientarme por ellos, ni dar medicamentos sin comprenderlo ni aceptar dinero sin ganarlo”

Paracelso

“El médico está obligado a considerar que hay más de un órgano enfermo, incluso más que todo el cuerpo; tiene que ver al hombre en su mundo”.

Harvey Cushing

Porque mi pasado, mi presente y mi futuro se lo debo a los cimientos que forjo mi familia en mí el día de ayer. Aquella familia que me enseñó que el amor, las risas, las tristezas, las dificultades, las caídas y las victorias se viven de la misma forma en un departamento de unos cuantos metros cuadrados que en hectáreas de tierra.

Los he querido mucho, sólo que no he sabido expresar mi cariño, soy extremadamente rígido en mis acciones y creo que a veces no me entendieron. No era fácil entenderme, por otra parte, créanme hoy

A mi papá que me enseñó que el trabajo duro y honesto se asemeja a cualquier arte.

A mi mamá que nunca me enseñó el significado de la palabra límites, clases o rendirse. Quien me enseñó a navegar con bandera de Quijote por este mundo con un sueño por escudo, igualdad como escudero, perseverancia por Rocinante y amor como mi espada.

A mis amigos quien con su paso en mi vida han dejado un pedazo de ellos en mi corazón y que hoy forman parte de mi familia.

A mis maestros de los 6 años a la fecha quien a punta de conocimientos, uno que otro regaño, algunos con más fe que otros pero que gracias a ellos consolide el sueño que cumplo hoy.

“Sueña y serás libre en espíritu, lucha y serás libre en vida”

Dr. Ernesto Guevara de la Serna

INDICE

	<i>Página</i>
1. Marco teórico	7
2. Planteamiento del problema	15
3. Justificación	16
4. Objetivos	17
5. Hipótesis	18
6. Material y métodos	19
7. Tipo de estudio	19
8. Diseño de la investigación	20
9. Población, lugar y tiempo	21
10. Muestra	22
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
12. Variables	24
13. Diseño estadístico	27
14. Métodos de recolección de datos	29
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
16. Cronograma	31
17. Recursos materiales y humanos	32
18. Consideraciones de las normas e instructivos institucionales	33
19. Resultados	34
20. Discusiones	52
21. Conclusiones	56
22. Bibliografía	60
23. Anexos	62

MARCO TEORICO

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, se define como la enfermedad sistémica, crónico- degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción pancreática o deficiente acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas. Es una enfermedad que afecta múltiples órganos, con afectación en el sistema macro y micro-vascular, que tiene como consecuencia, lesión en diferentes órganos y sistemas del cuerpo tanto a corto como a largo plazo.¹

Se ha demostrado que en la presentación de la Diabetes Tipo 2 hay 2 factores involucrados: a) Una disfunción de las células beta con falta de respuesta secretoria al estímulo de la glucosa sanguínea, y b) una resistencia periférica a los efectos biológicos de la insulina, tanto por disminución del número de los receptores insulínicos de la membrana celular, como de los receptores post-membrana, todo lo cual conduce a una excesiva producción de glucosa por el hígado y dificultades en la captación de ésta por el músculo y por los adipocitos. En otras palabras la resistencia insulínica puede ocurrir a cualquier nivel de la acción biológica de la insulina, desde su unión inicial a los receptores de la superficie celular, hasta su participación en la cascada de fosforilación de la glucosa. Se ha constatado también el aumento en la secreción de glucagón. Algunos autores plantean que el defecto primario radica en la célula beta, con deterioro en la secreción de insulina. Por otra parte se ha identificado la causa primaria con la insulino-resistencia como demostración se esgrime el hecho de que la obesidad produce insulino-resistencia y que la disminución del peso corporal reduce marcadamente la posibilidad de desarrollar una diabetes mellitus. Se ha comprobado que la insulino-resistencia no se correlaciona solamente con la obesidad tal como clásicamente la entendemos, ya que es suficiente el aumento del tejido adiposo intra abdominal para que se condicione esta resistencia periférica a la acción de la insulina²

La diabetes al igual que otras enfermedades comunes como la hipertensión, la obesidad o la aterosclerosis tienen un claro componente genético. Distintos genes y regiones cromosómicas han sido identificados, las cuales confieren susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad. En particular para la diabetes tipo 2 se han identificado distintas regiones cromosómicas de susceptibilidad en población México-Americana en los cromosomas 2, 6, 10, 11, 15 y en los cromosomas 1, 5, 12 y 20 para población caucásica. Cada una de estas regiones contiene uno o más genes de susceptibilidad. El hallazgo de que distintas regiones cromosómicas se ven implicadas en la susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad en distintas poblaciones es la evidencia más clara de la heterogeneidad genética de la diabetes: distintos genes y combinaciones de estos predisponen al desarrollo de la enfermedad en distintos grupos étnicos. Recientemente se identificó y caracterizó el primer gen de susceptibilidad para la diabetes tipo 2 en el cromosoma 2.³

De acuerdo a la guía de práctica clínica el diagnóstico de Diabetes Tipo 2 se establece cuando ocurran síntomas de diabetes: polidipsia, poliuria, polifagia, y baja de peso, con resultado de una glicemia en cualquier momento del día 200mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.⁴

La American Diabetes association (ADA) en sus recomendaciones del 2014 maneja como criterios bioquímicos con o sin síntomas clínicos para confirmar el diagnóstico de diabetes son:

- AIC a 6.5% (en laboratorio con método estandarizado)
- Glucosa en ayunas mayor o igual a 126mg/dL (Ayuno de por lo menos 8 horas)
- Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (técnica descrita por la OMS, carga de glucosa anhidra de 75gr disuelta en agua).⁵

El Manual Metodológico de Indicadores 2013, del Instituto Mexicano del Seguro Social establece como un indicador favorable en la consulta de Medicina Familiar, tener > 30% de los pacientes con Diabetes tipo 2 en control adecuado de glucemia en ayuno (punto de corte <130 mg/dl).⁶

Actualmente, hay una pandemia global de la diabetes tipo 2 y sus secuelas clínicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que habrá de 300 millones de personas con diabetes en todo el mundo en el año 2025, lo que representa más del doble de la prevalencia estimada en 1995. Estas cifras probablemente son una subestimación del problema, teniendo en cuenta aproximadamente la mitad de los pacientes afectados continúan sin recibir un diagnóstico.⁷

En nuestro país la Encuesta Nacional de salud y nutrición ENSANUT 2012 mostró una prevalencia del 9,2% (ENSA 2000 fue de 4.6%; ENSANUT 2006 fue de 7.3%). Los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.⁸

La diabetes tipo 2 ha mostrado un comportamiento epidémico en México desde la segunda mitad del siglo pasado. En la actualidad, México es uno de los países con mayor ocurrencia de diabetes en el mundo. En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo 2.2 La diabetes es actualmente la primera causa de mortalidad en México y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años. En 2008 hubo más de 75 500 defunciones por diabetes en el país, para una tasa de mortalidad de 73.6 en mujeres y de 63.4 en hombres, por 100 000 habitantes. En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución de seguridad social en el país y que protege casi a la mitad de la población mexicana, la diabetes es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos.⁵ En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS.⁹

La transición demográfica y epidemiológica que está sufriendo México, ha llevado a la población a una mayor esperanza de vida al nacer, hoy en día es de 75.3 años y se espera que esta cifra se eleve a 78.8 años para el año 2025. También destaca un crecimiento acelerado en la población adulta mayor, en quienes el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico degenerativas se incrementa. Se estima que este ritmo en el crecimiento del número de adultos mayores, se mantendrá por lo menos durante los próximos 50 años. Las personas adultas y jóvenes de hoy formarán parte del grupo de los adultos mayores durante la primera mitad del siglo XXI. La diabetes es un claro ejemplo de la transición epidemiológica que vive el país, así como de la transición de la atención a la salud. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año y el comportamiento muestra un patrón ascendente en los próximos años. Para lograr reducir la carga social de esta enfermedad, además de la detección y tratamiento de los individuos enfermos, se requiere de una profunda intervención de carácter preventivo. Actualmente se dispone de las evidencias científicas sobre los factores de riesgo responsables del desarrollo de la diabetes. Las experiencias internacionales sobre los beneficios para la salud pública son prueba de la importancia de la prevención primaria.¹⁰

RELACION MEDICO-PACIENTE

Cualquier persona con funciones médicas establece, voluntaria o involuntariamente, una relación médico-paciente. En medicina, esta relación es especial en la medida en que siempre están presentes elementos tan dispares como los datos biomédicos técnicos, los parámetros psicológicos, el papel del ambiente familiar y social, y el hecho de brindar asistencia médica desde el nacimiento hasta la muerte, aunque la importancia recíproca de todos ellos varíe según el caso. La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los que se pueden señalar la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente. El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. En el ámbito de la Atención Primaria se ha observado que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que ofrecían seguridad y apoyo se asociaban con mejores resultados en salud.¹¹

La relación médico-paciente ha experimentado una transición a través del tiempo. Antes de las dos últimas décadas, la relación era predominantemente entre un paciente en busca de ayuda y un médico cuyas decisiones se cumplieron en silencio con el paciente. En este modelo paternalista de la relación médico-paciente, el médico utiliza sus habilidades para elegir las intervenciones y tratamientos más probables de restablecer la salud del paciente o aliviar su dolor. Cualquier información dada al paciente es seleccionada para animarles a dar su consentimiento a las decisiones del médico. Esta descripción de la interacción asimétrica y desequilibrada entre el médico y el paciente ha sido cuestionada en los últimos 20 años. Los críticos han propuesto un papel centrado en el paciente más activo, autónomo y por lo tanto para el paciente que aboga por un mayor control de los pacientes, la reducción de la dominación médico, y la participación mutua más. Este enfoque centrado en el paciente ha sido descrito como uno "donde el médico intenta entrar en el mundo del paciente, para ver la enfermedad a través de los ojos del paciente".¹²

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para el médico familiar (MF), ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia. Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el MF debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.¹³

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.¹⁴

Las enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial, entre otras, requieren de tratamientos prolongados. El establecimiento de un vínculo básico se constituye en la piedra fundamental de toda acción terapéutica. En el enfoque centrado en el paciente se busca entrar en su mundo para comprender la vivencia subjetiva de la enfermedad en un marco más amplio. Es relevante integrar al paciente como un participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio. La manera en que se prescribe es tan valiosa como el tratamiento mismo; el objetivo es enseñar al paciente a seguirlo, las recaídas no deben ser vistas como fracasos sino como una oportunidad más de aprender. Los pacientes necesitan encontrar sus propias soluciones y motivaciones, y hacerse responsables de su salud; los profesionales de la salud necesitamos darles el poder para hacerlo. Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia al mismo y en el autocuidado.¹⁵

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación y de la relación médico-paciente. La falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.¹⁶

Sobre los factores del sistema de salud y los prestadores, pocos estudios se han realizado, no obstante esto, bien documentada está la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico, al igual que el rol que desempeña la relación médico paciente. Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.¹⁷

La no adherencia a la medicación ha sido descrita como un "problema mundial de sorprendente magnitud". Se ha demostrado que conduce a la reducción de los resultados de salud y el aumento de los costos de atención de salud debido a las recaídas y complicaciones. La importancia del tema ha dado lugar a una serie de estudios que investigan los determinantes de la decisión de los pacientes que no deben seguir las recomendaciones. Durante los últimos años, ha habido un creciente interés por entender cómo la relación médico-paciente puede afectar la decisión de los pacientes a seguir las recomendaciones médicas. La evidencia a nivel del paciente identifica una serie de problemas en el área. Las expectativas para la comunicación y la participación durante el encuentro, los malentendidos entre las dos partes y los diferentes programas que no se cumplen en la consulta son algunos ejemplos de los aspectos difíciles de la relación médico-paciente relación que puede conducir a la falta de adherencia a la medicación.¹⁸

PATIENT- DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ)

La relación entre los médicos y los pacientes es un factor importante en la efectividad del tratamiento. Desde los años 1920 se empezó a hablar de dicha relación definiendo a la práctica de la medicina en un sentido más amplio incluyendo la relación del médico con su paciente. En 1955 se consideraba al médico como una droga igual de importante en la terapéutica de los pacientes. En la atención primaria conocer al paciente es al menos tan importante como conocer la enfermedad, y los médicos con un estilo más cálido y amigable son más efectivos que aquellos con un estilo más formal. En sentido particular la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y resultados del mismo se han encontrado relacionados con la relación médico paciente. Sin embargo, en la práctica hay una carencia de instrumentos de medida fiables y sensibles centrados en el paciente que evalúen la calidad de la relación médico-paciente. Con frecuencia se ha estudiado la relación médico-paciente desde la perspectiva del profesional, y se ha catalogado a los pacientes con una mala relación con su médico como pacientes difíciles. Se ha descrito en diversos estudios que estos pacientes presentan en muchos casos trastornos psicológicos, de personalidad y desomatización. Así, cuando se han desarrollado estrategias que inciden en el diagnóstico de síntomas de la esfera psíquica, mejoran los resultados de su abordaje. Pero el estudio de la relación médico-paciente tiene especial importancia desde la perspectiva de este último, que se ha evaluado con diversos cuestionarios pero que requiere de herramientas específicas.¹⁹

A partir de las distintas facetas de la relación médico paciente VanderFitz-Cornelis y su grupo desarrollaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire de Luborsky como base para el desarrollo del Patient Doctor Relationship Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en Atención Primaria, que evalúa la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente tanto en medicina general como en cada una de las especialidades clínicas e intervenciones estratégicas de promoción de la salud. Dicho cuestionario fue creado en el año 2004 y se focaliza en la evaluación del médico como profesional efectivo y de ayuda para el paciente, características consideradas nucleares en la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas. Este cuestionario recoge algunos de los aspectos señalados hasta el momento como son la comunicación, la satisfacción con el tratamiento o la accesibilidad al médico.²⁰

Ante la ausencia de un instrumento de medida centrado en el paciente en la calidad de la relación médico paciente. J. C. Mingote y colaboradores adaptaron al idioma español el cuestionario desarrollado por Van Der Feliz-Cornelis. Se procedió a la adaptación al castellano del cuestionario PDRQ en su versión de 15 ítems. En primer lugar se realizó la traducción del cuestionario al español (CREM-P) y posteriormente se retradujo al inglés, evaluando el nivel de precisión y ajuste de las diferencias encontradas. Fueron evaluados 188 pacientes de 6 médicos especialistas en medicina interna de un hospital de Madrid capital entre los meses de enero y marzo del 2005. Se recogieron información clínica y sociodemográfica. A partir de los datos obtenidos en varianza a índices de variabilidad en la respuesta fueron moderados y siempre superiores a cero. En este sentido y atendiendo a los índices de asimetría se observa como todos los ítems presentan una asimetría negativa y por tanto una tendencia a puntuaciones de rango superior. El índice de curtosis nos muestra una tendencia general a una distribución platicúrtica o aplanada. Para analizar la capacidad de discriminación de los ítems de la escala se realizaron análisis T de diferencias de medida para muestras independientes, dividiendo la muestra en tres grupos en función a la puntuación total los resultados obtenidos mostraron niveles de significancia inferiores a 0.05. Posteriormente se realizó el análisis factorial de los ítems mediante análisis de componentes principales con rotación varimax según la validación del cuestionario original. El índice alfa de cronbach fue de 0.918 y el análisis de diferencias de medias para evaluar la capacidad de discriminación del cuestionario mostro niveles significativos inferiores a 0.05 en todos los casos.²¹

Los resultados indicaron niveles altos en fiabilidad, validez factorial y validez de contenido. Los resultados refrendan datos previos sobre la relación positiva entre calidad de la relación médico-paciente y continuidad del cuidado. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimiento, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación.²²

ANTECEDENTES:

En la ciudad de México durante el año 1990, se realizó un estudio en unidades de primer nivel de atención de la secretaria de salud ubicadas en la delegación Gustavo A. Madero el cual se tituló Relación entre médico y Paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. El objetivo del estudio fue determinar el grado de concordancia entre médicos y pacientes en relación a diversos aspectos de la consulta médica. Se entrevistaron 76 pacientes así como a los médicos que habían otorgado dicha consulta. Se aplicó un cuestionario estructurado constituido por 6 preguntas equivalentes que abordaban los siguientes aspectos; realización de exploración física, explicación acerca de la enfermedad, explicación de la forma en que debían administrarse los medicamentos, grado de cumplimiento por parte del paciente, tiempo de duración de la consulta y una estimación de si la relación con el médico o paciente había sido satisfactoria. Para la medición de las respuestas se utilizó una escala análoga visual así como una escala de diferencial semántico. Los principales resultados fueron la correlación entre médicos y pacientes para los diversos aspectos interrogados, que presentaron grandes variaciones. Los mayores grados de concordancia se obtuvieron para la forma en que se percibió la relación entre ambos, la estimación del grado de cumplimiento terapéutico, y la explicación de la enfermedad. Una tendencia hacia el desacuerdo se identificó en relación a la percepción del examen físico, el tiempo de consulta, y la explicación de los medicamentos. Se observaron mayores grados de acuerdo cuando el medico era menor de 40 años, cuando no tenía especialidad alguna y cuando el paciente tenía menos de 40 años de edad.²³

Entre los años 2004-2005 se llevó a cabo un estudio de relaciones medico paciente en México que involucro entrevistas realizadas a 1700 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica en León, Morelia, Guanajuato y Charleston, West Virginia, USA, los propósitos fueron; establecer una base de datos como puntos de referencia (Benchmark) para investigaciones futuras en instituciones del cuidado de la salud con referencia a la comunicación médico-paciente, a la satisfacción del paciente y al consentimiento informado, y buscaba hacer una comparación entre las relaciones médico-paciente en México y estados unidos de Norteamérica. El objetivo principal de este estudio, como investigación empírica, fue averiguar la dinámica la relación médico paciente en la práctica normal de la medicina clínica. Se llevaron a cabo encuestas en forma de entrevistas con pacientes en varias clínicas del IMSS, ISSSTE y SSA en las ciudades de león, Morelia y Querétaro. Se entrevistaron a más de 1560 pacientes la muestra se compuso de 497 hombres, 1055 mujeres, el 87.9% dijo que el medico explico su enfermedad, el 88.7% indico que había entendido bien las palabras o el lenguaje que uso el doctor para explicarle su condición. El 88.7% dijo que el doctor explico su tratamiento de manera clara. Aunque existen diferencias en los detalles entre los dos países, por lo general los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses informaron de experiencias muy similares con respecto a la relación médico paciente.²⁴

En el año 2011 se realizó en la ciudad de México un estudio transversal y descriptivo, con muestreo por conveniencia en pacientes del módulo de diabetes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. Se aplicó una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9). Se realizaron además mediciones de glucosa en ayuno, para evaluar control glicémico. De los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glicémico. Del total del cuestionario, el 83.9% consideró tener buena relación médico paciente.²⁵

En el 2013 se publicó un estudio observacional, descriptivo y transversal; realizado entre marzo de 2011 y enero de 2013. Mediante muestreo aleatorio se incluyó a 100 pacientes de ambos géneros entre 40 y 60 años de edad, con diagnóstico de HAS adscritos a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Distrito Federal, México, a quienes se aplicó el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire. De los 100 pacientes en el grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo con la calidad de la atención médica que percibieron resultó: satisfactoria en 53%, regular en 27% y poco satisfactoria en 20%. Los pacientes con HAS controlada refirieron tener una buena relación con su médico y estar satisfechos con la atención recibida en 49%; en contraste, los pacientes descontrolados se encontraban satisfechos en 4%.²⁶

En la unión Europea en el 2010 se publicó un estudio en los cuales se reunieron 45,700 participantes de 24 países, donde se recabaron resultados entre los años 2004/2005. Dentro de los resultados arrojados por este estudio se encontró que las percepciones que se tienen acerca del médico tratante es uno de los factores principales que explican la no adherencia al tratamiento prescrito por el médico. Ellos concluyeron por los resultados de su trabajo que las creencias individuales impactan significativamente en la decisión acerca de la adherencia al tratamiento. Y mostraron que al involucrar al paciente en la toma de decisiones acerca del tratamiento, tratándolos como iguales y evitar dejar asuntos inconclusos cuando se está prescribiendo resultaron de alta relevancia a la hora de llevar un seguimiento del tratamiento.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En los últimos años la relación médico paciente se ha visto deteriorada, la insatisfacción de los pacientes que llevan muchas veces a demandas jurídicas, se relacionan indudablemente con una pésima relación médico paciente.

La salud es un proceso complejo y diversificado, condicionado no solo por factores biológicos, sino también por determinantes socioculturales, económicos, educativos, políticos y filosóficos propios del individuo, la familia y la población. Diversas especialidades médicas se caracterizan por abordar el proceso salud enfermedad desde un modelo biologista unicausal. En cambio la medicina familiar utiliza el modelo biopsicosocial, condición que le obliga a incorporar a su currículo elementos teóricos de las ciencias sociales. Tomando en cuenta que existe un instrumento que nos permite conocer el grado de satisfacción, comunicación y la accesibilidad del médico para el control de una patología que cada día cobra más relevancia a nivel mundial como lo es la DM tipo 2.

¿CUÁL ES LA INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”?

JUSTIFICACIÓN:

La diabetes tipo 2 es reconocida como una pandemia, y es una enfermedad que junto con sus complicaciones tardías tienen un alto costo al sector médico. En nuestro país la prevalencia de la enfermedad de acuerdo a la Encuesta nacional de Salud y Nutrición se encuentra aproximadamente en un 9.7%. Sin embargo en los últimos años se han observado cambios en la edad de presentación de la enfermedad, donde la población adulta joven tiene mayor número de nuevos casos, esto se ha relacionado a los malos estilos de vida adquiridos, que se caracterizan por alimentación abundante en grasas y carbohidratos, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y estrés.

Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento

Por lo tanto conocer la asociación que existe entre la relación médico paciente y el control glucémico, permite al médico construir un plan terapéutico para el paciente diabético donde la relación médico paciente sea uno de los pilares principales de tratamiento.

OBJETIVOS GENERAL:

Evaluar la relación médico-paciente y su relación en el control del paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS:

Se realizaron hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS NULA (H_0): La relación médico paciente no influye en el control glucémico de los pacientes diabéticos del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

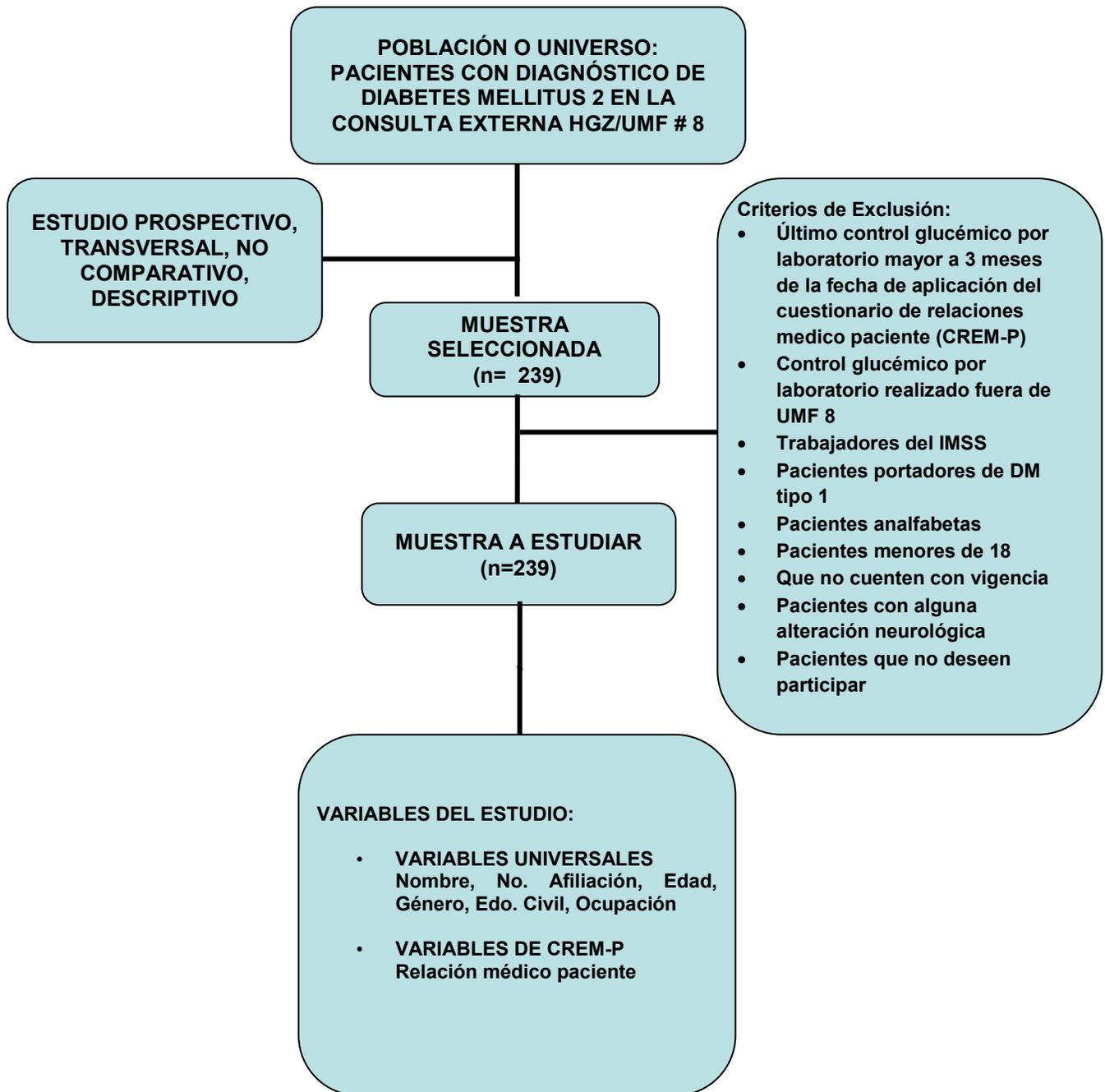
HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): La relación médico paciente influye en el control glucémico de los pacientes diabéticos del HGZ/UMF # 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró Oscar Granados Ramírez

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

POBLACION O UNIVERSO: Población urbana derechohabientes de HGZ/UMF8, que acudieron a la consulta externa con el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2

LUGAR: La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad De Medicina Familiar no 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón

TIEMPO: 2013-2015

MUESTRA:

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria fue de 239 pacientes con un intervalo de confianza del 99%. Con una proporción del 0.10, con una amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

Definición del concepto del tamaño de la muestra:

N=Número total de individuos requeridos

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P=Proporción esperada

(1-P)=Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza

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

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo que fueron seleccionados con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 con más de un año de evolución a partir del diagnóstico.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Ambos sexos.
- Autónoma, y en pleno uso de sus facultades mentales.
- Con un año de atención de la enfermedad en el HGZ/UMF 8.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Último control glucémico por laboratorio mayor a 3 meses de la fecha de aplicación del cuestionario de relaciones médico paciente (CREM-P).
- Control glucémico por laboratorio realizado fuera de HGZ/UMF 8.
- Trabajadores del IMSS.
- Pacientes portadores de DM tipo 1.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes menores de 18.
- Que no cuenten con vigencia.
- Pacientes con alguna alteración neurológica.
- Pacientes que no deseen participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Se eliminó del estudio a pacientes que contestaron de forma inadecuada el cuestionario aplicado.
- Pacientes en los cuales sus resultados fueron ilegibles o incoherentes las respuestas al cuestionario.
- Pacientes que dieron más de una respuesta en el instrumento aplicado.

VARIABLES

Datos de identificación:

- Edad
- Sexo
- Estado laboral
- Estado civil
- Religión
- Escolaridad

Variables de la patología

- Control glucémico

Variables del instrumento CREM-P

- Relación médico paciente

Variable dependiente:

- Relación médico-paciente

Variable independiente:

- Diabetes mellitus tipo 2

Definición conceptual

Variables demográficas

- **Edad:** tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **Sexo:** condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **Estado laboral.** Situación de trabajo en que se encuentra actualmente. Empleado o desempleado.
- **Estado civil:** condición jurídica de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.
- **Religión.** Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

Escolaridad: años de estudio cursados y aprobados dentro del sistema formal escolarizado.

Variables de la patología

- **Control glucémico.-** se basa en el resultado de glucosa sérica en ayuno, que traduce el control metabólico del paciente, la asociación americana de diabetes establece como un adecuado control glucémico, una glucosa sérica pre prandial menor a 130mg/dl.

Variable dependiente:

- **Relación médico-paciente.-** relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.

Variable independiente:

- **Diabetes mellitus tipo 2.-** enfermedad sistémica, crónico- degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción pancreática o deficiente acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas.

Definición operativa de las variables

Características generales

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=femenino 2=masculino
Estado laboral	Cualitativa	Nominal	1= empleado 2= desempleado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=soltero 2=casado 3=divorciado 4=viudo 5=unión libre
Religión	Cualitativa	Nominal	1=católica 2=cristiana 3=otra
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=ninguna 2=primaria 3=secundaria 4=universidad 5=posgrado

Elaboro: Dr. Oscar David Granados Ramírez

Variables de patología

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Control glucémico	Cualitativa	Nominal	1. Control 2. Descontrol

Elaboro: Dr. Oscar David Granados Ramírez

Variables del test

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Satisfacción en Relación médico paciente	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Elaboro: Dr. Oscar David Granados Ramírez

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión para variables cuantitativas (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza 99%, se calcularon frecuencias y porcentajes, para variables cualitativas. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicó la adaptación del instrumento internacional Patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ), que evalúa la calidad de la relación médico paciente en condiciones de práctica clínica habitual. El cuestionario final obtenido será la versión (CREM-P) de 9 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimiento, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación de la relación médico paciente que debe de ser apropiada y de calidad y se caracteriza por una relación longitudinal entre el médico y el paciente, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos.

Otro de los aspectos principales en la relación médico paciente es la satisfacción, que es la percepción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido

El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, desde 1: nada apropiado, a 5: totalmente apropiado.

Los ítems que conforman la versión española del CREM-P cuentan con el índice alfa de Cronbach es de 0.918 y el análisis de diferencias de medias para evaluar la capacidad de discriminación del cuestionario final mostro niveles significativos inferiores a 0.05 en todos los casos.

El instrumento empleado permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento seguido.

Al analizar el instrumento a utilizar en este estudio, encontramos de forma implícita las dimensiones que nos valoran la comunicación, satisfacción y accesibilidad de la siguiente manera.

METODO DE RECOLECCIÓN:

La recolección de muestras y su procesamiento se llevó a cabo por parte del investigador de la tesis, Dr. Oscar David Granados Ramírez, el cual se realizó en el HGZ/UMF8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) que asistieron a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encontraron en la sala de espera. Se aplicó el Patient-Doctor a los pacientes seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado, posteriormente se entregó la encuesta y se les solicitó su último estudio de laboratorio de glucosa en ayunos para poder establecer su control glucémico. El tiempo para resolver el test fue de 15 minutos aproximadamente. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas, concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, donde se realizó posteriormente su análisis y aplicación de una prueba estadística.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN: Se realizó una búsqueda intencionada en información de artículos científicos con plataformas electrónicas mediante la técnica de medicina basada en evidencias. Los participantes no debían ser conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación, así como los cuestionarios fueron claros y bien estructurados.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN: Se evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio, se utilizaron adecuadamente los criterios de inclusión para seleccionar las unidades de análisis y se eligió una muestra representativa de la población.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS: Se registró y analizaron los datos correctamente en Excel, se creó la base de datos en este programa, para el tratamiento estadístico se utilizó el programa SPSS Versión 20. Toda la información fue validada mediante programa epidemiológico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE LA TESIS:

**"EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR #8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

2013

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIO- NES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2014-2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIE- NTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO- NES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Recursos físicos: instalaciones de la sala de espera de la consulta de medicina familiar de HGZ/UMF 8, IMSS.

Recursos materiales: se contó con lap top Hewlett Packard, impresora marca Samsung con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco

Recursos humanos: entrevistador: Dr. Oscar David Granados Ramírez, así como se cuenta con el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo.

Financiamiento: todos los gastos para la realización del este estudio fueron financiados por el Dr. Oscar David Granados Ramírez.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedeció la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis de investigación

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS

- Se incluyeron 252 pacientes, de los cuales 184 (73%) eran del sexo femenino, y 68 (27%) del masculino. (ver tabla 1, grafico 1)
- El instrumento fue aplicado en personas de diferentes edades con un mínimo de 33 años y un máximo de 86 años; con una media de 55.67 años y una desviación tipo estándar de 13.424.
- Dentro de los pacientes evaluados un parámetro que evaluamos fue el de estado civil dentro del cual encontramos que 15 (6%) eran solteros, 139 (54.8%) casados, 15 (6%) viudos, 15 (6%) divorciados y 69 (27.4%) unión libre. (Ver tabla 2, grafica 2)
- Una parte importante también a valorar fue el estado laboral el cual puede condicionar el acceso a los servicios y sistemas de salud dentro de los cuales se encontró que 153 (60.7%) se encontraban con empleo al momento de la encuesta y 99 (39.3%) como desempleados. (ver tabla 3, grafica 3)
- La literatura refiere la religión como factor protector en algunas patologías por eso valoramos la misma encontrando 221 (87.7%) pertenecían a la religión católica, 23 (9.1%) con religión cristiana y solo 8 (3.2%) con otra religión. (ver tabla 4, grafica 4)
- Dentro del grado máximo de estudios entre los encuestados encontramos que 77 (30.6%) sin estudios, 32 (12.7%) con estudios de primaria, 30 (11.9%) con estudios de secundaria, 52 (20.6%) con estudios de preparatoria, 53 (21%) universitarios y con 8 (3.2%) con estudios de posgrado. (Ver tabla 5, grafico 5).
- El control glucémico, factor importante a evaluar con los parámetros de este estudio se dividió en control y descontrol de acuerdo a los lineamientos de norma oficial mexicana y en base a la misma se encontró que 152 (60.3%) se encontraban en control y 100 (39.7%) en descontrol. (Ver tabla 6, grafico 6)
- Al valorar el grado de satisfacción en la relación médico paciente encontramos de manera general que 167 (66.3%) referían una buena relación, 62 (24.6%) con una nivel regular de satisfacción y solo 23 (9.1%) con un mal nivel. (ver tabla 7, grafico 7).
- Con fines de estandarizar los rangos de edades se dividió y se concentró de acuerdo a los rangos de 25 a 50 años con 111 (44%) encuestados, 100 (39.7%) de 51 a 75 años y 41 (16.3%) en un rango de 76 a 90 años de edad. (Ver tabla 8, grafico 8)
- En cuanto al sexo y la relación médico-paciente se encontró que en el sexo femenino 107(42.5%) presentaron una buena relación médico paciente, 54 (21.4%) una regular relación médico paciente y 23 (9.1%) tuvieron con una mala relación con su médico. Mientras que en el sexo masculino 60 (23.8%) presentaron una buena relación con su médico y 8 (3.2%) con una regular relación médico paciente. (ver tabla 9, grafica 9).

- En el apartado de rango de edades y la calidad de la relación médico paciente y de acuerdo al rango comprendido entre 25 a 50 años de edad se encontró que en 82 (32.5%) presentaron una buena relación médico paciente; 24 (9.5%) una regular relación médico paciente; y 5 (2%) con una mala relación médico paciente. Se observó en el rango de edad que comprende de 51 a 75 años y su calidad con la relación médico paciente encontramos que 57 (22.6%) presentaron una buena relación médico paciente; 30 (11.9%) una regular relación médico paciente; y 13 (5.2%) con una mala relación médico paciente. En lo que comprende al rango de edad entre 76 a 100 años de edad y su calidad en la relación médico paciente encontramos que 28 (11.1%) tienen una buena relación médico paciente; 8(3.2%) presentan una regular relación médico paciente; y 5(2.0%) se encontraron con una mala relación médico paciente. (ver tabla 10, gráfico 10)
- Se analizó el estado civil junto con la calidad de la relación médico paciente y de acuerdo a la misma se encontró que los solteros presentaron en 15 (6%) una buena relación médico paciente. Mientras que en casados 92 (36.5%) presentaron una buena relación médico paciente; 31 (12.3%) con una mala relación médico paciente; y 15 (6%) presentaron una mala relación médico paciente. Se observó en el estado civil como viudos que 7 (2.8%) presentaron una buena relación médico paciente; 8(3.2%) con regular relación médico paciente. Dentro del estado civil los declarados como divorciados se encontró que 15 (6%) presentaron una buena relación médico paciente. En el rubro de unión libre como estado civil y su relación médico paciente se observó que 38 (15.1%) se evaluaron con una buena relación médico paciente; 23 (9.1%) con una regular relación médico paciente; y 8 (3.2%) una mala relación médico paciente. (ver tabla 11, gráfico 11)
- Por otra parte en el análisis de estado laboral con la relación médico paciente se encontró que en los empleados al momento de la encuesta 115 (45.6%) presentaron una buena relación médico paciente; 30 (11.9%) una regular relación médico paciente; y 8 (3.2%) con una mala relación médico paciente. Por el otro lado en relación de desempleados como estado laboral y su relación médico paciente se encontró que 52 (20.6%) presentaron una buena relación médico paciente; 32 (12.7%) regular relación médico paciente; y 15 (6%) presentaron una mala relación médico paciente. (ver tabla 12, gráfico 12)
- De la misma manera se correlaciono la religión con la relación médico paciente entre lo que se encontró entre los católicos que 144 (57.1%) presentaban una buena relación médico paciente; 54 (21.4%) con regular relación médico paciente; y 23 (9.1%) católicos con una mala relación médico paciente. Por otro lado entre los que refirieron como su religión la cristiana se encontró que 15(6%) cristianos presentaron una buena relación médico paciente; y 8 (3.2%) cristianos tuvieron una mala relación médico paciente. Dentro de otras religiones y su relación se encontró que 8 (3.2%) de otras religiones presentaron una buena relación médico paciente. (ver tabla 13, gráfico 13)

- Se analizó a su vez la escolaridad de los pacientes encuestados y su asociación con la relación médico paciente en la que se encontró en los pacientes sin estudios que 38 (15.1%) presentaron una buena relación médico paciente; 24 (9.5%) con una regular relación médico paciente; y 15 (6%) cuentan con una mala relación médico paciente. En pacientes con grado máximo de estudios en educación primaria se encontró que 8 (3.2%) presentaron una buena relación médico paciente; 16 (6.3%) con buena relación médico paciente; y 8 (3.2%) con una mala relación médico paciente. En encuestados con escolaridad secundaria se observó que 23 (9.1%) presentaron una buena relación médico paciente; y 7 (2.8%) una regular relación médico paciente. En el apartado de preparatoria como grado máximo de estudios se encontró que 45 (17.9%) con buena relación médico paciente; y 7(2.8%) regular relación médico paciente. En encuestados con estudios universitarios se encontró que 45 (17.9%) se mantuvieron una buena relación médico paciente; y 8 (3.2%) con regular relación médico paciente. Por otro lado con estudios de posgrado y la relación médico paciente se encontró que 8 (3.2%) presentaron una buena relación médico paciente. (ver tabla 14, grafico 14)
- Mientras que en lo que concierne a control metabólico y la relación médico paciente se observó que de los pacientes evaluados en control 108 (42.9%) presentaron una buena relación médico paciente; 29 (11.5%) con una regular relación médico paciente; y con 15(6%) con mala relación médico paciente. Mientras que en los pacientes en descontrol metabólico y en asociación con la relación médico paciente se encontró que 59 (23.4%) presentaron una buena relación médico paciente; 33 (13.1%) presentaron una regular relación médico paciente; y 8 (3.2%) una mala relación médico paciente. (ver tabla 15, grafico 15).

TABLA 1

SEXO EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	184	73%
Hombre	68	27%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 1.

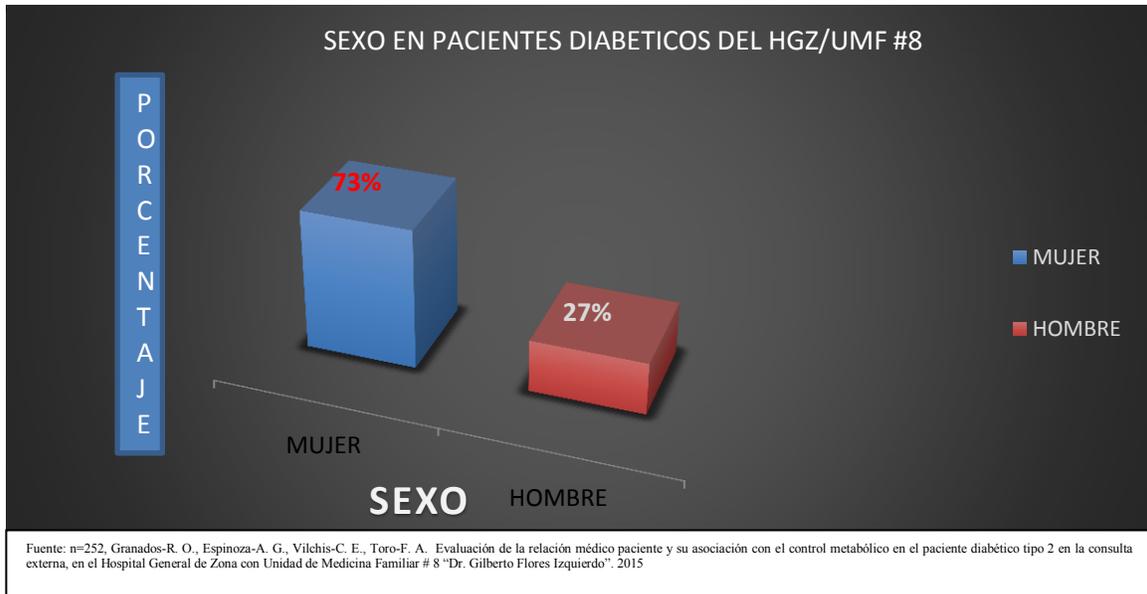


TABLA 2

ESTADO CIVIL EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	15	6%
Casado	138	54.8%
Viudo	15	6%
Divorciado	15	6%
Unión libre	69	27.4%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 2.

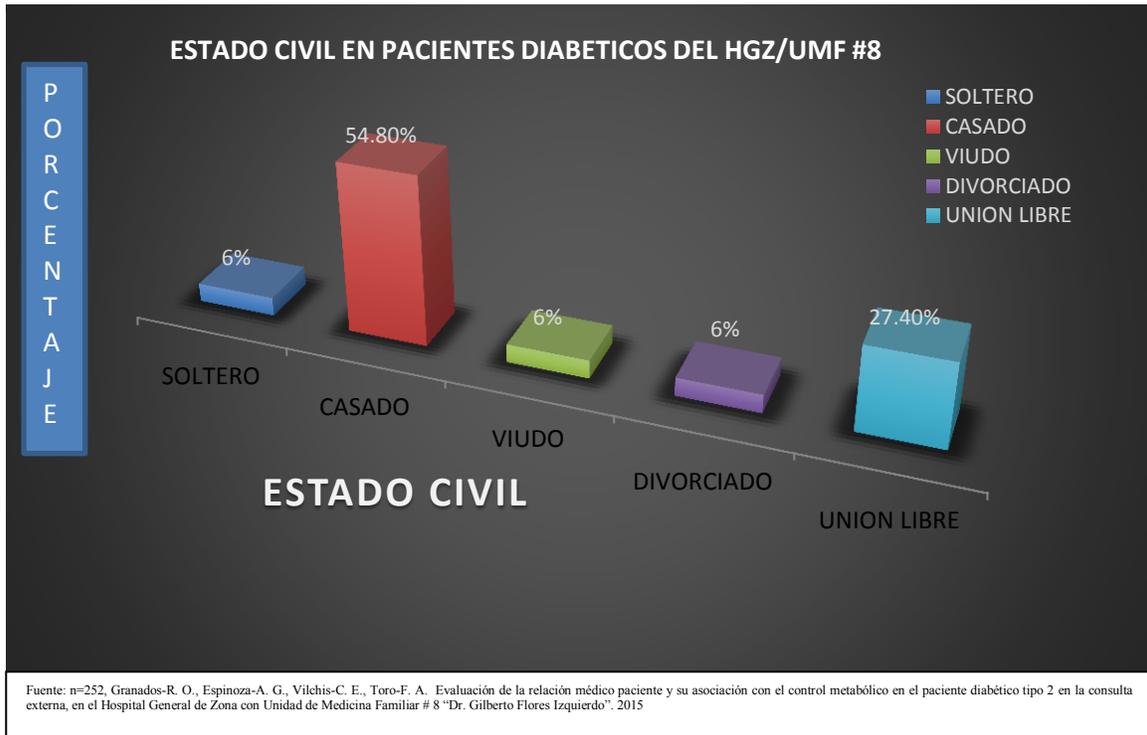


TABLA 3

ESTADO LABORAL EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	153	60.7%
Desempleado	99	39.3%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 3.

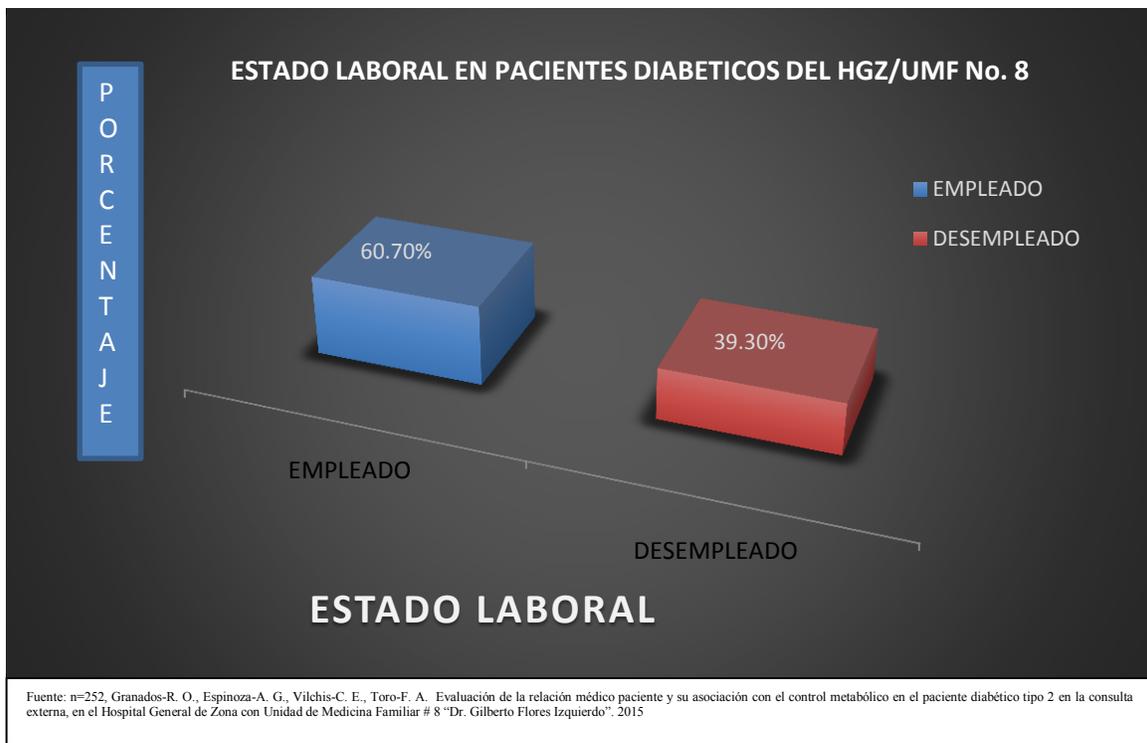


TABLA 4

RELIGION EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Católica	221	87.7%
Cristiana	23	9.1%
Otra	8	3.2%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 4

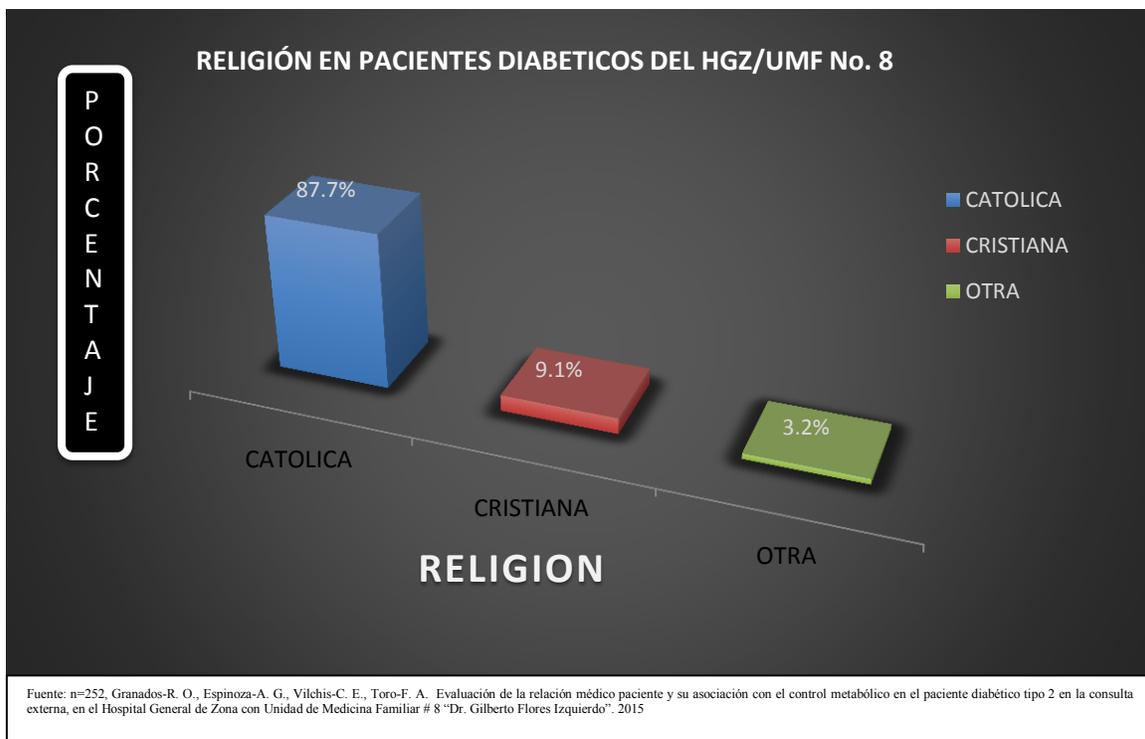


TABLA 5

ESCOLARIDAD EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	77	30.6%
Primaria	32	12.7%
Secundaria	30	11.9%
Preparatoria	52	20.6%
Universidad	53	21%
Posgrado	8	3.2%
Total.	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 5

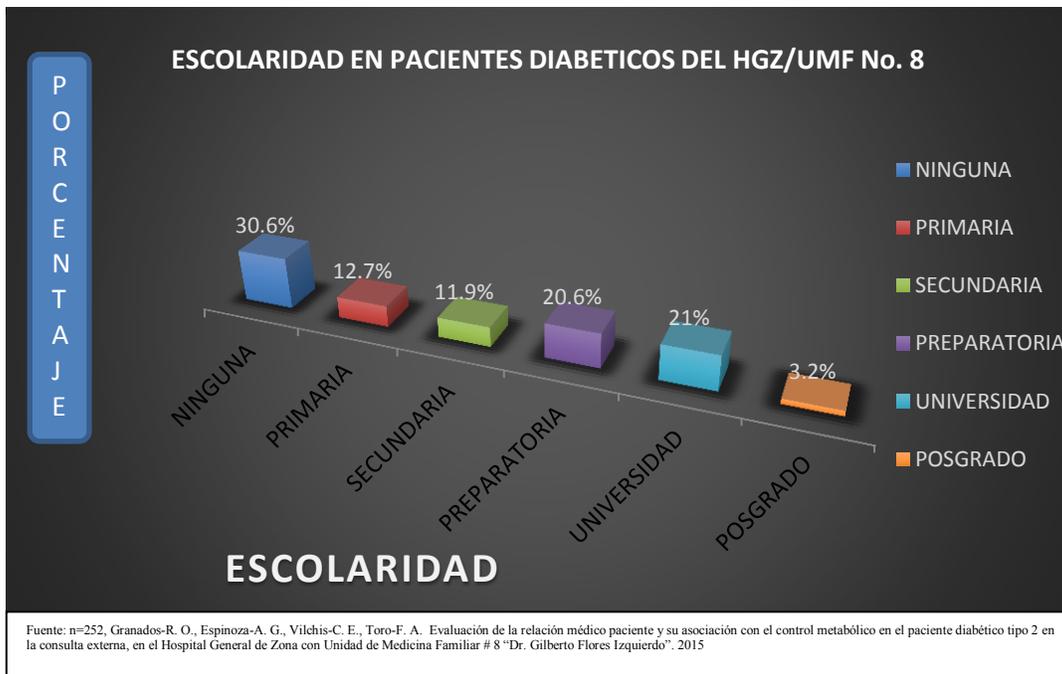


TABLA 6

CONTROL METABOLICO EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Control	152	60.3%
Descontrol	100	39.7%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 6

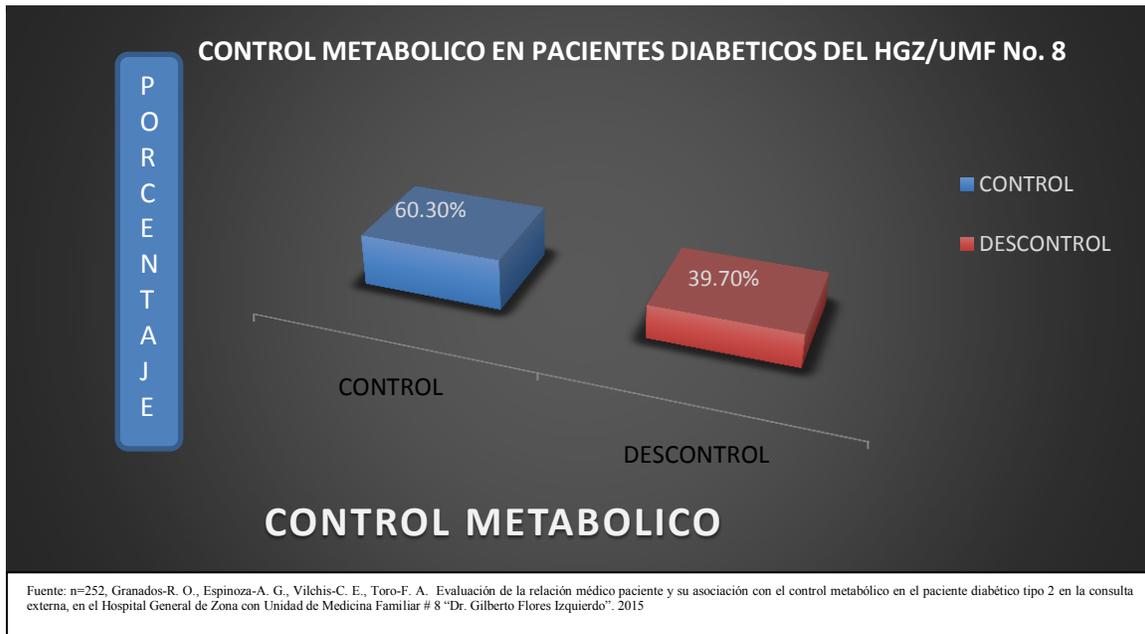


TABLA 7

SATISFACCION EN LA RELACION MEDICO PACIENTE EN EL PACIENTE DIABETICO DEL HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Buena	167	66.3%
Regular	62	24.6%
Mala	23	9.1%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 7

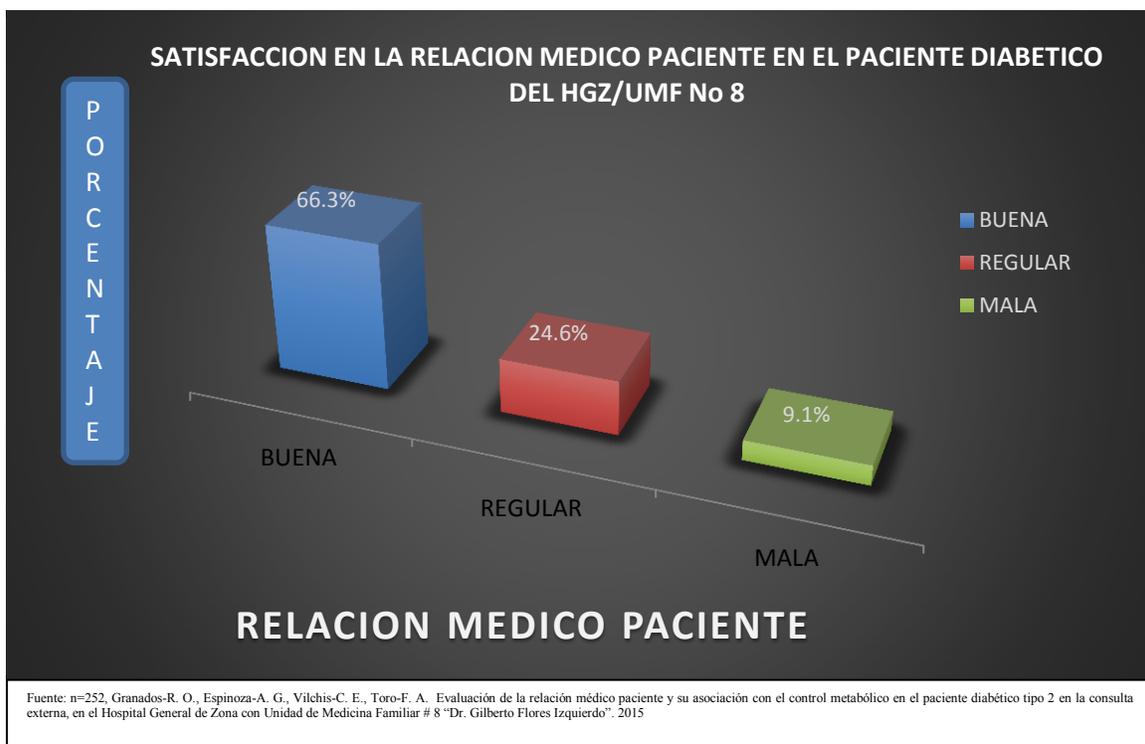


TABLA 8

RANGO DE EDAD EN PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF No. 8		
	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 50 años	111	44%
De 51 a 75 años	100	39.7%
De 76 a 90 años	41	16.3%
Total	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 8

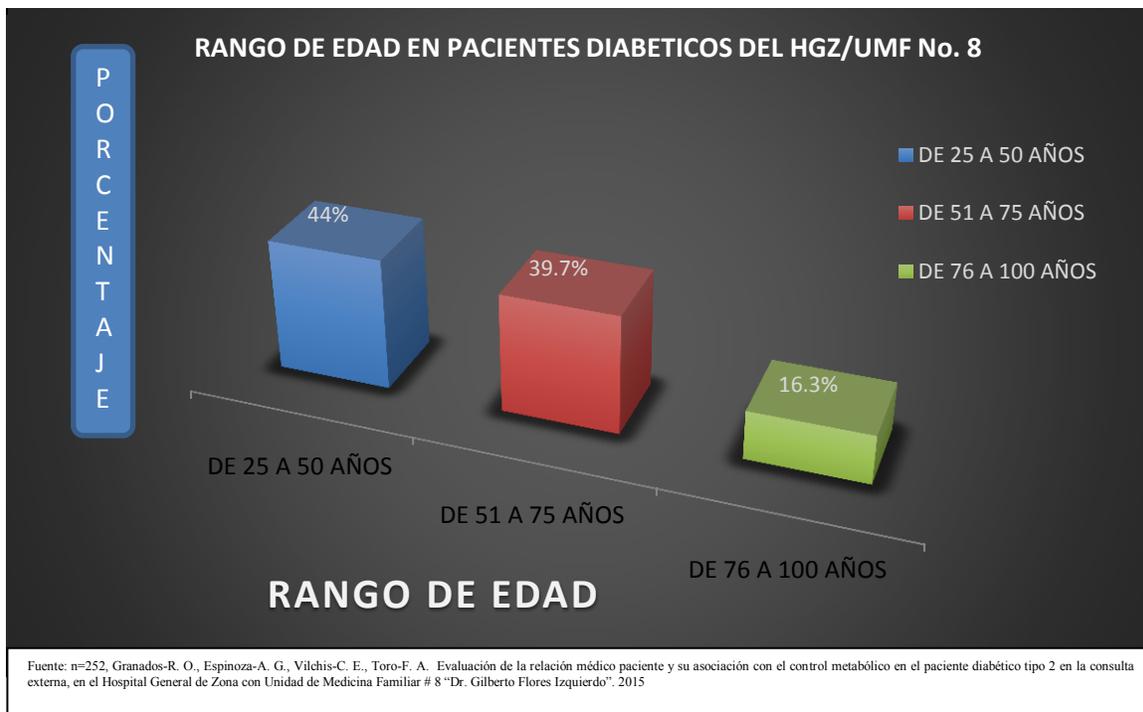


TABLA 9

SEXO Y RELACION MEDICO PACIENTE EN LOS PACIENTES DIABETICOS DEL HGZ/UMF 8								
	Buena		Regular		Mala		Total	
Sexo	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec	(%)
Mujer	107	42.5%	54	21.4%	23	9.1%	177	73%
Hombre	60	23.8%	8	3.2%	0	0%	68	27%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 9

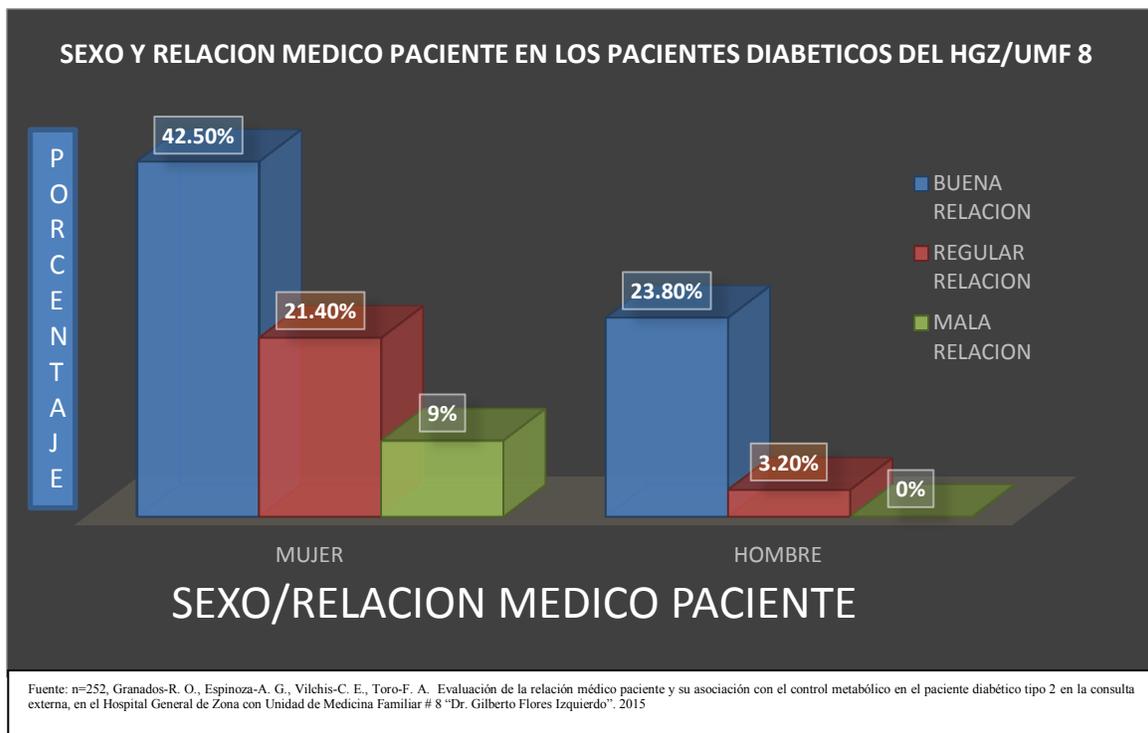


TABLA 10.

RANGO DE EDAD Y RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES DIABETICOS EN EL HGZ/UMF No. 8								
Rango de edad	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
25-50 años	82	32.5%	24	9.5%	5	2%	111	44%
51-75 años	57	22.6%	30	11.9%	13	5.2%	100	39.7%
76-90 años	28	11.1%	8	3.2%	5	2%	41	16.3%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-R. O., Espinoza-A. G., Vilchis-C. E., Toro-F. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 10

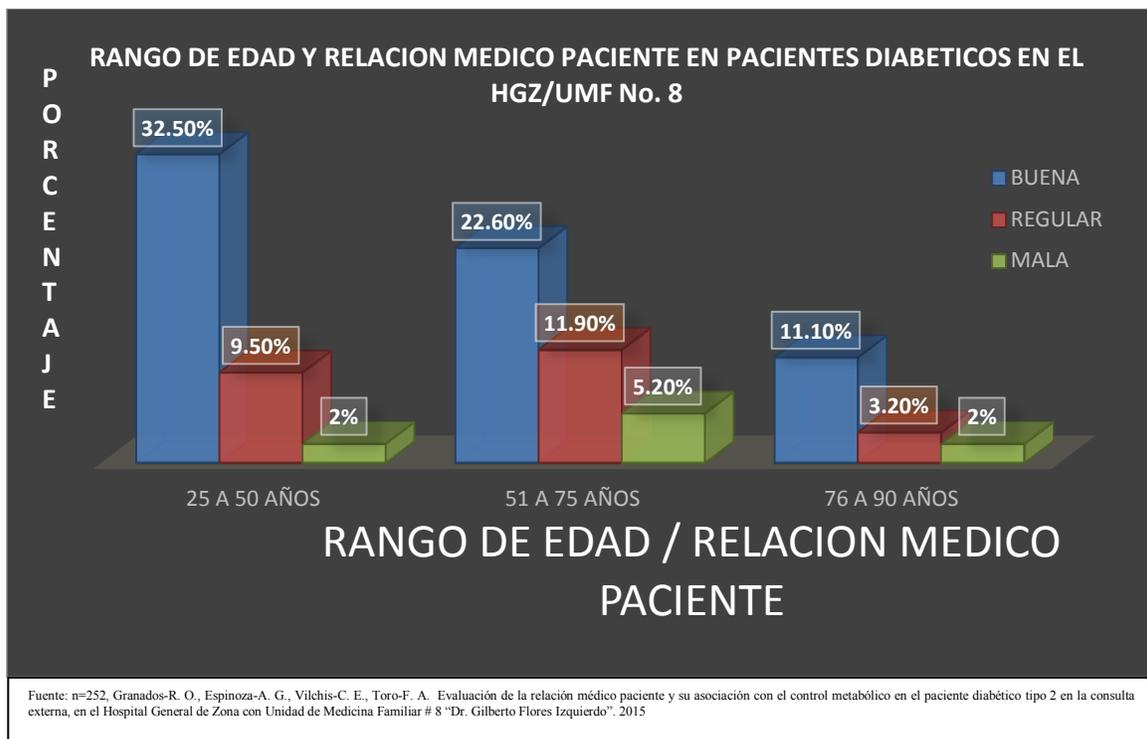


TABLA 11

ESTADO CIVIL Y RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES DIABETICOS EN HGZ/UMF No. 8								
Estado civil	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Soltero	15	6%	0	0%	0	0%	15	6%
Casado	92	36.5%	31	12.3%	15	6.0%	138	54.8%
Viudo	7	2.8%	8	3.2%	0	0.0%	15	6.0%
Divorciado	15	6.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	6.0%
Unión libre	38	15.1%	23	9.1%	8	3.2%	69	27.4%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.2%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 11

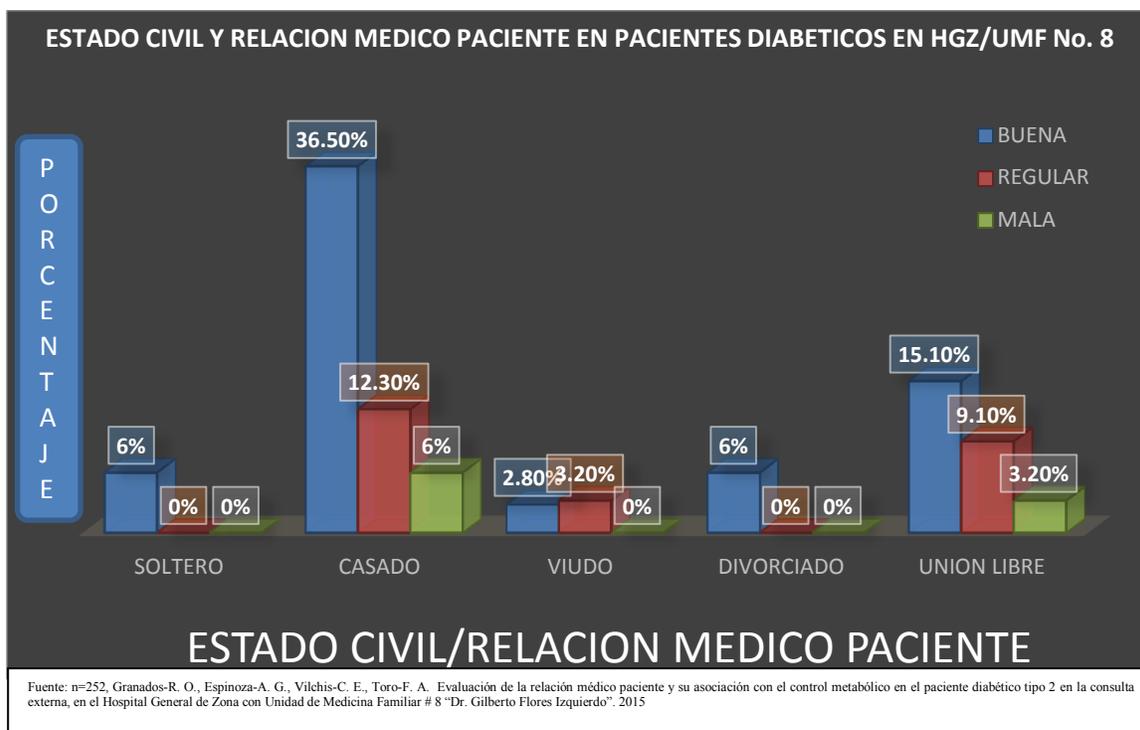


TABLA 12.

ESTADO LABORAL Y RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES DIABETICOS EN EL HGZ/UMF No.8								
Estado laboral	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Empleado	115	45.6%	30	11.9%	8	3.2%	153	60.7%
Desempleado	52	20.6%	32	12.7%	15	6.0%	99	39.3%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-F. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 12.

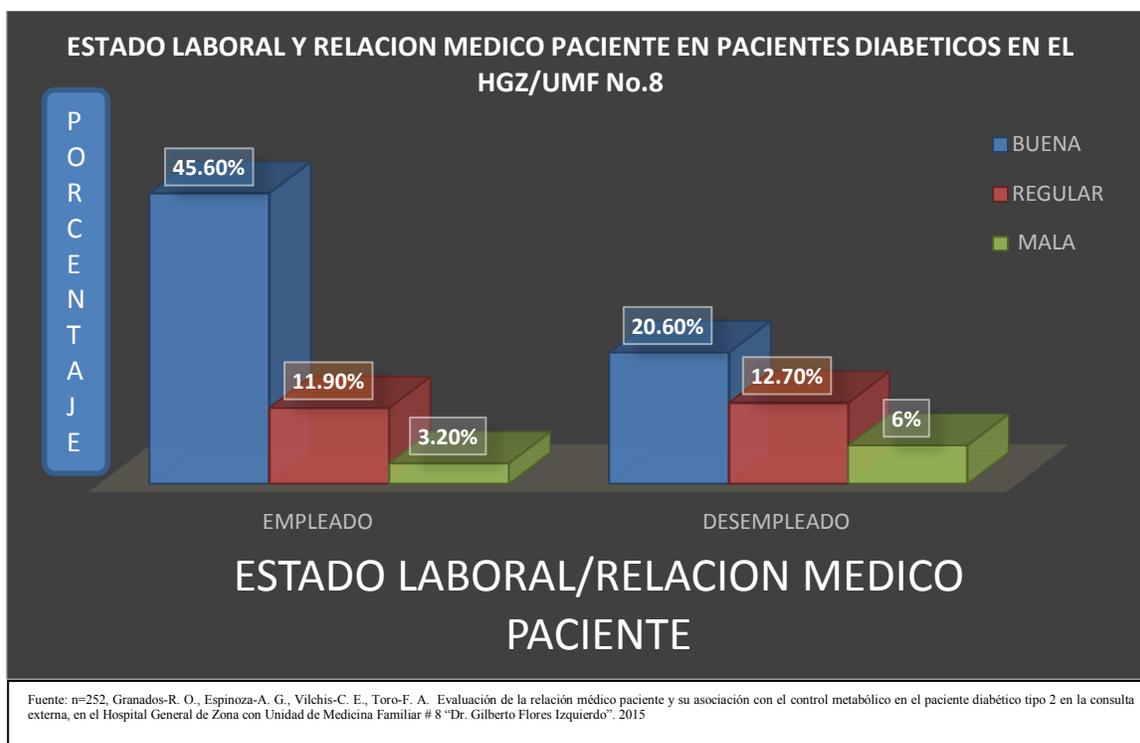


TABLA 13.

RELIGION Y RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES DIABETICOS EN EL HGZ/UMF No. 8								
Religión	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Católica	144	57.1%	54	21.4%	23	9.1%	221	87.7%
Cristiana	15	6%	8	3.2%	0	0%	23	9.1%
Otra	8	3.2%	0	0%	0	0%	8	3.2%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 13.

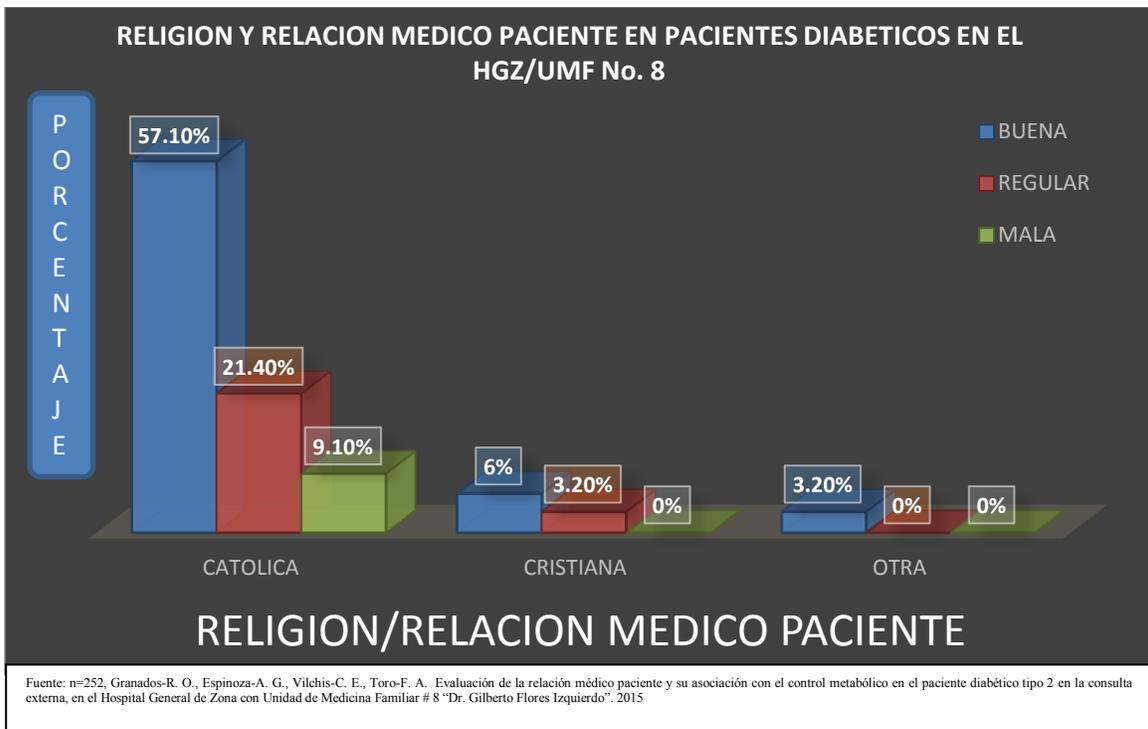


TABLA 14.

ESCOLARIDAD Y RELACION MEDICO PACIENTE EN LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL HGZ/UMF No. 8								
Escolaridad	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Ninguna	38	15.1%	24	9.5%	15	6%	77	30.6%
Primaria	8	3.2%	16	6.3%	8	3.2%	32	12.7%
Secundaria	23	9.1%	7	2.8%	0	0%	30	11.9%
Preparatoria	45	17.9%	7	2.8%	0	0%	52	20.7%
Universidad	45	17.9%	8	3.2%	0	0%	53	21.1%
Posgrado	8	3.2%	0	0%	0	0%	8	3.2%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 14

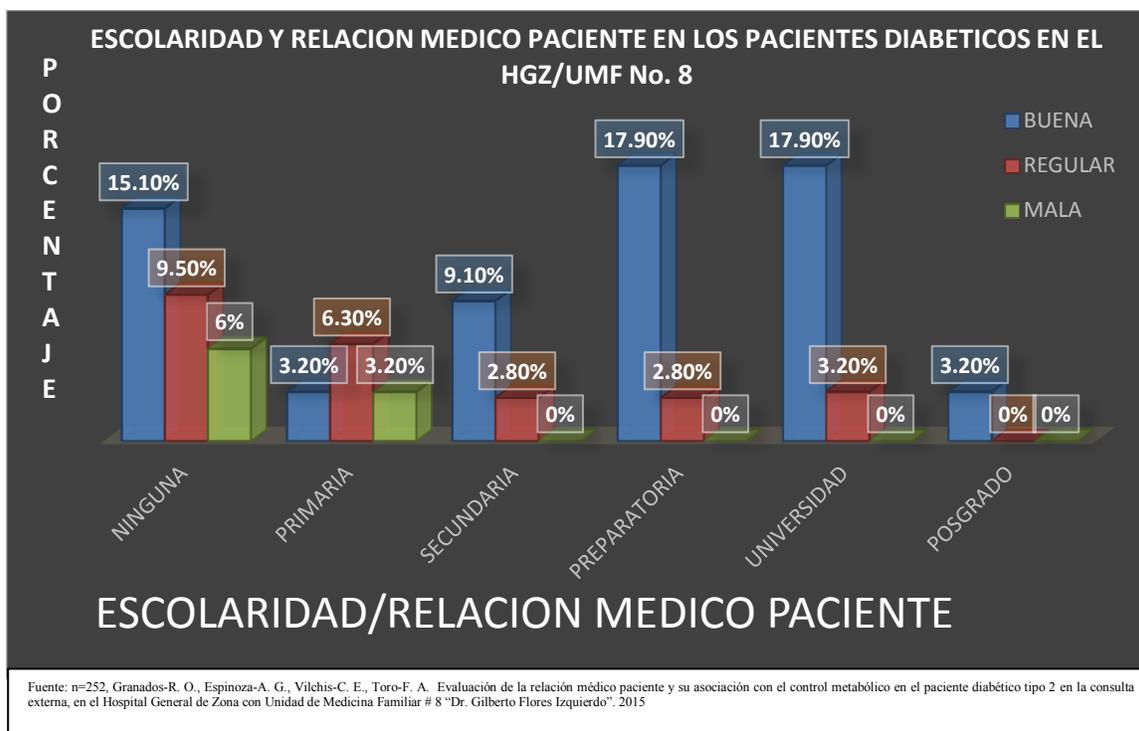
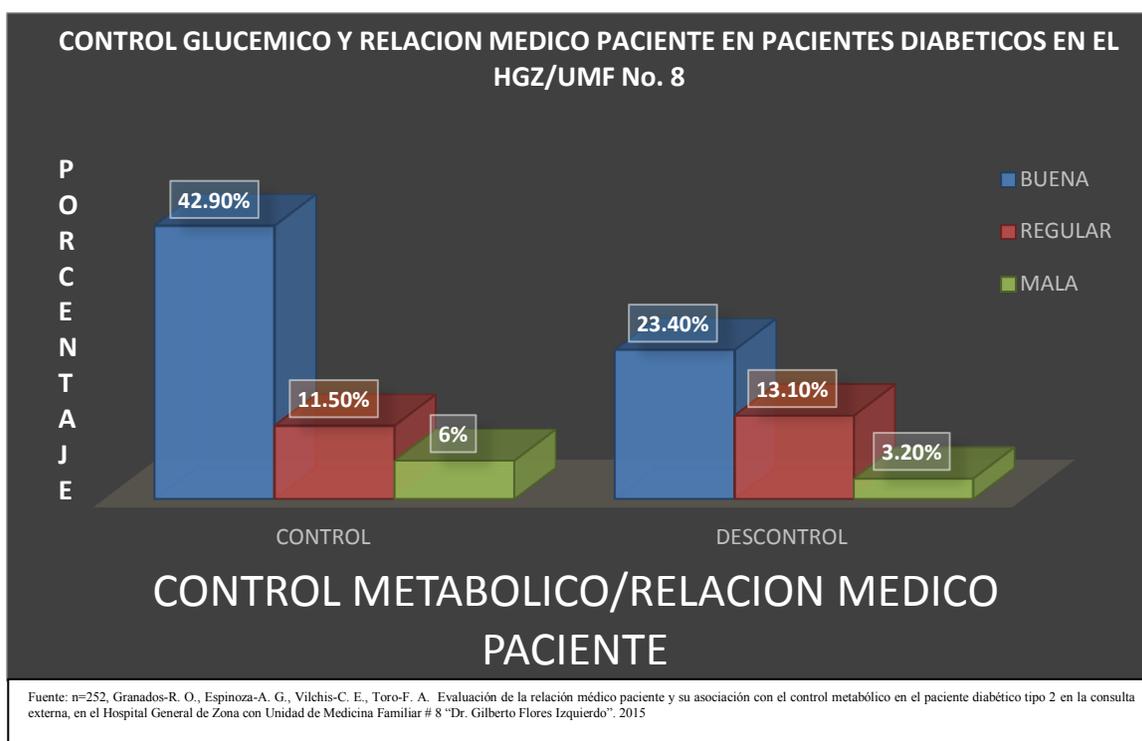


TABLA 15

CONTROL GLUCEMICO Y RELACION MEDICO PACIENTE EN PACIENTES DIABETICOS EN EL HGZ/UMF No. 8								
Control metabólico	Buena		Regular		Mala		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Control	108	42.9%	29	11.5%	15	6%	152	60.3%
Descontrol	59	23.4%	33	13.1%	8	3.2%	100	39.7%
Total	167	66.3%	62	24.6%	23	9.1%	252	100%

Fuente: n=252, Granados-r. O., Espinoza-a. G., Vilchis-c. E., Toro-f. A. Evaluación de la relación médico paciente y su asociación con el control en el paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICO 15



DISCUSION

Fernández y cols. quienes en su estudio “Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9).” Encontraron en una Clínica de Medicina Familiar en Madrid, con un porcentaje del 68% en satisfacción en la relación con su médico, mientras que en los resultados obtenidos por nosotros el 66.3% se encontró similitud en el mismo nivel de satisfacción con su médico, utilizando el mismo cuestionario, aunque en este caso ellos realizaron su valoración de acuerdo a la calificación de cada ítem del cuestionario de manera independiente. Nuestro estudio valoró también desde el punto de vista del médico familiar la relación médico paciente sin embargo se trata de una cultura con un nivel sociocultural y económicamente distinto, y donde a nivel institucional contamos con limitaciones diferentes a las de otras culturas.

Esther Azcarate-García et al. En “Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica” en el 2009, utilizando la versión española de 13 ítems del cuestionario, encontró gran predominio en la relación de estado civil con el control de las cifras tensionales, observó en 68% de sus pacientes que mantenía una relación de pareja, casado o en unión libre, tenían un buen nivel de relación con el médico tratante en comparación con los otros estados civiles. Mientras que en nuestro estudio se encontró que el 51.6% que reportaron algún tipo de relación conyugal mantenían un grado alto de satisfacción con su médico. Al contraponer ambos resultados se observó un porcentaje mayor a 16% de diferencia entre ambos, esto se debe tal vez a que nuestro estudio abarco a la Diabetes, la cual es una enfermedad con mayores repercusiones sistémicas y más susceptible por otras comorbilidades a modificar su control, que a la larga impactan en la relación médico paciente. Sin embargo se observó mayor relación entre estado civil y la satisfacción con la relación médico paciente en las enfermedades crónico degenerativas, ya que un núcleo familiar funcional es más apegado a las indicaciones médicas y a los servicios de salud, que aquellos que no cuentan con él.

Ramírez de la-Roche O et. Al. Mediante su estudio “Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México” practicado en unidades correspondientes al ISSSTE encontró que 54.5% de las mujeres que participaron en su estudio se encontraban satisfechas con la relación y su atención por parte de su médico de familia. Al contrastarlo con nuestro estudio donde al comparar el sexo y la relación médico paciente la gran mayoría de mujeres que se encuestó 42.5% fueron las que manifestaron una mejor relación con su médico. Diferencia que radica en el hecho que nuestro estudio se realizó en pacientes con diabetes tipo 2 solamente, en ningún momento evaluó la satisfacción en menores de edad y se descartó a los pacientes que no podían responder el cuestionario de manera directa. Aun así se mostró una gran diferencia en relación a sexo femenino y masculino con el grado de satisfacción en la relación médico paciente. Si bien no existe una razón biológica para esta diferencia si es conocido que antropológicamente hablando el sexo femenino siempre ha tenido un papel más protector en su cuidado y en el de sus familiares, lo cual también puede estar reflejado en el control y adherencia a las indicaciones y tratamientos en relación a sus padecimientos.

Charitini Stavropoulou et al. “Non-adherence to medication and doctor–patient relationship: Evidence from a European survey” estudio realizado en población de la unión europea en el 2011, recabo información en la Unión Europea encontrando que los pacientes con un grado mayor de educación eran los que referían una mejor relación con su médico con un 68% de los referidos en educación superior. Por otra parte los resultados que se encontró en nuestra disertación fue que en un 86% de los examinados con una educación equivalente a estudios de universidad y posgrado fueron los que mejor se relacionaban con su médico, como vemos un gran porcentaje considerando que ninguno de nuestros evaluados se refirió con una mala relación con su médico. Lo que determino tal diferencia en ambos estudios fue el hecho que nuestro estudio evaluó a un nivel mayor de pacientes con una menor escolaridad, lo cual es reflejo del nivel de escolaridad que existe entre un país y otro. Podemos proclamar gracias a nuestro estudio como cierto que ante un mayor nivel de educación mayor será el control en los pacientes evaluados, eso debido tal vez al acceso que se tiene hoy en día a la información en cuestión de salud inclusive para el personal no propio del área médica, de la misma manera el mayor nivel académico se asocia a mejores condiciones de vida mejorando el apego al tratamiento, adelanto en los ámbitos higiénico dietéticos y acceso a terapéutica no accesible a en el sector institucional, factores importantes para aquellos que solo conocen a las instituciones públicas como las responsables de su salud.

Girone, M. en “Monitorización clínica del paciente diabético. Actualización en medicina interna” en el 2005 donde mediante mediciones realizadas en la consulta externa pudo constatar que 62% de su muestra se reportaba en control glucémico lo que refleja similitud con lo que pudimos encontrar en nuestro HGZ/UMF donde un 60.3% de los pacientes de acuerdo a su última cifra de glucemia en el expediente se encontraron bajo un control. Nuestro estudio mostró similitud al determinar control metabólico, dicha semejanza se debe al hecho que utilizamos cifras de glucemia preprandial para determinar el control y se realizó en pacientes derechohabientes del IMSS que cuentan con el acceso a los mismos servicios y medicamentos para su control.

Conrado Aguilar y cols. Quienes realizaron su estudio en el 2011 “Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2, Servicio de Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre.” tuvieron resultados contrarios a los que se encontró en este estudio, donde ellos encontraron que solo un 24% de los pacientes evaluados estaban con control glucémico, contrario al 60.3% que nosotros reportamos en nuestros resultados. Diferencia que radicó en las herramientas utilizadas para medir el control en los pacientes diabéticos, en nuestra investigación como fue mencionado anteriormente se tomó solo la última glucosa preprandial como determinante del control a diferencia de Conrado quien utilizó la hemoglobina glucosilada.

González Montaña, en un estudio del 2009 “Evaluación de la relación médico-paciente en la consulta externa de medicina familiar” realizado en la consulta externa del IMSS realizaron un análisis por dimensiones del cuestionario, encontrando que sólo el 3.5% de pacientes contestaron de forma negativa en la dimensión de satisfacción, mientras que en nuestro estudio se obtuvo un porcentaje de 9.1%. A pesar de que el porcentaje de insatisfacción en ambos casos es menor del 10%, en nuestro estudio se realizó una discriminación entre las patologías enfocándonos solo a pacientes portadores de DM y se encuestó solo a pacientes de consulta subsecuente y que tuvieran seguimiento mayor a un año en la consulta, mientras que González realizó una evaluación indiferenciada de las mismas.

Ríos AMC, et al. En su estudio del 2011 “Satisfacción de la relación médico paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2” realizado en unidades de primer nivel del ISSSTE, evaluó con el mismo instrumento el PDRQ-9 el grado de satisfacción en el paciente diabético y el control metabólico, encontró que el 75% de sus pacientes se refirieron con un grado alto de satisfacción con la relación con su médico tratante, comparado con el 66.3% de los que se analizó en nuestro estudio. Nuestra investigación a diferencia de Ríos fue realizada en el IMSS, la institución de salud que abarca al mayor número de población mexicana a nivel nacional, lo cual condiciona una variación entre los tiempos de espera, el abasto y la diferencia en los cuadro de los medicamentos y otros factores que pudieran impactar de manera indirecta la relación médico paciente de una institución a otra.

Entre los alcances del actual estudio, podemos mencionar que el número de pacientes encuestados dentro de la muestra en estudios de relación médico paciente ha sido hasta el momento el mayor en unidades de medicina familiar del IMSS lo cual puede motivar el estudio de esta misma relación en otras unidades y ser utilizada como parámetro dentro del instituto para reformar los indicadores de salud, formando como una prioridad una comunión entre el paciente y el médico en su día a día más allá de los intereses puramente institucionales. Así mismo nunca se había realizado en unidades de medicina familiar del IMSS un estudio que correlacionara ambas variables tanto el control glucémico y la relación médico paciente, lo cual puede aumentar la importancia de esta última como factor de control y dar oportunidad a otros investigadores para continuar esta línea de investigación en otras patologías.

Dentro de los sesgos percibidos en la selección de la muestra encontramos la falta de consideración de otras comorbilidades las cuales pudieran condicionar el descontrol glucémico sin ser necesario que la misma relación con su médico pudiera ser un factor determinante para el descontrol. Otro sesgo a mencionar puede ser el tratamiento farmacológico y el nivel de manejo que tenga el médico familiar de los mismos el cual sin ser un factor determinante en el apego a las indicaciones y a la relación médico paciente si puede ser un fuerte concluyente a la hora de analizar el control glucémico.

Encontramos también que por fines prácticos y de recolección en esta unidad se tomó solo la última glucemia central para determinar el grado de control, la cual de acuerdo a consensos actuales es superada por estudios como la hemoglobina glucosilada.

Al aplicar el cuestionario nos encontramos factores condicionantes de sesgos que pudieran ser determinantes a la hora de análisis de resultados, utilizando a los pacientes de consulta familiar si bien se trató de analizar a pacientes que estuvieran en seguimiento por más de un año en la consulta externa, factores como lo son el cambio de médicos, la disposición de medicamentos o en ocasiones factores como el tiempo de espera, el tiempo entre cada consulta e inclusive la influencia de los familiares a la hora de contestar el cuestionario puede ser determinantes a la hora que se analizó los resultados.

Este estudio presentó algunas limitaciones, dentro de las cuales se encuentran: el uso de solo la última cifra de glucemia central para determinar el control metabólico esto debido a la poca accesibilidad que se tiene a instrumentos como lo son la hemoglobina glucosilada la cual se sabe de acuerdo a los últimos reportes en la literatura nos permite evaluar de una manera más precisa y más prolongada el control de los pacientes, esta limitación se debe por una parte a la baja de presupuesto que se encuentra en las unidades de salud que la descarta como una prueba rutinaria dentro del cuadro básico, de la misma manera encontramos que algunos médicos dentro de la consulta externa tienen poco conocimiento de la hemoglobina glucosilada como medio de control de sus pacientes y utilizan diferentes criterios para establecer el control metabólico.

Desde el punto de vista de medicina familiar y de acuerdo a los 4 pilares de la medicina familiar; Asistencial, Administrativo, Investigación y Educacional. La manera en como el presente estudio podría contribuir a los mismos se menciona a continuación:

En el área administrativa considerando que los gastos en el área de salud de manera general ascienden a \$778, 427, 475 dólares. Dentro de los cuales más de 90 millones de dólares son gastos derivados en el IMSS. Si cada unidad de medicina familiar que en teoría atiende a 80% de la población, administrara sus recursos de manera organizada previniendo los costos indirectos como son mortalidad prematura, discapacidad permanente y total que en el IMSS ascienden a más de la mitad de los gastos totales al año en relación a diabetes se conseguiría una disminución drástica del presupuesto y por consiguiente aumento de la capacidad de atención de cada unidad. Y dado los resultados arrojados en este estudio parte importante del control glucémico fue la relación médico paciente de una manera indirecta invertir en el reforzamiento de la calidad de la relación tal vez creando comités internos institucionales que se encarguen de regular, modificar e interactuar con los médicos con el fin de mejorar la calidad de la relación con el medico pueda llevar a aumentar el control glucémico y a su vez disminuir los gastos a nivel institucional.

Hablando desde el punto de vista de investigación tenemos que considerar que la diabetes mellitus es una enfermedad en incremento de casos estimándose de acuerdo a cifras de la OMS superara en el 175% de los casos actuales en el 2030. Razón por la cual continuar la investigación acerca de esta patología abarcando no solo el rubro biológico si no también abarcando los alcances de la relación con su médico puede llevar a una mejora en las maneras de abordaje y de tratamiento que tenga un alcance mayor que la repartición de recetas.

En el ámbito educacional el modelo centrado en el paciente y el énfasis en dotarlo de poder puede ir contra los principios médicos. Sin embargo ser capaz de comunicarse con el paciente e instruirlo en base a la relación médico paciente acerca de la toma de decisiones conjuntas o individuales puede llevar a la larga a un mejor control del paciente con mérito propio además del que alcanza junto a su médico. Invertir tiempo y costos en la educación médica siendo más que solo impartir conocimientos en el área biológica, introduciendo dentro de la plantilla básica de materias la relación médico paciente podría ser determinante en el manejo no solo de este padecimiento si no en general. Parece evidente que hacer saber al futuro personal médico que los fenómenos relacionales son importantes en la acción de curar es una tarea pertinente y que, por lo tanto, convendría empezarla pronto en el curso de los estudios. Sin embargo, el programa de estudios de medicina, sin descartar esta cuestión, otorga escasa importancia a la enseñanza de la comunicación o a la enseñanza de la formación en la relación asistencial.

En el área asistencial tenemos que considerar que actualmente nos encontramos en un cambio de paradigma, la medicina actual se encuentra en medio del fuego cruzado de los intereses económicos de una medicina convertida en industria, en la que el único fin no es el bien del enfermo, como tradicionalmente lo ha sido el acto médico sino que hoy día en su operación como industria la medicina privilegia el considerar redituable la inversión en ella. El médico familiar como máximo especialista del primer nivel de atención debe ser quien este a la vanguardia de un cambio positivo esto quiero decir al avance hacia una medicina social, en beneficio de la colectividad, organizada para atender a todos los habitantes de un país o a un grupo de ellos. Para activar este cambio debemos de observar los fundamentos bajo los cuales fue fundado el IMSS a mediados del siglo XX donde se debió extender la cobertura en salud a todos los habitantes.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los fines de este estudio, se cumple con lo estipulado en el objetivo planteado ya que gracias al PDRQ- 9 se pudo evaluar la relación médico-paciente así como su asociación en el control glucémico en la consulta externa del HGZ/UMF #8 encontrándose que en casi dos terceras partes de los pacientes evaluados presentaron una buena relación médico paciente, mientras que 39% de los pacientes evaluados mostraron descontrol glucémico de acuerdo a los criterios manejados.

Podemos determinar que se descarta la hipótesis nula ya que de acuerdo a lo encontrado solo un porcentaje menor al 10% de los pacientes encuestados en descontrol metabólico presento el peor grado de relación médico paciente, observándose una congruencia entre el grado alto de relación y el control metabólico.

Se demostró que en la consulta externa de Medicina Familiar, más del 30% de los pacientes diabéticos tienen control glucémico, cumpliendo con los indicadores marcados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y de la misma manera encontramos que un porcentaje similar al del control glucémico se mostró con un nivel de satisfacción elevado en su relación médico paciente. Lo cual al menos en este estudio valida la premisa de entre mejor relación médico paciente, mejor control glucémico.

Es bien conocido que la mujer cuenta con más años de vida sana y una mayor calidad de vida en comparación con el hombre, lo cual también se vio reflejado en nuestro estudio donde cifras cercanas a la mitad del total de los evaluados fueron mujeres con una buena relación con su médico en comparación con los hombres que solo presentaron un tercio de los mismos con una buena relación médico-paciente. Para resolver dichas diferencias se propone detectar dentro de la consulta externa a los hombres con mayores factores de riesgo y enfocarse en la educación de los mismos para poder reducir las diferencias que llegan a presentar en cuestión de salud con el sexo femenino.

Dentro del rango de 25 a 50 años de edad una tercera parte de los encuestados cuentan con un buen nivel de satisfacción en su relación médico paciente, lo cual se contraponen con los pacientes de 51 a 75 años de edad, los cuales con cifras de 17% tiene una mala relación con su médico. En la actualidad estamos viviendo un cambio generacional donde la pirámide poblacional se encuentra en proceso de cambio lo cual determinara impactos en el sector salud, afortunadamente el grado de escolaridad, la información y los servicios de salud ha ido en aumento en comparación con generaciones previas, razón por la cual se propone continuar reforzando estos conocimientos entre la población joven acudiendo a sus centros de enseñanza y fomentar el buen uso de los medios electrónicos donde además de adquirir información por cuenta propia podemos encauzar esos conocimientos de una manera concreta y más exacta, ya que si bien los medios electrónicos pueden ayudar, en ocasiones son herramientas que mal utilizadas entorpecen la relación médico paciente.

Es bien conocido que el estado civil y la vida en pareja resulta en muchos casos un factor protector en contra de algunas enfermedades, lo cual se refleja en lo que aprendimos en la actual investigación constatado por nuestros resultados donde los pacientes con unión libre y casados mantuvieron cerca de la mitad una buena relación con su médico, mientras que en un 14% que incluye a solteros, viudos y divorciados tienen un buen grado de relación, diferencia significativa entre el grupo y el otro. Se recomienda aumentar el estudio acerca de cómo el mismo estado civil influencia la relación y el control glucémico, y tal vez formar grupos entre este sector que se apoye mutuamente y ejerzan entre ellos una barrera que estimule la mejoría mutua.

El analizar la relación del médico con su paciente y el grado de escolaridad pudimos observar que los pacientes con estudios de superiores fueron los únicos que no presentaron un solo encuestado con una mala relación con su médico, mientras que casi un tercio de los evaluados con un grado menor a preparatoria se manifestaron con una regular y mala relación. Razones por las cuales se recomienda realizar programas encargados en educar al paciente diabético a manera de aprendizaje de autocontrol y de prevención de complicaciones, si bien es cierto que se cuenta con programas del tipo de DIABETIMSS dentro de esta unidad, se recomienda aumentar los recursos del mismo y la participación de cada uno de los médicos de familia que forman parte de esta UMF.

Es importante mencionar que dentro de los resultados encontramos que en cifras cercanas a la mitad del total de los pacientes evaluados y que actualmente pertenecen al sector laboral activo fueron los que mantuvieron una mejor relación médico paciente y por consiguiente un mejor control glucémico. Si bien la mayor parte de los considerados como desempleados se trataban de personas de la tercera edad que por las condiciones actuales no podrían efectuar trabajos extenuantes, se podría fomentar el aprendizaje de actividades alternas tomando ejemplo de algunos sectores de gobierno donde se han implementado cursos enfocados en áreas manuales, artesanías, etc. Ejemplos que podría tomar nuestra unidad para fomentar el estímulo entre nuestra población.

De manera general podemos decir en base a nuestros hallazgos que existe una tendencia a la superioridad en números en los pacientes con un buen control glucémico y un grado alto de satisfacción en la relación médico paciente con un porcentaje que se acerca a la mitad de los evaluados, mientras que la sexta parte de los descontrolados fueron los que refirieron los niveles menores de satisfacción, por lo cual es congruente decir que a mejor relación, mayor control. El día de hoy existen muchas limitantes que condicionan dificultades en la relación del médico con su paciente, pero a su vez existen varias herramientas que podrían utilizarse en la unidad como la implementación de cursos de autoimagen, impartir sesiones que enseñen acerca de la comunicación y de los errores en la misma y sobretodo dar prioridad a la misma relación médico paciente en lugar de marcadores institucionales.

Es necesario realizar más estudios en la población mexicana con un mayor número de pacientes y en diferentes unidades de medicina familiar para poder establecer una asociación precisa de estas variables y para poder aplicar y, principalmente, generalizar sus resultados. Así mismo dentro de mi perspectiva se debería de realizar por un periodo mayor de tiempo esto con el fin de estandarizar los procesos de control y las variables que pudieran desencadenar el descontrol de los pacientes y de la relación con su médico la cual al ser un proceso dinámico está abierta a fluctuaciones dentro de la misma. Recomiendo a su vez que los estudios realizados en control metabólico se realicen dando el enfoque y recabando los resultados de pacientes portadores de una sola patología sin otras comorbilidades ya que la presencia de las mismas puede condicionar el mal control y en algunas ocasiones inclusive el mal apego al tratamiento y al control correspondiente. Sugiero de la misma forma de contar con más de un entrevistador se unifiquen los criterios para toma de glucosa o hemoglobina glucosilada para así determinar mediciones concretas y específicas acerca del control.

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

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

Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de estrategias múltiples de mucho compromiso y participación por parte del profesional y del paciente. El modelo centrado en el paciente y el énfasis en dotarlo de poder puede ir contra los instintos médicos. Como profesionales de la salud muchas veces nos sentimos más útiles dando consejos, pero la verdad es que no los ayudamos a resolver sus problemas o realizar cambios duraderos diciéndoles lo que “deberían hacer”. Los pacientes necesitan encontrar sus propias motivaciones y soluciones, y hacerse cargo de sí mismos desde un autocuidado responsable, y nosotros necesitamos darles el poder para hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Ver en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
2. Zarate, h.m., manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus tipo 2, secretaria de salud, subsecretaria de prevención y promoción de la salud, dirección general de epidemiología, ver en: www.dgepi.salud.gob.mx.
3. Isselbacher K.J. Braunwald E, Wilson J. Harrison, principios de medicina interna, Mc Graw Hill. 18ª edición, vol. II: 2968-3002.
4. Torres, A.L., guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, ver en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogomaestrogpc.html>
5. The American diabetes association recommendations 2014, diabetes care, volume 36, supplement 1, January 2014
6. Manual metodológico de indicadores 2013. Instituto mexicano del seguro social. 2013.
7. Programa de acción específico 2007-2012, diabetes mellitus, secretaria de salud. Ver en: http://www.cenavece.salud.gob.mx/descargas/pdf/programa_dm.pdf
8. Encuesta nacional de salud 2012, instituto nacional de salud pública ver en : <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2012resultadosnacionales.pdf>
9. Escobedo de la Peña, J., diabetes en México. Estudio CARMELA. Cirugía y cirujanos, 2011; 79: 424-431.
10. Seguí Díaz M, Mediavilla Bravo J, Comas Samper J, Barquilla García A, Carramiñana Barrera F. Prevención de la diabetes mellitus. Medicina de Familia, 2011;37 496-503.
11. JL Rouyn J.L., Pouching D., Relation médecin-malade et médecine générale. Encycl méd chir (editions scientifiques et médicales elsevier sas, paris, tous droits réservés), akos encyclopédie pratique de médecine,1-0025, 2003, 6 p
12. Kaba, R., Sooriakumaran, P., the evolution of the doctor-patient relationship. International journal of surgery, 2007; 5; 57-65.
13. Hernández-Torres I., Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en medicina familiar, 2006; 8(2), 137-143

14. Jagosh, J., Boudreau, J.D., The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient education and counseling*; 2011; 85; 369-374.
15. Facchini M., Cambio de conductas en tratamientos de larga evolución, relación medico paciente. *Medicina (buenos aires)* 2009; 64: 550-554
16. Ortiz, M.P., psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Med. Chile* 2007, 135; 647-652.
17. Stavropoulou, C., non-adherence to medication and doctor-patient relationship: evidence from a european survey. *Patient education and counseling*; 2011; 83; 7-13.
18. Escudero-Carretero, M.J. la relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten. Primaria*, 2006; 38(1), 8-18.
19. Eveleigh, r. M., an overview of 19 instruments assessing the doctor. *Patient relationship: different models or concepts are used, journal of clinical epidemiology*, 2012; 65: 10-15.
20. Van Der Feltz-Cornelis, C.M., a patient-doctor relationship questionnaire, (pdrq-9) in primary care: development and psychometric evolution, *general hospital psychiatry*, 2004: 26; 115-120.
21. Mingote J.C., validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones medico paciente (crem-p), Madrid, 2008,
22. Martin-Fernández, J., satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el patient-doctor relationship questionnaire. *Aten. Primaria*, 2010: 42(4): 196-205.
23. Cuevas M.L., Ávila I., relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud publica Mex.* 1991, vol. 33 (6); 576-584
24. Arrubarrena A. V., La relación médico paciente. *Cirujano General Vol. 33 Supl. 2* – 2011; 122-125.
25. Ríos-Álvarez, M., 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 Vol. 19, No. 4* • 2011; 149-153
26. Esther Azcarate-García, E., Hernández-Torres, I., Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam.* 2014; Vol.21 (3):83-85.
27. Stavropoulou, C. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling Vol. 83* (2011) 7–13.

ANEXOS

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICO PARA DIABETES TIPO 2 SEGÚN LA ADA 2014

● Glucemia plasmática al azar más síntomas de Diabetes*	≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
● Glucemia plasmáticas en ayunas	≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l)
● Glucemia plasmática 2 hs pos carga de 75 g de glucosa anhidra al 20%	≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
● Glucemia en ayunas alterada (GAA)	≥110** y ≤126 mg/dl***
● Tolerancia a la glucosa alterada (TGA) 2 hs poscarga de 75 de glucosa	≥140 y ≤200 mg/dl
*Glucemias determinadas al azar y sin relación con la ingesta; los síntomas incluyen polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso.	
** La ADA propone descender el nivel superior a 100 mg/dl.	
*** Estadios denominados Pre-Diabetes por la ADA.	

Fuente: elaboración propia adaptado de las Recomendaciones de la ADA 2010.

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICO PARA DIABETES TIPO 2 SEGÚN LA ADA 2014

● Glucemia plasmática al azar más síntomas de Diabetes*	≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
● Glucemia plasmáticas en ayunas	≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l)
● Glucemia plasmática 2 hs pos carga de 75 g de glucosa anhidra al 20%	≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
● Glucemia en ayunas alterada (GAA)	≥110** y ≤126 mg/dl***
● Tolerancia a la glucosa alterada (TGA) 2 hs poscarga de 75 de glucosa	≥140 y ≤200 mg/dl
*Glucemias determinadas al azar y sin relación con la ingesta; los síntomas incluyen polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso.	
** La ADA propone descender el nivel superior a 100 mg/dl.	
*** Estadios denominados Pre-Diabetes por la ADA.	

Fuente: elaboración propia adaptado de las Recomendaciones de la ADA 2010.



ANEXO 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“Evaluación de la relación médico paciente y su asociación en el control del paciente diabético tipo 2 en la consulta externa, en el HGZ/UMF #8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”**

Lugar y Fecha: Consulta de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Febrero 2014 – Agosto 2014

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:... Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento
 Por lo tanto conocer la asociación que existe entre la relación médico paciente y el control glucémico, permite al médico construir un plan terapéutico para el paciente diabético donde la relación médico paciente sea uno de los pilares principales de tratamiento.

Procedimientos:..... Se aplicara el CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO-PACIENTE (CREM-P), tomando datos procedentes de paciente, así como resultados de glucosa sérica por laboratorio.

Posibles riesgos y molestias:.. Ninguno. No se identificarán ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los pacientes. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Los conocimientos obtenidos permitirán al médico construir un plan terapéutico para el paciente diabético, donde darle un énfasis a la relación médico paciente contribuya a un control glucémico adecuado.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... No aplica.

Participación o retiro: El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autorizo que se tome la muestra
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Los conocimientos obtenidos permitirán al médico construir un plan terapéutico para el paciente diabético, donde darle un énfasis a la relación médico paciente contribuya a un control glucémico adecuado.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
 Investigador Responsable: Dr. Oscar David Granados Ramírez Cel: 5548809133. Email: oscargr1885@hotmail.com
 Colaboradores: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
 Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Cel: 5550688463. Email: lalovilchis@gmail.com
 Dra. Ana Toro Fontanell Cel: 5544907941. Email: gloriapiolin@hotmail.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

 Nombre y firma del sujeto

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 3

CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO-PACIENTE (PDRQ)

Instructivo

Este es un cuestionario nos proporciona información importante por lo cual se solicitamos ser honesto en cada una de las respuestas. Esta información será confidencial. Marque con una X la respuesta que usted considere adecuada.

Fecha: _____

Edad _____

Sexo: M _____ F _____

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Mi médico me entiende					
Confío en mi medico					
Mi médico se esfuerza en ayudarme					
Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi medico					
Mi médico me ayuda					
Mi médico me dedica suficiente tiempo					
El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando					
Estoy de acuerdo con mi médico sobre las causas de mis síntomas					
Gracias a mi médico me encuentro mejor					

ANEXO 4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE LA TESIS:

**"EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR #8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

2013

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIO- NES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									

2014-2015

FECHA	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO- NES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X