



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN
PACIENTES DEL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UMF No. 94.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUADALUPE ALINNE ACOSTA MANJARREZ

TUTORES PRINCIPALES:

DRA. ESTHER AZCÁRATE GARCÍA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 94

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN DE LA DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL IMSS.

CIUDAD DE MÉXICO, A 10 DE NOVIEMBRE DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	MARCO TEÓRICO	6
III.	JUSTIFICACIÓN	13
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V.	OBJETIVOS	15
	OBJETIVO GENERAL	15
	OBJETIVOS ESPECIFICO	15
VI.	HIPÓTESIS DE TRABAJO	15
VII.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	16
	VARIABLE INDEPENDIENTE	16
	VARIABLE DEPENDIENTE	16
	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	16
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	17
	LUGAR DE ESTUDIO	17
	UNIVERSO DE ESTUDIO	18
	POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
	MUESTRA DE ESTUDIO	18
	DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
	TIPO DE MUESTREO	18
IX.	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	19
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	19
X.	PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA	20
XI.	PROCESAMIENTO DE DATOS	20
XII.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	20
XIII.	DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO PACIENTE	20
XIV.	ASPECTOS ÉTICOS PROGRAMA DE TRABAJO	22

XV.	RECURSOS	23
XVI.	PROGRAMA DE TRABAJO	24
XVII.	BIBLIOGRAFÍA	25
XVIII.	ANEXOS	29
XIX.	CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO PACIENTE	29

AUTORIZACIONES

**Proyecto autorizado por el comité local de investigación:
Con número de registro:**

**Dr. Juan Antonio García Bello
Coordinador Delegacional de Investigación en Educación en Salud**

**Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud**

**Dr. Angel Carvajal Suarez del Real
Director de la Unidad de Medicina Familiar no 94**

**Dr. Luis Álvaro Nogales Oseguera
Coordinador Clínico Educación Investigación UMF No. 94**

**Dra. Esther Azcarate García
Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar en UMF 94 IMSS-
UNAM**

INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UMF No.94.

Acosta-Manjarrez G. A.¹ Azcarate-García E.² Manuel-Aguilar V.³

Antecedentes. La diabetes mellitus es un problema médico muy importante en nuestro medio. Para lograr el éxito en su control es importante la buena relación entre el médico y el paciente, el cual se define como la interacción entre el profesional y el paciente, mediante la comunicación efectiva, oportuna y clara, que resulta en la satisfacción y la adhesión al tratamiento, lo que favorecen el adecuado control de la enfermedad.

Objetivo. Determinar la relación que existe en la interacción médico paciente y el control glucémico en pacientes del programa de DIABETIMSS de la UMF No. 94.

Material y Métodos. Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo en la UMF No. 94 en pacientes con diabetes mellitus.

Recursos e infraestructura: Médico residente en medicina familiar. Los físicos son las instalaciones de la UMF, consultorio médico y expedientes clínicos. Materiales y financieros: a cargo del investigador.

Tiempo de desarrollo: Tres años.

Palabras clave. Diabetes mellitus, relación médico-paciente, control de la enfermedad.

1. Residente de tercer año del curso en especialización en Medicina Familiar.

2. Médico Familiar. Profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar.

3. Subdirector de Investigación de la Delegación Norte Distrito Federal IMSS.

Introducción.

Hoy en día la Diabetes Mellitus (DM) constituye uno de los problemas médicos más importantes en nuestro medio, siendo una enfermedad progresiva e irreversible que requiere de un manejo con perspectiva dinámica, estructurada e integral de con un equipo multidisciplinario enfocado en el paciente para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación¹.

Las causas del descontrol glucémico son muchas, sin embargo, efectuar un buen control supone ciertas renunciaciones, especialmente duras para algunos pacientes y del que, a corto plazo, no se aprecian grandes beneficios, lo que hace aún más difícil su seguimiento. Ésta es una de las razones que hacen relativamente frecuente el incumplimiento terapéutico, lo cual conlleva a un descenso en la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento. La importancia para lograr el éxito en el control de la diabetes es sin duda la buena relación que exista entre médico y paciente, tradicionalmente considerada como el pilar esencial del ejercicio médico. Se define como una forma de interactuar entre el profesional y el paciente y/o su familia, mediante el proceso de comunicación entre ellos la cual debe ser efectiva, oportuna y claramente entendida por el paciente y sus familiares. La comunicación médico-paciente es un proceso complejo, de carácter material y espiritual, social e interpersonal, que posibilita el intercambio de información, la interacción y la influencia mutua entre médico y paciente.

Entre los condicionantes de una relación de confianza y cordial se subrayan la competencia clínica y la demostración de interés del médico y la sinceridad del paciente. En nuestro sistema de salud actual, la carencia de valores fomenta la despersonalización, mala comunicación con el paciente, el trato deshumanizado hacia el mismo y la burocratización de la práctica médica, afectando negativamente la relación médico paciente, resultando en un mal apego al tratamiento y como consecuencia un mal control de los pacientes diabéticos.

II. Marco teórico

Antecedentes.

En medicina familiar, la relación médico-paciente facilita alcanzar un diagnóstico, además incide, entre otros aspectos, en la salud, la satisfacción o la adhesión al tratamiento del paciente, estas condiciones favorecen el adecuado control de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas, en 2013, estimó en todo el mundo, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años portadoras de diabetes mellitus. En Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, la cifra actual de personas con esta enfermedad es de 37 millones. En Centroamérica, el resto de El Caribe, centro y toda Suramérica, la cantidad es de 24 millones². La Federación Internacional de Diabetes, estableció en 2013, que existe alrededor de 175 millones de casos a nivel mundial los cuales no están diagnosticados, una gran cantidad de personas con diabetes van a desarrollar progresivamente complicaciones de las que no son conscientes³. La Organización Panamericana de la Salud en 2011, estimó que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes⁴.

Respecto al comportamiento de esta enfermedad, en México en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana)⁵. Los datos de la ENSANUT (Encuesta de Salud y Nutrición) 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos⁶. Por sexo, este porcentaje fue de 8.60% (2.84 millones) entre los hombres y 9.67% (3.56 millones). Por sexo, en el caso de los hombres las entidades con mayor proporción de individuos con diagnóstico de diabetes son el Distrito Federal (12.7%), Estado de México (11.5%), y Veracruz (10.7%), en tanto que para las mujeres, las entidades con mayor proporción de personas con diagnóstico de diabetes son Nuevo León (15.5%), Tamaulipas (12.8%), y Distrito Federal (11.9%)⁷.

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5 % durante el 2010. La consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda; en especialidades, el

quinto lugar; y en la consulta de urgencias y como motivo de egreso hospitalario, el octavo⁸.

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) es la primera causa de mortalidad en pacientes diabéticos⁹, las enfermedades macrovascular, coronaria (EC), cerebrovascular (ECV) y vascular periférica (EVP) son significativamente más frecuentes en el diabético, comienza antes del diagnóstico de la hiperglucemia, en claro contraste con la enfermedad microvascular, que depende directamente del control glucídico¹⁰. La asociación observada entre riesgo vascular y resistencia a la insulina, denominado síndrome metabólico, ha llevado a pensar que el riesgo cardiovascular aparece precozmente, antes de que se desarrolle la diabetes mellitus tipo 2, mientras que la relación estrecha entre hiperglucemia y enfermedad microvascular (retinopatía, nefropatía, neuropatía) indica que este riesgo no se vuelve aparente hasta que aparece una hiperglucemia franca¹¹.

Las causas del descontrol glucémico son muchas, sin embargo, es pertinente mencionar la complejidad que representa para el paciente diabético llevar un tratamiento integral y un buen apego a este, debido al cambio de hábitos y costumbres¹². Los principales ejes del tratamiento de la diabetes descritos incluyen educación sobre la enfermedad, recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol.¹³

Si bien es cierto, la importancia para lograr el éxito de cualquier intervención en salud es sin duda la buena relación que exista entre el médico y el paciente, está tradicionalmente ha sido considerada un pilar esencial del ejercicio médico. Se define como una forma de interaccionar entre el profesional y el paciente y/o su familia, mediante el proceso de comunicación entre ellos, y que puede representar significados diferentes, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético, es decir, que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, que tengan la impresión de que entienden lo que les está sucediendo y que su médico, a su vez, también de la impresión de saber lo que hace, que decidan seguir los consejos de su médico, a través de la confianza entre ambos. El tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica.^{14, 15}

Esta interacción entre médico y paciente ha tenido grandes cambios en el tiempo, influenciado por los factores epidemiológicos de la patología, cada vez más compleja y con tendencia a las enfermedades crónicas; por los avances tecnológicos y la especialización de los médicos que llevan a un accionar médico más complejo y difícil, y por lo tanto con mayor riesgo; haciendo cada vez más compleja esta relación y sometiendo tanto a los médicos como a los pacientes a decisiones difíciles y trascendentales ^{15,16}.

El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. La comunicación médico-paciente es un proceso complejo, de carácter material y espiritual, social e interpersonal, que posibilita el intercambio de información, la interacción y la influencia mutua entre médico y paciente; ha sido considerado como una categoría que hace énfasis en la función afectiva, característica que permite el logro de una actividad médica de calidad; también se considera una habilidad que se adquiere mediante el entrenamiento. La implicación del paciente en la toma de decisiones se ha propuesto como un estilo favorecedor de la equidad en la prestación de servicios. La importancia de la satisfacción con el conjunto del equipo que atiende al paciente está demostrada, y se ha revelado como predictora de la fidelidad en la asistencia subsecuente ^{15, 17}.

En medicina familiar, la relación médico-paciente facilita alcanzar un diagnóstico, además incide, entre otros aspectos, en la salud, la satisfacción o la adhesión al tratamiento del paciente. Entre los condicionantes de una relación de confianza y cordial se subrayan la competencia clínica y la demostración de interés del médico y la sinceridad del paciente ¹⁸. El respeto a la autonomía del paciente es una conquista histórica de las sociedades más avanzadas ¹⁹. En este marco, los profesionales de la medicina deben respetar el ser humano integralmente y considerar los componentes que lo caracterizan desde los aspectos mentales, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. En ese proceso interactivo, el respeto al paciente debe ser observado en las palabras, en la forma de hablar y en las actitudes ²⁰. Debemos entender que esta relación se basa en la ética y en la deontología (de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico). Es necesario reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo

en su totalidad, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego ponerse en el lugar del otro²¹.

Las nuevas tecnologías han transformado la vida. Su repercusión en la relación entre médico y paciente es creciente y cada vez forman parte de nuestras actividades en la atención médica²². Históricamente, la comunicación entre pacientes y médicos se ha basado en los encuentros personales (visita tradicional) y a través de documentos escritos. En la actualidad, una herramienta que está cobrando auge es el correo electrónico ya que constituye una forma de comunicación, donde permite la interacción médico-paciente, permitiendo ser un medio rápido y barato, con amplias posibilidades en cuanto a la información que se transmite. Facilita que los pacientes puedan participar de una manera más activa en su cuidado y disminuye el sentimiento de alienación que encuentran en el sistema sanitario, sin embargo en pacientes no conocidos puede ser un riesgo al no contar con datos basados en la exploración clínica que pueden ser fundamentales para conocer el caso de manera adecuada²³. El acceso a internet por parte de los pacientes ha causado una gran revolución por la facilidad y rapidez de acceso a la información sobre salud, y ya no es extraño pensar que un paciente puede estar contrastando la información que le damos con la que encuentra en internet, permitiendo en muchas ocasiones que en la relación médico-paciente se puedan tomar decisiones de salud más informadas, aumentar la autonomía del paciente y reforzar los mensajes de promoción y prevención así como de adherencia al tratamiento²⁴.

La medicina como arte reconoce que cada paciente es único²⁵. Efectuar un buen control de la diabetes supone ciertas renunciaciones, especialmente duras para algunos pacientes y del que, a corto plazo, no se aprecian grandes beneficios, lo que hace aún más difícil su seguimiento. Ésta es una de las razones que hacen relativamente frecuente el incumplimiento terapéutico, lo cual conlleva a un descenso en la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento. Un factor importante que influye en el cumplimiento terapéutico es la relación médico que tenga con su paciente, sin embargo estudios demuestran que la relación que los médicos establecen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos más puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus

expectativas ni los aspectos psicosomáticos de la enfermedad y decidiendo unilateralmente, en función de sus conocimientos. Los problemas de comunicación en la consulta constituyen una barrera al tratamiento efectivo de la diabetes^{26, 27}, centrada en un entorno relacional paternalista en el que el médico (el experto) toma las decisiones que conciernen al paciente, muchas veces por que la información que proporciona el médico no es todo lo completa que debiera. El paciente suele preguntar poco al médico, incluso cuando éste no le ha dado previamente información, y un alto porcentaje se queda con ganas de preguntar y/o no comprende totalmente la información. Así mismo la participación del paciente en la toma de decisiones es escasa. Muy probablemente, la principal razón que justificaría la insuficiente información es la falta de tiempo de los médicos de atención primaria para atender a los pacientes²⁸.

Durán-Varela BR, et al, en su estudio, demostró una falta de apego al tratamiento de 46% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, tanto los pacientes apegados como los no apegados se encontraban descontrolados metabólicamente según la hemoglobina glucosilada, sin embargo uno de los factores con mayor relación estadística para el no apego al tratamiento, son la mala información sobre su enfermedad²⁹.

C. L. Figueroa, et al, en su estudio encontró que el 65.6 % de los pacientes diabéticos se encontraban en descontrol metabólico, respecto a la atención médica, el 80 % de los pacientes consideró que los médicos siempre dan las recomendaciones adecuadas sobre el tratamiento en forma clara. Sin embargo, a pesar de estos resultados, el hallazgo del descontrol metabólico, sugiere la existencia de algunas fallas en la atención de los médicos, no percibidas con el instrumento aplicado, como determinar si es el tiempo o la información o la asimilación de ésta por el paciente es adecuada³⁰.

Soria-Trujano, et al, hace mención en su estudio que los pacientes que recibían información de su enfermedad con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentaron más adherencia terapéutica. Resalta la importancia de la relación entre el médico y el paciente, como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas, siendo la comunicación entre el médico y el

paciente uno de los aspectos más importantes para que este último comprenda la información básica sobre enfermedad y tratamiento para controlarla²⁷.

El uso de instrumentos para mediar la calidad de la relación médico-paciente permite establecer criterios para evaluar la calidad en las distintas facetas de dicha interacción.

Van der Feliz-Cornelis et al., desarrollaron un cuestionario no muy extenso que recogiera cada uno de los aspectos señalados de forma abreviada durante la entrevista médico-paciente. El cuestionario llamado Cuestionario de Alianza Terapéutica (HAQ) de Luborsky, 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^{31, 32}.

III. JUSTIFICACIÓN

Siendo una de las enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en nuestra población, la diabetes mellitus es una condición que se caracteriza por varias anormalidades metabólicas de carácter crónico, lo que provoca múltiples complicaciones e incapacidades en la mayoría de los casos. Efectuar un buen control de la diabetes retrasa la aparición de estas complicaciones y enfermedades secundarias, a la vez que mejora la calidad de vida de nuestros pacientes y de su entorno. Una estrategia es establecer un vínculo de confianza entre el médico y el paciente desde la primera visita con apego al respeto mutuo.

La relación médico paciente, definida como la interacción entre individuos durante la práctica clínica, es de gran importancia para establecer confianza con el paciente, lograr que este se integre participativamente en el camino al restablecimiento de su salud, se adhiera al tratamiento establecido por el médico y con ello se logre el éxito del mismo, especialmente en aquellos con Diabetes Mellitus²⁹.

Actualmente la carencia de valores éticos y humanismo, así como el sistema de salud, fomentan la despersonalización, mala comunicación con el paciente, el trato deshumanizado hacia el mismo y la burocratización de la práctica médica, afectando negativamente la relación médico paciente, resultando en un mal apego al tratamiento y como consecuencia un mal control de los pacientes diabéticos.

Ante este contexto, en nuestra delegación no existe un estudio que evalúe si existe alguna relación entre la interacción médico paciente en el control de los pacientes con Diabetes Mellitus en el programa de DIABETIMSS de la UMF 94, motivo por el cual me es de gran interés conocer si esta relación afecta o no el adecuado control de los pacientes diabéticos en dicha Unidad de Medicina Familiar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia terapéutica por parte de los pacientes es un problema de gran peso en enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus que incide en los resultados del tratamiento. Existe una gran influencia de varios factores en el cumplimiento del tratamiento indicado por parte de los pacientes dentro de los cuales son: sociodemográficos, el tipo de tratamiento, la enfermedad misma y la relación médico-paciente, de los cuales esta última es uno de los más importantes pues³⁴, una causa que influye en que el paciente siga las indicaciones terapéuticas es la manera como es tratado por su médico³³.

En la práctica de la medicina actual, es común que los profesionales de la salud formen con sus pacientes una relación superficial, que atiende únicamente las necesidades fisiológicas y sistemáticas de los pacientes sin prestar consideración a lo que el paciente espera ni sus necesidades psicológicas y emocionales además de las físicas³⁴.

En nuestro medio, no existe un estudio donde se demuestre si la relación médico-paciente influye en el control de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, por esta razón, considero importante evaluar si dicha relación es un factor decisivo en el control de los pacientes diabéticos.

Ubicados en este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la interacción médico paciente y el control, glucémico en pacientes del programa Diabetimss de la UMF 94?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe en la interacción médico paciente y el control glucémico en pacientes del programa de DIABETIMSS de la UMF No. 94.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el tipo de relación médico paciente en la consulta de DIABETIMSS a través de la aplicación del Cuestionario de Relaciones Medico Paciente (CREM-P).
- Identificar el grado de control glucémico en los pacientes de DIABETIMSS de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

En el 70% de los pacientes controlados del programa DIABETIMSS de la UMF 94 existe relación entre el control glucémico y la interacción medico paciente.

VII. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

Caso en Control de Diabetes Mellitus: Paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera constante, niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%. La operacionalización será mediante el reporte de las cifras de glucemia registrado en el expediente médico, el tipo de variable es cualitativa, ordinal. Su indicador es mediante el reporte de hemoglobina glucosilada.

Variable dependiente

Relación médico-paciente: Relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud con el objetivo de influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento. La operacionalización será a través de la evaluación de la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). El tipo de variable es cualitativa, continua. El indicador para su medición será a través de las respuestas: nunca, casi nunca, a veces sí, a veces no, casi siempre, siempre.

Variables descriptoras

Escolaridad: Periodo de tiempo en el cual se asistió a la escuela, su operacionalización será a través del grado máximo de estudios completo que exprese el paciente. El tipo de variable cualitativa, categórica. El indicador para su medición es: analfabeta, sabe leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato o técnico, licenciatura, posgrado.

Ocupación: Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo. La operacionalización será a través del tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento por lo tanto es una variable cualitativa, categórica. Estará

categorizada en hogar, técnico, comerciante, obrero, profesional, jubilado o pensionado.

Edad: Fecha transcurrida desde el nacimiento hasta el momento actual. Para fines del proyecto se consignara la edad referida por el participante y estará categorizada en años de vida cumplidos, por lo tanto es una variable cuantitativa, ordinal.

Género: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Para fines del estudio se consignara el género que indique el participante y estará categorizado en femenino y masculino, por lo tanto es una variable cualitativa dicotómica con escala de medición nominal.

Estado Civil: Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiera. Para su operalización se consignara la situación civil que indique el participante y estará categorizada en soltero, casado, unión libre, viudo y soltero, por lo tanto es una variable cualitativa policotómica con una escala de medición nominal.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: Transversal, correlacional, prospectivo.

PERÍODO DE ESTUDIO: De Mayo a agosto 2016, tiempo destinado para desarrollo de protocolo, aceptación por la Comisión de Investigación, levantamiento de la información y análisis de los datos.

LUGAR DONDE SE DESARROLLARA: El estudio se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Norte en la Ciudad de México.

UNIVERSO DEL TRABAJO: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 derechohabientes del IMSS que acuden a la UMF No. 94 los cuales serán seleccionados de manera aleatoria usando tabla de números aleatorios.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 derechohabientes del IMSS que acuden al Módulo de DIABETIMSS adscritos a la UMF 94.

MUESTRA DE ESTUDIO: Muestra aleatoria. Se tomó una muestra representativa de pacientes junto con sus expedientes médicos con Diabetes Mellitus derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94 del módulo de DIABETIMSS.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra se acudió a ARIMAC (Área de Informática Medica y Archivo Clínico) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 para conocer la totalidad de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el grupo Diabetimss, siendo éste de 1000 pacientes. La muestra se determinó por medio de la fórmula para una población finita, y la utilización del programa estadístico EPI-Info V 6.0, con una prevalencia esperada del 50%, un peor esperado del 25% y un nivel de confianza de 95% se obtuvo una muestra de 278 pacientes.

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico por conveniencia.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

El residente del curso de especialización de Medicina Familiar con ayuda del módulo de DIABETIMSS contactará a los pacientes con Diabetes Mellitus que acudan en los horarios matutino y vespertino, posteriormente el residente involucrado en el estudio localizara a los candidatos en la fecha y horario que se concerté para invitarlos a participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

En un horario de 8 a 20 horas, se les aplicara el cuestionario que evaluará la relación médico-paciente.

IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el servicio de DIABETIMSS.
- Pacientes diabéticos tipo 2 con hemoglobina glicada menor a 7.
- Pacientes diabéticos tipo 2 sin comorbilidades
- Pacientes diabéticos tipo 2 con un tiempo menor a 10 años de evolución.
- Pacientes diabéticos tipo 2 alfabetas.
- Pacientes que acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Pacientes diabéticos tipo 2 que no sean atendidos en el servicio de DIABETIMSS.
- Pacientes diabéticos tipo 2 con hemoglobina glicada mayor a 7.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que presenten alguna limitación para contestar las preguntas del cuestionario realizadas por el encuestador.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que no acudan de forma mensual a sus citas .

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Todo cuestionario que sea llenado de forma incorrecta por el paciente.

X. PROCEDIMIENTO PARA LA MUESTRA

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

Una vez que el paciente haya aceptado participar en el estudio, y previa firma del consentimiento informado, el residente elegirá un lugar tranquilo en la sala de espera para aplicar el instrumento Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente, el cual valora la relación médico-paciente, cuantificando la percepción del paciente en temas de: comunicación, satisfacción y accesibilidad en la interacción con el médico y el apego al tratamiento.

XI. PROCESAMIENTO DE DATOS

Ya recolectada la información se creara una base de datos, después se realizara un análisis estadístico para posteriormente emitir los resultados y conclusiones que deriven. En la unidad de análisis estadístico se aplicara estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica los cuales serán presentados mediante cuadros y gráficos los cuales representaran los resultados.

XII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Por tratarse de la asociación entre 2 variables se aplicara Chi cuadrada, con una significancia estadística de $p < 0.05$ y para las variables sociodemográficas se aplicara estadística descriptiva: porcentajes y medias, expresado a través de cuadros y figuras. Se realizara una base de datos en Excel que se vaciara al programa "Package for the Social Sciences" (SPSS) v. 18 Epi Info, STATISTICA.

XIII. DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO-PACIENTE

El instrumento que se usara para este trabajo es el Cuestionario de Relaciones Medico Paciente (CREM-P) que es una versión validada del instrumento internacional *Patient Doctor Relationship Questionnaire*, elaborado por J.C.

Mingote Adán, B. Moreno Jiménez, R. Rodríguez-Carbajal, en el año 2005 en Madrid España, el cual valora la relación médico-paciente, cuantificando la percepción del paciente en temas de comunicación, satisfacción y accesibilidad en la interacción con el médico y el apego al tratamiento.

Es un instrumento con niveles de variabilidad en la respuesta moderados y siempre superiores a cero, el nivel de consistencia de los ítems tiene correlaciones superiores a 0,62, niveles de significación inferiores a 0,05, tiene un alto índice de fiabilidad y validez de criterio.

Consiste en 13 ítems en escala tipo Likert, donde 1 significa nunca y 5 significa siempre.

1-Nunca

2-Casi nunca

3-A veces si, a veces no

4-Casi siempre

5-Siempre

Se califica de la siguiente manera: el mínimo puntaje obtenido es 13 y el máximo 65, conforme resulta una mayor puntuación total, representa una mayor satisfacción.

XIV. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud; en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Nuremberg emitida en 1947 en el tribunal internacional del mismo, donde a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos. Esta declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset y Edimburgo, respectivamente.

Se considera una investigación de riesgo mínimo según el artículo 17 de la ley general de salud, debido a que la maniobra consiste en aplicar un cuestionario y recabar datos personales previo consentimiento informado (anexos) obtenido en la salas de espera de la unidad médica. Cabe mencionar que se les explica que su participación será elegida por conveniencia del investigador responsable, quien determina que en dicha participación tiene la libertad de retiro en cualquier momento, sin perjuicio de su derecho asistencial, dejando claro que el investigador no forma parte del equipo médico que atiende su salud y que si así lo prefiere al finalizar el estudio (marzo a agosto 2016) puede localizar (de manera telefónica) al investigador responsable para conocer los alcances que de este se derivaron, ya sea de manera verbal o por medio de la cita bibliográfica donde se publique el estudio.

Balance riesgo beneficio

Se deja que de manera clara que su participación es libre y voluntaria, respetando la autonomía, la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos. Asimismo, se otorgara el beneficio de establecer una mejor relación médico-paciente conocimiento del control de su diabetes mellitus para motivar a llevar un mejor control de su enfermedad, recibiendo retroalimentación verbal de ello por parte del

investigador y manteniendo el seguimiento con su médico familiar tratante. Por otra parte, se le explicará que no existen riesgos por su participación en el presente protocolo de estudio.

XV. RECURSOS

Humanos: Investigadores involucrados

Físicos: Instalaciones de la UMF

Materiales: Artículos de papelería

Tecnológico: Equipo de cómputo

Financieros: Aportados por el Investigador.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del estudio se llevara a cabo por el investigador.

FACTIBILIDAD.

Este estudio es factible de llevarse a cabo ya que cuenta con todos los elementos necesarios para su realización en la UMF 94.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se proyectará como sesión médica de la unidad.

XVI. PROGRAMA DE TRABAJO

INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UMF No.

94.

Actividades	MES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Elaboración del Protocolo	P	P						
	R	R						
Elaboración de Instrumento	P		P					
	R		R					
Prueba Piloto	P			P				
	R			R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P				P			
	R				R			
Recolección de la información	P					P		
	R							
Elaboración de la base de datos	P					P		
	R							
Captura de los información	P						P	
	R							
Procesamiento de Datos	P							P
	R							
Análisis de los Resultados	P							P
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P: Programado.

R: Realizado

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
2. Mora-Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta médica costarricense Vol 56 (2), abril-junio 2014.
3. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, sexta edición.
4. Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas.
5. Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus Tipo 2. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud. Dirección General de epidemiología.
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Evidencia para la política pública en salud.
7. Hernández-Ávila M. Gutiérrez J. Reynoso-Noverón N. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública de México/vol. 55, suplemento 2 de 2013.
8. Gil-Velázquez LE. Sil-Acosta MJ, Domínguez-Sánchez ER, Torres-Arreola LP, Medina-Chávez JH. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):104-19.
9. Arteaga A, Maiz A, Rigotti A. Asociación entre diabetes mellitus y patología cardiovascular en la población adulta de Chile: estudio de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Rev Med Chile 2014; 142: 175-183
10. Corbatón-Anchuelo A, Cuervo-Pinto R, Serrano-Río M. La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7(A):9-22. - Vol. 7 Núm. Supl. A
11. Lars Ryden, Peter J. Grant, Stefan D. Anker. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en

- colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(2):136.e1-e56.
12. Hernández-Romieu A, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Urbe N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México.
 13. Manuel Ortiz, Eugenia Ortiz, Alejandro Gatica, Daniela Gómez. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Terapia Psicológica 2011, Vol. 29, N°1, 5-11.
 14. Ruiz-Moral R, Rodríguez J y Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria 2003; 32(10):594-602.
 15. Cruz-Martínez O, Fragoso-Marchante MC, González Morales I. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. ISSN: 1727-897X Medisur 2010; 8(5) Suplemento "El método clínico".
 16. Araneda I. Bioética y Pediatría: Relación médico - familia del paciente. Rev. Med. Clin. Condes - 2011; 22(2) 238 – 241.
 17. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T. 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.
 18. Loayssa-Lara J.R, González-García F, Ruiz-Moral R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. Aten Primaria. 2007;39(6):291-7.
 19. J. Lázaro, D. Gracia. La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.
 20. Oliveira-dos Santos M.F, Melo-Fernández M.G, Soares-Sousa E.S. Aspectos Éticos Tenidos en Cuenta en la Relación Médico-Paciente: Vivencias de los Anestesiólogos. Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(5):398-403.
 21. Hernández-Gamboa L. Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. Revista CONAMED, Año 5, Vol. 9, Núm. 20, julio - septiembre, 2001.

22. Mira-Solves JJ, Llinas-Santacreu G, Lorenzo-Martínez S. Preguntas más frecuentes sobre repercusión de la e-salud en la relación entre médico y paciente. *Aten Primaria*. 2010;42(2):112–114.
23. Mayer-Pujadas M.A, Leis-Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Aten Primaria*. 2006;37(7):413-7.
24. Marin-Torres V, Valverde-Aliaga J, Sánchez-Miró I. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2013;45(1):46-53.
25. González-Blasco P, C.-de Benedetto M.A, Ramírez-Villaseñor I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria*. 2008;40(2):93-5.
26. Escudero-Carretero M.J, Prieto-Rodríguez M.A, Fernández-Fernández I. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2006;38(1):8-18.
27. Soria-Trujano R, Vega-Valero C.Z, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* v.14 n.20 México mar. 2009.
28. Barca-Fernández I, Parejo-Miguez R, Gutiérrez-Martín P. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004;33(7):361-7.
29. Durán-Varela B.R, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México / vol.43, no.3, mayo-junio de 2001*.
30. Figueroa C.L, Gamarra-Bucaramanga G. Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. *Acta Médica Colombiana Vol. 38 N°4 ~ Octubre-Diciembre 2013*).
31. Van der Feltz-Cornelis C.M, Van-Oppen P, Ph.D, Harm W.J. Van Marwijk. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry* 26 (2004) 115–120.

32. Mingote-Adán J.C., Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(0):00-00.
33. Soria-Trujano R, Vega-Valero Z, Nava-Quiroz C, Saavedra-Vázquez K, Interacción Médico-Paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Universidad Autónoma de México, Iztacala, Mexico. *17(2): 223-230, 2011.*
34. Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza Avilés A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 19, No. 4 • Octubre-Diciembre 2011 pp 149-153.

XVIII. ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

XIX. CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO PACIENTE

Estimado derechohabiente, el objetivo del presente estudio es mostrar la importancia que tiene la relación médico paciente en el control de los pacientes con Diabetes Mellitus adscritos al módulo de Diabetimss, se mantendrán los datos anónimos, se respetara la autonomía y confidencialidad de los resultados. (*Autonomía: Facultad de la persona que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros. Confidencialidad: Es la propiedad de la información por la que se garantiza que esta accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.*) Por lo cual le rogamos conteste todas las preguntas.

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS					
Edad: _____ años					
Sexo: M ____ F ____					
Grado de escolaridad					
primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	secundaria completa	<input type="checkbox"/>	superior universitario	<input type="checkbox"/>
primaria completa	<input type="checkbox"/>	secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	superior no universitario	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas personas viven en casa? (Incluya familiares y no familiares) _____					
¿Cuánto es su ingreso económico familiar total?: s/. _____					
En los últimos 2 años, ¿cuántas veces se ha atendido con este médico? _____					
Género de su médico: M ____ F ____					

En el siguiente cuestionario usted encontrará 13 enunciados sobre lo que un paciente podría pensar acerca de su médico, los cuales se califican con la escala tipo Likert, donde 1 significa

nunca y 5 significa siempre.

Por favor conteste lo que usted piensa acerca de su médico marcando un número por cada enunciado.

El significado de los números es el siguiente:

Nunca	Casi nunca	A veces si, a veces no	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

CUESTIONARIO MEDICO PACIENTE					
1.- ¿MI MEDICO ME ENTIENDE?	1	2	3	4	5
2.-¿CONFIO EN MI MEDICO?	1	2	3	4	5
3.-¿MI MEDICO SE ESFUERZA EN AYUDARME?	1	2	3	4	5
4.-¿PUEDO HABLAR CON MI MEDICO?	1	2	3	4	5
5.-¿ESTOY CONTENTO CON EL TRATAMIENTO QUE ME PUSO MI MEDICO?	1	2	3	4	5
6.-¿MI MEDICO ME AYUDA?	1	2	3	4	5
7.-¿MI MEDICO ME DEDICA SUFICIENTE TIEMPO?	1	2	3	4	5
8.-¿EL TRATAMIENTO QUE ME PUSO MI MEDICO ME ESTA BENEFICIANDO?	1	2	3	4	5
9.-¿ESTOY DE ACUERDO CON MI MEDICO SOBRE LA CAUSA DE MIS SINTOMAS?	1	2	3	4	5
10.-¿ENCUENTRO A MI MEDICO MUY ACCESIBLE?	1	2	3	4	5
11.-¿GRACIAS A MI MEDICO ME ENCUENTRO MEJOR?	1	2	3	4	5
12.-¿GRACIAS A MI MEDICO TENGO MAS INFORMACION DE MI SALUD	1	2	3	4	5
13.-¿AHORA CONTROLLO MEJOR MIS SINTOMAS (AUNQUE VEA MENOS AL MEDICO)	1	2	3	4	5

Pregunta abierta:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UMF No. 94.						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	UMF 94 Aragón, México Distrito Federal 2016.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	La diabetes mellitus se caracteriza por anomalías metabólicas de carácter crónico, lo que provoca complicaciones e incapacidades en una población económicamente activa. La relación médico paciente es importante para establecer confianza con el paciente, que este se adhiera al tratamiento establecido por el médico y se logre el éxito del mismo en pacientes con Diabetes Mellitus. Objetivo: Determinar la relación que existe en la interacción médico paciente y el control glucémico en pacientes del programa de DIABETIMSS de la UMF No. 94.						
Procedimientos:	Revisar en el expediente última cifra de hemoglobina glucosilada y contestar el instrumento						
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora en la calidad de la atención de los servicios de salud						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Conocer la relacion medico paciente y su hemoglobina glucosilada						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA, Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico esther.azcartateg@imss.gob.mx						
Colaboradores:	Dr. ALINNE Guadalupe Acosta Manjarrez Matricula:98367467 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 Correo electrónico: medicoalinne@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 Congressos, 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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013