



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE E INFLUENCIA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, DE 29 A 59 AÑOS DE LA UMF 31, IZTAPALAPA

NÚMERO DE REGISTRO

R-2019-3703-018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZÁLEZ AMADOR ROGELIO

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

NOEMI PADILLA CAMPOS



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020



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.

“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE E INFLUENCIA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, DE 29 A 59 AÑOS DE LA UMF 31, IZTAPALAPA”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**GONZÁLEZ AMADOR ROGELIO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:

**DRA. LAURA MATEO ACOSTA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

ASESORES DE TESIS

DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDINA FAMILIAR

**DRA. NOEMI PADILLA CAMPOS
MÉDICA FAMILIAR ADSCRITA A CONSULTORIO 31 DE LA UMF 31, IZTAPALAPA**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2020



U.M.F. No. 31
DIRECCION



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

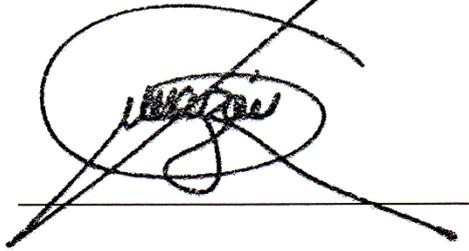
“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE E INFLUENCIA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, DE 29 A 59 AÑOS DE LA UMF 31, IZTAPALAPA”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZÁLEZ AMADOR ROGELIO

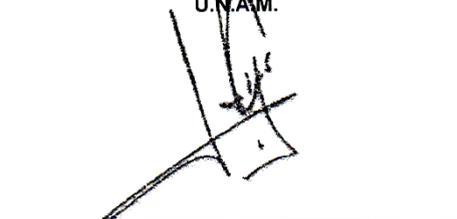
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Jueves, 14 de noviembre de 2019

Dra. TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Percepción de la Relación Médico-Paciente e influencia en el control glucémico de los pacientes con Diabetes tipo 2, de 29 a 59 años, de la UMF 31 Iztapalapa** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3703-018

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

ATENTAMENTE

GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	GONZÁLEZ
Apellido materno	AMADOR
Nombre	ROGELIO
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	300166752
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	ALVARADO
Apellido materno	GUTIÉRREZ
Nombre	TERESA
Apellido paterno	PADILLA
Apellido materno	CAMPOS
Nombre	NOEMI
DATOS DE LA TESIS	
Título	“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE E INFLUENCIA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, DE 29 A 59 AÑOS DE LA UMF 31, IZTAPALAPA”
No. de páginas	57
Año	2020

ÍNDICE

	PÁGINA
1.-RESUMEN	8
2.-INTRODUCCIÓN	10
2.1. Marco Epidemiológico	11
2.2. Marco Conceptual	13
2.3. Marco Contextual	24
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
5. OBJETIVOS	29
5.1. General	29
6. HIPÓTESIS	29
7. MATERIAL Y MÉTODO	30
7.1. Periodo y sitio de estudio	30
7.2. Universo de trabajo	30
7.3. Unidad de análisis	30
7.4. Diseño de estudio	30
7.5. Criterios de selección	30
7.5.1. Criterios de inclusión	30
7.5.2. Criterios de exclusión	31
7.5.3. Criterios de eliminación	31
7.6. Maniobras para evitar y controlar sesgos	31
8. MUESTREO	32
8.1. Cálculo del tamaño de muestra	33
9. VARIABLES.	34
9.1. Operacionalización de variables	35
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	38

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
12.1. Conflicto de interés	42
13. RECURSOS	42
13.1. Humanos	42
13.2. Materiales	42
13.3. Económicos	42
13.4. Factibilidad	43
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	43
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	43
16. RESULTADOS	44
17. DISCUSIÓN	48
18. CONCLUSIÓN	49
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	50
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
21. ANEXOS	55
21.1. Hoja de Consentimiento Informado	55
21.2. Hoja de Recolección de datos	56
21.3. Instrumento de medición	57

1. RESUMEN

“Percepción de la Relación Médico-Paciente e influencia en el control glucémico de los pacientes con Diabetes tipo 2, de 29 a 59 años de la UMF 31, Iztapalapa”

Rogelio González Amador. **Teresa Alvarado Gutiérrez. * Noemi Padilla Campos*

Residente de Tercer Año de Medicina Familiar. ** Médica Familiar. Enc de la Coord. Clín. de Educ. e Inv. en Salud * Médica Familiar adscrita a UMF 31, consultorio 31*

Introducción: La relación médico-paciente influye en el proceso de la consulta y es la piedra angular, en cuanto a la actitud del paciente frente al tratamiento, apego a las indicaciones y el adecuado control de la diabetes.

Objetivo: Identificar cuál es la percepción de la satisfacción de la Relación Médico-Paciente y cómo influye en el control glucémico de los pacientes con diabetes tipo 2, de 29 a 59 años, de la UMF 31, Iztapalapa.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, con muestreo por cuotas. Se aplicó un instrumento para la evaluación de la relación médico paciente, el Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) y se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y prueba de Chi cuadrada para las variables cualitativas, usando el programa estadístico SPSS, versión 25.

Resultados: De los 385 pacientes que se estudiaron, 273 presentaron descontrol glucémico y 112 control glucémico. De acuerdo al PDRQ-9 aplicado, en la dimensión de satisfacción, el 62.6% tuvo una mala relación médico-paciente, en la dimensión de comunicación 62.3% y en la dimensión de accesibilidad 64.4%, de la suma total de las tres dimensiones el 61.8% dijo tener una mala comunicación. Se encontró una correlación de $p < 0.0001$ asociando una mala relación médico paciente con un descontrol glucémico.

Conclusiones: Los pacientes con descontrol metabólico presentaron una mala relación médico paciente.

Palabras Clave: Relación Médico-Paciente, Diabetes, Control glucémico.

1. SUMMARY

“Perception of the Doctor-Patient Relationship and influence on glycemic control of patients with Type 2 Diabetes, from 29 to 59 years of the FMU 31, Iztapalapa”

*Rogelio González Amador. **Teresa Alvarado Gutiérrez. *** Noemi Padilla Campos
*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar. ** Médica Familiar. Enc. De la Coord.
Clín. De Educ. E Inv. En Salud *** Médica Familiar adscrita a UMF 31, consultorio 31*

Introduction: The doctor-patient relationship influences the consultation process and is the cornerstone, in terms of the patient's attitude towards treatment, adherence to the indications and adequate control of diabetes.

Objective: To identify the perception of the satisfaction of the Doctor-Patient Relationship and how it influences the glycemic control of patients with type 2 diabetes, aged 29 to 59, of the FMU 31, Iztapalapa,

Methodology: An observational, cross-sectional and descriptive study will be carried out, with quota sampling. An instrument for the evaluation of the patient medical relationship, the Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) will be applied and descriptive statistics will be used for sociodemographic variables and Chi-square test for qualitative variables, using the statistical program SPSS, version 25.

Results: Of the 385 patients studied, 273 presented glycemic control and 112 glycemic control. According to the PDRQ-9 applied, in the satisfaction dimension, 62.6% had a bad doctor-patient relationship, in the communication dimension 62.3% and in the accessibility dimension 64.4%, of the total sum of the three dimensions the 61.8% said they had bad communication. A correlation of $p < 0.05$ was found associating a bad patient medical relationship with a glycemic control.

Conclusions: Patients with metabolic decontrol presented a bad patient medical relationship.

Keywords: Doctor-Patient Relationship, Diabetes, Glycemic Control.

2. INTRODUCCIÓN

Cada año son más las personas que padecen diabetes, actualmente se estima que son cerca de 415 millones de adultos en el mundo que la padecen, para el año 2040, se considera que habrá 415 millones. La diabetes tipo 2 es la más común en adultos mayores, sin embargo, se observa que cada vez más adultos jóvenes y niños son los que la padecen. Las complicaciones que se derivan de la diabetes, son las causas de muerte en la mayoría de los países. (1)

México, no ha sido la excepción, la prevalencia de diabetes ha incrementado en las últimas décadas, ocupando el sexto lugar en cuanto a mortalidad a nivel mundial y el primero en América latina. En 2014, el INEGI reportó 94,029 defunciones, lo que posicionó a la diabetes como la primera causa de mortalidad a nivel nacional, se estima que 1 de cada 11 adultos vive con diabetes y se encuentra en una edad entre los 40 y 59 años. (3)

De acuerdo a la última encuesta de salud y nutrición (ENSANUT) 2016, la prevalencia de diabetes fue de 9.4%, siendo mayor en mujeres que en hombres, las complicaciones que más se reportan son las derivadas de las alteraciones visuales como disminución de la visión, daño en la retina y pérdida de la vista. (4)

Según los criterios de la ADA 2019, para realizar el diagnóstico de diabetes se requieren los valores de glucosa en plasma en ayunas de al menos 8 h, con un valor ≥ 126 mg/dl; de 2h ≥ 200 mg/dl (previa carga con 75 mg de glucosa); o Hemoglobina glucosilada $\geq 6.5\%$. Una vez diagnosticada, se considera paciente

controlado, al tener cifras de glucosa preprandial en el rango de 80-130 mg/dl o cifras de Hemoglobina glucosilada (HbA1c) de menos de 7%. (8)

Para que el paciente, una vez diagnosticado con diabetes, tenga éxito en el tratamiento, debe tener un buen apego, pues de esta forma se evalúa su evolución clínica. Establecer una alianza terapéutica entre paciente y médico es necesaria para el éxito del tratamiento, un control intensivo y adecuado, retrasa la aparición y progresión crónica de la enfermedad. (12)

La relación médico-paciente, es un determinante que influye en la conducta del paciente frente a su tratamiento, así como en las indicaciones que son dadas por el médico y el resultado de las prescripciones realizadas, pues finalmente repercute sobre el proceso de atención a la salud, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud. (17)

2.1. Marco epidemiológico

La diabetes se considera en la actualidad una emergencia mundial en el siglo XXI. Cada año se suman más las personas que la padecen. Se estima que, en las personas adultas, cerca de 415 millones tienen diabetes y 318 millones sufren intolerancia a la glucosa, con riesgo de desarrollar la enfermedad. Se estima que para el año 2040, en el mundo, habrá un total de 642 millones de personas con diabetes. En la mayor parte de los países, la diabetes y sus complicaciones son las principales causas de muerte, la diabetes de tipo 2 es la más común en adultos mayores, pero cada vez se observa más en niños, adolescentes y adultos jóvenes por el incremento en la obesidad, sedentarismo

y dieta inadecuada, esto también asociado a cambios culturales y sociales, además de consumir entre el 5% y el 20% del gasto sanitario en diabetes. (1)

En México, la prevalencia de diabetes ha aumentado en las últimas décadas, a nivel mundial ocupa el sexto lugar y en cuanto a mortalidad, el primero en América latina. La mortalidad en México ha ido en incremento constante desde 1998, llegando hasta 94,029 defunciones en 2014, que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se posiciona como la primera causa de mortalidad a nivel nacional. (2)

La Federación Mexicana de Diabetes en 2014, determinó que existen 4 millones de personas con diabetes en el país. La Ciudad de México, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí, son los estados que tienen mayor prevalencia, lo que representó un gasto importante de 68,600 millones de pesos al año en su atención y en el manejo de las complicaciones.

En México, se estima que 1 de cada 11 adultos vive con diabetes, las personas con Diabetes tipo 2, tienen una edad entre 40 y 59 años, de los cuales, 5% no tienen un diagnóstico y el 77% vive en regiones con ingresos medios y bajos. (3)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT 2016), estableció que en México la prevalencia de diabetes en 2012 fue de 9.2%, pasando en 2016 a 9.4%, siendo mayor en mujeres en comparación con los hombres con 10.3% y 8.4% respectivamente. Los hombres de 60-69 años de edad, tenían una prevalencia de 27.7%, versus un 32.7% en mujeres en ese

mismo rango de edad y de 70 a 79 años con un 29.8%. A su vez, las complicaciones que se reportaron en los adultos diabéticos fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas. Las amputaciones ocurrieron en 5.5%. Por último, 6.4% de los adultos con diabetes no realizó alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones. (4)

2.2 Marco conceptual

Diabetes

De acuerdo a la NOM 015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, se define a la diabetes como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. A su vez, también define los siguientes conceptos: Diabetes tipo 2: tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina, con una deficiencia en su producción, que puede ser absoluta o relativa; Caso confirmado de diabetes: persona cuyo diagnóstico se corrobora por medio del laboratorio: una glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl; una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl; o bien una glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua; Glucosa Anormal en Ayuno: glucosa de ayuno > 100 y < 125 mg/dl; Hiperglucemia posprandial: glucemia > 140 mg/dl, dos horas después de la comida; Intolerancia a la Glucosa: niveles de glucosa 2 horas

post carga oral de 75 gr de glucosa anhidra > 140 y < 199 mg/dl; y por último, Caso en control: cuando el paciente presenta de manera regular niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70-130 mg/dl o de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%. (6)

Las causas de la diabetes tipo 2, en general se desconocen en un 70-85% de los pacientes, sin embargo, se sabe que participan factores como la herencia poligénica, factores de riesgo como la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria, ocasionando elevaciones prolongadas de glucosa y resistencia a la acción de la insulina. Un 80%-90% de las personas tienen una adaptación de las células β ante altas demandas de insulina, por ejemplo, en la obesidad, por otro lado, en el 10%-20%, existe una deficiencia en su adaptación, agotando a las células con la consiguiente reducción en la liberación y almacenamiento de insulina. Por lo tanto, la diabetes tipo 2, está asociada a una falta de adaptación ante los incrementos de insulina y pérdida de células por glucotoxicidad. (7)

De acuerdo a la ADA 2019, la diabetes se clasifica en: Diabetes tipo 1. Debida a destrucción autoinmune de células β , que conduce a una deficiencia absoluta de insulina; Diabetes tipo 2. Causada por una pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células β , con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina; Diabetes mellitus gestacional. Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente evidente antes de la gestación; Tipos específicos de diabetes. Debido a otras causas,

por ejemplo: síndromes de diabetes monogénica (diabetes neonatal y la diabetes de inicio en la madurez [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis), y diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA, o después del trasplante de órganos). (8)

Los criterios diagnósticos para diabetes son en base a la Glucosa en Plasma en ayunas de al menos 8 h, con un valor ≥ 126 mg/dL; Glucosa en plasma de 2h ≥ 200 mg/dL, posterior a realizar de prueba oral de tolerancia a la glucosa, usando una carga de glucosa de 75 mg de glucosa anhidra disuelta en agua; o Hemoglobina glucosilada $\geq 6.5\%$. Cuando un paciente es diagnosticado con la enfermedad y se considere controlado, se definen cuando las cifras de glucosa preprandial se encuentran en el rango de 80-130 mg/dl o cifras de Hemoglobina glucosilada (HbA1c) de menos de 7%. (8)

El no cumplir con las cifras meta de control glucémico, puede conllevar a que se presenten diversas complicaciones y comorbilidades. Las complicaciones más frecuentes en diabetes son: Retinopatía, la cual se produce al lesionarse los pequeños vasos de la retina, después de 15 años con diabetes, aproximadamente 15% pierde la vista completamente, 10% sólo presentan un deterioro grave en la visión; Nefropatía: puede evolucionar hasta insuficiencia renal crónica, aproximadamente entre 10% y 20% de los pacientes mueren por esta causa, otro dato a tomar en cuenta, es que los pacientes en tratamiento con diálisis, son una carga considerable de gasto en salud; Neuropatía: la cual se presenta a nivel periférico o visceral, ya que se produce una lesión de los

nervios, que afecta al 50% de los pacientes; por último, el Pie diabético: al perder sensibilidad y tener una circulación sanguínea defectuosa, pueden surgir lesiones que difícilmente cicatricen y al no tener las medidas necesarias para sus cuidados, llegan a infectarse, evolucionar a gangrena y terminar en amputación. (9) En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) se describió el índice de amputaciones de extremidades inferiores en sujetos con diabetes adscritos a unidades de Medicina Familiar, comparando los años 2004 y 2013. Los resultados que se obtuvieron, fueron que el índice de amputaciones de extremidades inferiores se incrementó de 100.9 a 111.1 por cada 100,000 sujetos con diabetes en 2004 y 2013, lo cual es muy alto comparado con lo reportado en países desarrollados. (10)

En la historia natural de la enfermedad, la diabetes se puede modificar al realizar acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan sus complicaciones, por ejemplo, la obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo, mala alimentación, entre otras. Cualquier tratamiento, programa o política encaminada a la diabetes, debe tener como uno de sus principales objetivos el retrasar o controlar las complicaciones asociadas, así como evitar la discapacidad y la muerte prematura, garantizando una buena calidad de vida. El abordaje integral es importante, estableciendo objetivos y metas de control individualizado, estrategias educativas y pedagógicas complejas, así como un abordaje psicológico para lograr una atención y adherencia completa del tratamiento que permita la prevención de las mismas. (2) En 2014 se publicó un estudio en México, cuyo objetivo fue comparar el estilo de vida y control metabólico de pacientes diabéticos incluidos y no incluidos en el

programa DiabetIMSS, en dicho estudio se incluyeron a 539 pacientes con diabetes tipo 2, los cuales se distribuyeron en tres grupos: el primero cursó el programa, el segundo grupo estaba formado por quienes lo estaban cursando durante el estudio y el tercero, por quienes no habían sido incluidos en el programa; además de medir aspectos demográficos y clínicos, se aplicó el instrumento IMEVID (cuestionario específico de autoadministración agrupado en 7 dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica). El análisis de correlación de las variables con la calificación del IMEVID fue significativo, con $p < 0.05$; el mayor número de variables (como peso, presión arterial, cintura, glucosa de ayuno, hemoglobina glucosilada, etc.) de las metas de control, fue para el grupo de egresados con el 71%, el 32% para los que estaban cursando y el 17.2% para quienes no habían cursado. Concluyeron que mejorar el estilo de vida y eliminar factores de riesgo modificables, son los pilares para que se logre un adecuado manejo de la diabetes, y por lo tanto llegar a metas establecidas de control. (11)

Para mantener un adecuado control glucémico y tener éxito en el tratamiento, se debe tener un buen apego por parte del enfermo con diabetes. Como lo menciona Durán et al. (12) apego al tratamiento, se define como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, como lo es el tomar medicamentos, hacer dieta, etc. El apego a tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Un control intensivo y adecuado, retrasa la aparición y progresión crónica de la enfermedad.

Se sabe que, en países desarrollados, la adherencia terapéutica al tratamiento en enfermedades crónicas es del 50%. En el caso de los pacientes con diabetes tipo 2, adherirse e intensificar el tratamiento, es fundamental para lograr los objetivos terapéuticos y retrasar las complicaciones. La falta de adherencia en los pacientes con diabetes tipo 2, impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida. (13-14)

Aumentar la efectividad de las intervenciones en la adherencia terapéutica, puede tener un alcance mayor en la salud de la población, que cualquier mejora específica en los tratamientos médicos. Para tener una intervención efectiva, el personal de salud, requiere de tres aspectos básicos: educación, comunicación e información, formando parte de la relación médico-paciente. (15-16)

En la consulta médica, un aspecto fundamental que repercute sobre el proceso de atención en salud, tratamiento de la enfermedad, y recuperación de la salud, es la relación médico-paciente, pues, es en ese proceso de la consulta, que tiene una influencia determinante en cuanto a la actitud del paciente frente al tratamiento, el apego a las indicaciones dadas por el médico y el resultado de las prescripciones hechas por el profesional de la salud. (17)

Relación Médico-Paciente

De acuerdo a Arrubarrena, (18) la relación médico-paciente, era algo tan natural en los inicios de la práctica de la medicina, que no se hablaba ni se escribía de ella, era considerada como un hecho su existencia pues era la base

de trabajo del médico con el enfermo, describiéndose posteriormente como el encuentro de una conciencia con una confianza. La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones.

Al tratarse la relación médico-paciente como como el encuentro de dos confianzas: la del médico que ve que su paciente que quiere curarse y la del paciente que sabe que el médico es la persona más adecuada para poder ayudarlo, también es un pacto entre dos personas, una como la responsable de la iniciativa y la otra responsable de la forma de resolver el problema. Una buena relación médico-paciente, tiene distintos beneficios, desde el mismo médico, porque se realiza como persona y como profesional; el paciente, pues se siente ayudado y se va a aliviar más rápido; la sociedad, porque la salud de la población es bienestar; y también a la institución, pues cumple con la obligación ética de trabajar bien, e incluso a las compañías de seguro, evitando gastos innecesarios. (19)

La medicina y la relación médico-paciente, han pasado por cuatro etapas en distintas épocas, desde la edad del paternalismo o “del médico”, pasando por la edad de la autonomía o “del paciente” y la edad de la burocracia o del “financiador”, hasta la etapa actual: etapa de decisiones compartidas, la cual es un modelo de acuerdo, basado en la comunicación, el diálogo, la discusión y la negociación.

El negociar la relación médico-paciente, puede tener mejoras en los siguientes aspectos: los pacientes tienen mayor confianza a los médicos; los pacientes

cumplen los tratamientos acordados; médicos y pacientes toman decisiones adecuadas desde el punto de vista económico; los pacientes se sienten más satisfechos con la atención recibida; y, sobre todo, los pacientes presentan mejores resultados terapéuticos en enfermedades crónicas. Al Garantizar la continuidad de la relación médico-paciente, nos respalda que la medicina atienda necesidades y aspectos básicos de la condición humana, que el objetivo fundamental e inalterable sea la de ayudar a los pacientes y que la mayor parte de la ayuda médica tenga lugar durante el encuentro directo e interpersonal entre médico y paciente. (20)

En el ejercicio de la medicina, aún siguen predominando prácticas paternalistas, considerando que este enfoque de salud, es inapropiado, lo que puede crear un conflicto entre los pacientes que se esfuerzan por informarse mejor, y que sus dudas se interpreten como signos de crítica y desconfianza hacia el médico, por esta razón su participación debe estar en la toma de decisiones, además de la creación de sentidos y de aprendizaje. (21)

A través de la familia, también la relación Médico-Paciente influye en la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente, así como en el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas. Una relación médico-paciente familia, tiene miradas diferentes, desde el punto de vista del médico y del paciente o la familia, pero el objetivo de la misma es igual para ambos, persigue lograr una empatía adecuada, que permita alcanzar una atención médica superior. (22) Tener empatía tiene un prestigio y es una cualidad deseable que se desarrolla con el tiempo, incluso se cuestiona si es posible

enseñarla, ya que se dice que se tiene o no, pues para algunos es algo innato.

(23)

La comunicación entre el médico y el paciente enfermo, tiene dos beneficios importantes: compartir información clínica de forma oportuna y una buena relación médico-paciente. A los pacientes que se les informa y educa sobre su estado de salud y como mejorar su estado de bienestar, se recuperan más rápido que quienes no están informados. (24)

Existen circunstancias que influyen en la relación del médico con los pacientes, estas son las relacionadas con características propias de los médicos: como las condiciones de trabajo, los médicos tienden a ser empleados en instituciones públicas o privadas en donde realizan su labor bajo condiciones en ocasiones carenciales o incómodas, el salario es insuficiente, obligando al médico a tener varios empleos, en las unidades de atención primaria frecuentemente al paciente lo atiende un médico distinto y recibe información diferente o en ocasiones hasta contradictoria; de los pacientes: han adquirido mayor conciencia de sus derechos, ponen en práctica uno de los principios de la bioética: la autonomía; y del entorno: la tecnología moderna ha influido en el arte de la clínica. (16,25)

La relación médico-paciente, se considera como una relación más contractual, convencional, mercantil, colectiva y centrada en los resultados. Se deben mejorar las habilidades de comunicación, y respetar la opinión de los pacientes, recuperar su papel protagónico y adaptarse en la medida de lo posible a los

deseos, temores, prejuicios y aprensiones de pacientes y familiares, con el fin de cumplir las expectativas de los enfermos y sobre todo ser más empáticos. La comunicación entre el médico y el enfermo debe estar basada en una relación dinámica, interpersonal y en un contexto de transferencia-contratransferencia, para que el profesional de la salud puede afianzar el vínculo, captar la atención de su paciente y provocar modificaciones que lo encaminen a la mejora de su estado de salud y calidad de vida, para que finalmente el paciente tenga una satisfacción, pues esta se basa en la diferencia entre sus expectativas y la percepción de los servicios que ha recibido.(26) Las percepciones subjetivas junto con las expectativas previas dan como resultado la expresión en la calidad del servicio. Un servicio de atención primaria, que genera un mayor nivel de satisfacción en los pacientes, se entenderá que tendrá una relación establecida con el médico. (27)

La relación médico-paciente es una relación interpersonal, tiene un vínculo ético, filosófico y sociológico, que no puede favorecerse si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, solidaria y profesional. La relación médico-paciente negativa facilita la comisión de yatrogenia, errores médicos y la infracción o falta médica. (28) Como lo comenta Ávila (29) es necesario retomar el papel del médico frente a las humanidades y la Bioética junto con la consolidación de su enseñanza y puesta en práctica en la clínica, ya que estas complementan el cientificismo con el humanismo, que forma parte intrínseca del arte de curar; un médico culto es un mejor médico, pero no porque sea médico, sino porque es un mejor ser humano, y porque esa

circunstancia no solo le permite, sino que lo obliga a un mejor trato con otros hombres.

La base fundamental del ejercicio médico sigue siendo la relación médico-paciente. El contexto clínico no cambia, pues tiene como objetivo ayudar y aliviar al paciente; sin embargo, para ayudar se requiere capacidad científica más un entrenamiento específico en habilidades de comunicación, técnica de entrevista clínica y apoyo emocional, más la capacidad de análisis de conflictos de valores.

Entre el paternalismo tradicional y la autonomía actual del paciente, hay muchas opciones para la relación clínica. Para que se ponga en práctica, hay que conocer la clínica y saber resolver los nuevos valores que implica la relación médico-paciente. (30-31)

Cuestionario Relación Médico-Paciente (Patient-Doctor Relationship Questionnaire)

Evaluar la percepción que tiene el paciente con el médico, se puede realizar mediante la aplicación de cuestionarios, uno de ellos, es conocido como Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 preguntas (PDRQ-9), el cual se adaptó y validó de un cuestionario desarrollado previamente sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire elaborado por Van der Feltz et al., el cual tenía como objetivo conseguir una herramienta que fuera objetiva y fácilmente aplicable en el primer nivel de atención y que también pudiera evaluar la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. (32)

Años después dicho cuestionario se adaptó al castellano por Mingote J. et al., en su versión de 13 preguntas, al evaluar a 188 pacientes de seis médicos especialistas en Medicina Interna de un Hospital Universitario de Madrid, teniendo como resultados niveles altos en fiabilidad, validez factorial y validez de contenido, ratificando los resultados previos sobre la relación positiva entre calidad de la relación médico-paciente y continuidad del cuidado. (33).

Finalmente, Martín-Fernández J. et al., lo adaptaron a una versión de 9 preguntas, esta última versión, validada de acuerdo al coeficiente de Cronbach (coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida), con una puntuación de 0.95, similar a lo reportado en las versiones de 13 preguntas, lo que nos indica una mayor fiabilidad, es decir, mientras más se acerca al 1 mayor será la fiabilidad de la escala. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1= nunca y 5=siempre. El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento. Se analizó cada una de las dimensiones del cuestionario con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos. Los ítems 1, 2, 7, y 9, evalúan accesibilidad; los ítems 3, 8 evalúan Satisfacción y finalmente, los ítems 4, 5, 6, y 7 (este último evalúa también accesibilidad), evalúan Comunicación. Para la dimensión de Comunicación y Accesibilidad se evaluó de la siguiente manera: 1 a 11 mala, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación y/o accesibilidad. Para la dimensión de Satisfacción: de 1 a 5 como mala, de 6 a 8 regular, y de 9 a 10 buena. Al sumar las 3 dimensiones se pueden obtener los siguientes puntajes de la Relación Médico-Paciente (RMP):

9-27 puntos= mala RMP; 28-39 puntos= regular RMP; 40-50 puntos= buena RMP. (34-35)

2.3 Marco contextual

Se tiene el antecedente de diferentes estudios realizados para evaluar la relación médico-paciente, uno de ellos, realizado en 2011, se trató de un estudio transversal y descriptivo, con muestreo por conveniencia en pacientes del módulo de diabetes, en la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Ignacio Chávez, cuyo objetivo fue identificar la satisfacción general de la relación médico-paciente y su asociación con el control glucémico y metabólico del paciente diabético tipo 2. Se aplicó una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), además de realizar mediciones de glucosa en ayuno y hemoglobina glicosilada, para evaluar control glicémico, así como colesterol total, triglicéridos, peso, talla, IMC y presión arterial para evaluar el control metabólico. Los resultados que se obtuvieron, fueron los siguientes: de los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glicémico y 32.6% buen control metabólico. Del total del cuestionario, el 83.9% considera tener buena relación médico paciente; en cuanto a las dimensiones, el 75.2% están satisfechos y el 69% refieren tener buena comunicación y accesibilidad con el médico. Las asociaciones con el control glicémico y metabólico presentaron correlaciones bajas. Concluyendo, que los usuarios están satisfechos con la relación con su médico; sin embargo, la asociación con el control glicémico y metabólico resultó baja. (36).

En el 2014 se publicó un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado entre marzo de 2011 y enero de 2013, en el cual mediante un muestreo aleatorio se incluyeron a 100 pacientes de ambos géneros entre 40 y 60 años de edad, con diagnóstico de HAS que acudían a recibir atención médica, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de México, a quienes se aplicó el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Los resultados que se obtuvieron fueron que de los 100 pacientes 84% padecía HAS controlada, 54% refirió tener buena comunicación con su médico, 28% comunicación regular y 18% poca comunicación. En cuanto a la accesibilidad del médico hacia el paciente: 60% comunicó que sus médicos fueron accesibles con ellos, 26% regular y 14% poco accesibles. 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%. Concluyendo que los pacientes con HAS controlada refirieron tener una buena relación con su médico y estar satisfechos con la atención recibida en 49%, los pacientes descontrolados se encontraban satisfechos en 4%. (37).

En 2015, en Bangladesh, se llevó a cabo un estudio, cuyo objetivo fue desarrollar una versión, validada y adaptada culturalmente del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), recopilando datos de 50 pacientes mediante una entrevista con la versión final en Bangla del PDRQ-9 obtenida mediante un procedimiento de traducción ideal con un muestreo consecutivo intencional no probabilístico, encontrando como resultado una consistencia

interna de la versión Bangla del PDRQ-9, medido con un alfa de Cronbach de 0.97, concluyendo que la versión Bangla del PDRQ-9 es válida, aceptada y aplicable en la práctica clínica, la investigación, la salud pública y la atención primaria de salud en Bangladesh. (38)

Son limitados los estudios en México, que buscan evaluar la Relación Médico-Paciente, algunos de estos estudios, ya referidos en la bibliografía, han aplicado el "Patient-Doctor Relationship Questionnaire", en algunas unidades médicas institucionales como IMSS e ISSSTE, sin embargo, es importante que se aplique en el primer nivel de atención, con el propósito de mejorar la relación médico-paciente, beneficiando a paciente, institución y sociedad.

Este estudio se realizó en la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Iztapalapa, del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien cuenta con 353,944 derechohabientes, de los cuales 13040 personas padecen de diabetes tipo 2.

3. JUSTIFICACIÓN

La diabetes en México es considerada un problema de salud pública y su incidencia cada vez va en aumento. Uno de los problemas, que más se observa en la consulta, es el mal apego a los tratamientos por parte de los pacientes con diabetes, lo que conlleva a un descontrol glucémico, derivando en complicaciones que producen limitaciones tanto físicas como psicosociales.

La mala relación médico-paciente es uno de los factores que se ha visto que influyen en el mal apego a tratamiento, en muchas de las ocasiones se deja de lado este aspecto y se enfoca a buscar otros factores que justifiquen un descontrol por parte de los pacientes.

Es por ello, que además de realizar medidas de intervención encaminadas a mejorar el apego a los tratamientos y la toma de medicamentos, permite, además de tener un buen control de la enfermedad, retrasar la aparición de complicaciones provocadas por la diabetes. El mejorar la relación médico-paciente ayuda a encaminar al enfermo hacia un tratamiento exitoso; sin embargo, es una de las cosas que se han ido perdiendo en el arte de la medicina, en la actualidad las tecnologías y la gran demanda en los servicios de salud ocasionan que esta relación se realice de manera superficial o no exista, influyendo en el mal apego de los pacientes con su tratamiento. Es por ello que los residentes de Medicina Familiar y los médicos desde sus primeros años de formación deben de lograr una mejor empatía con los pacientes y de esta manera lograr una mejor comunicación y llegar a un acuerdo con su tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior se realizó en la población de la Unidad de Medicina Familiar No 31, del Instituto Mexicano del Seguro Social, un estudio en donde se aplicó el cuestionario PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) en su versión de 9 preguntas, traducido al español, por su validación del cuestionario y la aplicabilidad en el primer nivel de atención, para evaluar la relación médico-paciente y como es que ese vínculo puede afectar en el control glucémico. Los resultados que se generaron de este estudio

podrán ser consultados por el personal de salud y tomados en cuenta para aplicarlos en su práctica profesional.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2, es una enfermedad crónica, que en las últimas décadas en México ha incrementado su prevalencia, además de presentarse cada vez más casos de pacientes con complicaciones, haciendo que los gastos en su tratamiento sean cada vez más elevados. Adherirse e intensificar los tratamientos, es fundamental para lograr los objetivos terapéuticos y retrasar las complicaciones. La relación médico-paciente en el proceso de la consulta, es un proceso determinante y la piedra angular para la actitud del paciente frente al tratamiento, además de que una relación de confianza tendrá distintos beneficios, no solo para el médico y el paciente enfermo, sino también a nivel social e institucional, no olvidando que los pacientes se sentirán más satisfechos con la atención recibida. Es por ello que el ejercicio fundamental del médico sigue siendo la relación médico-paciente, con el objetivo de ayudar y aliviar a quien acuda en su ayuda, si esto no se lleva a cabo, el desgaste en esa relación será inminente y el objetivo no llegará a su fin. Por lo anterior es que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la Relación Médico-Paciente y cómo influye en el control glucémico de los pacientes con Diabetes tipo 2, de 29 a 59 años de la

UMF 31, ¿Iztapalapa?

5. OBJETIVOS

5.1 General.

Identificar cuál es la percepción de la satisfacción de la relación Médico-Paciente y su influencia en el control glucémico de los pacientes con diabetes Tipo 2, de 29 a 59 años, de la UMF 31, Iztapalapa.

6. HIPÓTESIS

Una mala percepción de la relación médico-paciente, influye en el descontrol glucémico de los pacientes con diabetes tipo 2.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Periodo y sitio de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 31 del IMSS en un periodo de 3 meses del turno matutino y vespertino.

7.2 Universo de trabajo.

Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que comprende una población de 353, 944 pacientes, que habitan en la alcaldía Iztapalapa, y que tengan el diagnóstico de Diabetes tipo 2, en edades entre 29 a 59 años.

7.3 Unidad de análisis.

Derechohabientes de 29 a 59 años de edad, que padecen Diabetes tipo 2, tanto del turno matutino como vespertino, de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, del Instituto Mexicano del Seguro Social; además del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) para observar el expediente electrónico de los pacientes y obtener sus cifras más recientes de glucosa.

7.4 Diseño de estudio.

Es un estudio observacional, transversal y descriptivo.

7.5 Criterios de selección.

7.5.1 Criterios de inclusión

- a) Pacientes derechohabientes de la UMF 31, Iztapalapa del turno matutino y vespertino, con diagnóstico de Diabetes tipo 2.
- b) Pacientes entre 29 y 59 años de edad.
- c) Pacientes que asistieron de forma periódica a sus consultas de control
- d) Capacidad para responder el cuestionario de evaluación.

7.5.2 Criterios de exclusión

- a) Pacientes que no fueron atendidos por el mismo médico de forma subsecuente al menos durante 6 meses.
- b) Pacientes de recién diagnóstico (menos de 6 meses de iniciar tratamiento).
- c) Pacientes que realizaron ejercicio físico (20 a 40 minutos diarios, 5 días por semana) y que lleven una alimentación saludable.
- d) Pacientes que se encontraron bajo tratamiento por algún tipo de infección.

e) Pacientes que presentaron comorbilidades, como daño renal, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, obesidad, hipotiroidismo, pie diabético, neuropatía diabética, retinopatía diabética, depresión.

f) Pacientes que se encontraron bajo tratamiento con rifampicina, tiazidas y diuréticos de asa, esteroides, estrógenos, difenilhidantoína y β bloqueadores.

7.5.3 Criterios de eliminación

a) Pacientes que no completaron el cuestionario de evaluación.

b) Pacientes que desistieron de colaborar en el estudio.

7.6 Maniobras para evitar y controlar sesgos

-Para la medición de la variable en estudio:

Se consideró que las variables principales de estudio, que son relación médico-paciente y control glucémico, se midieran en un ambiente privado, fuera del consultorio, lo que le permitió contestar de mejor manera el instrumento. Con esto también se pretendió reducir el sesgo de no respuesta, influyendo en el sesgo de selección. También se tomaron en cuenta variables de confusión, como pacientes que no fueron atendidos por el mismo médico de forma subsecuente, pacientes de recién diagnóstico, pacientes que realizaron dieta y ejercicio, presencia de infecciones bajo tratamiento y uso de medicamentos, con el fin de controlarlas y no reducir la validez del estudio.

-Para controlar el sesgo en el observador:

Sólo hubo un observador del fenómeno, el médico residente quien realizó la medición del nivel de relación médico-paciente para reducir el sesgo.

-Para el instrumento de medición:

El instrumento seleccionado tiene una puntuación de alfa de Cronbach de 0.95, y ya fue utilizado en población mexicana, latinoamericana, europea y asiática.

-Durante el proceso de muestreo:

Se consideró, para reducir este sesgo, realizar un muestreo por cuotas, considerando pacientes de los turnos matutino y vespertino de la consulta de medicina familiar.

8. MUESTREO

Se realizó un muestreo por cuotas.

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se utilizó la fórmula para poblaciones infinitas, por ser una población mayor a 5 mil.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n= muestra

Z= índice de riesgo deseado (para una confianza del 95%, la Z es de 1.96)

p=prevalencia del fenómeno en estudio

q= 1-p

d= Precisión del estudio (2-10%), en este caso se utilizará una precisión del 4%
(0.04)

Datos:

n= muestra

Z= 1.96 de tablas ($1.96^2= 3.8416$)

p= 9.4% (0.094)

q= $1 - 0.094= 0.906$

d= 0.04

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.094)(0.906)}{(0.04)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.085164)}{(0.0016)}$$

$$n = \frac{0.327}{0.0016}$$

n = 385
pacientes

9. VARIABLES

Variable independiente

-Relación Médico-Paciente

Variable dependiente

-Descontrol glucémico

Variables sociodemográficas:

-Edad

-Sexo

-Escolaridad

-Ocupación

-Estado civil

Variables principales de estudio

-Control glucémico

-Relación Médico-Paciente

9.1 Operacionalización de variables

Variables Sociodemográficas:

Variable: Edad

Definición conceptual: Cantidad de años, meses y días cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual

Definición operacional: Años cumplidos al momento de la aplicación del estudio.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Indicador: Edad en años cumplidos

Variable: Sexo

Definición conceptual: Género al que pertenece una persona

Definición operacional: Responde al género Masculino o Femenino

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal, dicotómica

Indicador: 1. Masculino, 2. Femenino

Variable: Escolaridad

Definición conceptual: Grado de educación que tenga una persona

Definición operacional: Grado de educación al cual llegó al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1. Primaria, 2. Secundaria, 3. Preparatoria, 4. Licenciatura, 5. Posgrado

Variable: Ocupación

Definición conceptual: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.

Definición operacional: Actividad laboral que desempeña al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Ama de casa, 2. Comerciante, 3. Empleado, 4. Jubilado

Variable: Estado civil

Definición conceptual: Tipo de relación legal que establece con su pareja sentimental

Definición operacional: El tipo de relación que se encuentre en el momento del estudio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Soltero, 2. Casado, 3. Divorciado, 4. Viudo, 5. Unión libre

Variables principales de estudio:

Variable: Control glucémico

Definición conceptual: Paciente que bajo tratamiento presenta de manera regular, niveles de glucemia plasmática preprandiales entre 80-130 mg/dl o hemoglobina glucosilada <7.0%, de acuerdo a los criterios de ADA 2019.

Definición operacional: Niveles de glucemia que presenta el paciente al momento del estudio. Metas de control: 1. Controlado: glucemia preprandial 80-130 mg/dl; o hemoglobina glucosilada <7%), 2. Descontrolado: (glucemia preprandial >131 mg/dl o hemoglobina glucosilada >7.1%)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

Indicador: 1. Controlado. 2. No controlado

Variable: Relación Médico-Paciente

Definición conceptual: Interacción que se establece entre el médico y el enfermo con el fin de devolverle la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades.

Definición operacional: Se aplicó el cuestionario Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), que mide la satisfacción que tiene el paciente con su médico y de acuerdo a la siguiente escala: 1. Nada apropiado; 2, Algo apropiado, 3. Apropiado, 4. Bastante apropiado, 5. Muy apropiado, se obtendrá un puntaje, el cual se interpreta de la siguiente forma: 9-27 puntos: Mala RMP; 28-39 puntos: Regular RMP; 39-40 puntos: Buena RMP.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1. Mala RMP, 2. Regular RMP, 3. Buena RMP

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Previa evaluación y autorización por el comité local de investigación, se realizó el presente estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Iztapalapa, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la Ciudad de México, en un periodo de 3 meses. Los participantes seleccionados fueron aquellos que se encontraron en la sala de espera del área de consultorios de la UMF. El tamaño de la muestra fue de 385 pacientes, de los cuales se seleccionaron 4 por consultorio tanto del turno matutino como vespertino (considerando un total de 72 consultorios de ambos turnos). Aquellos que fueron elegidos y que cumplieron con los criterios de inclusión y que desearon participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado, se les aplicó un instrumento de evaluación, en el que se recabaron datos sociodemográficos, también se aplicó el cuestionario PDRQ-9, el cual constó de 9 preguntas, las cuales tenían 5 posibles respuestas con formato en escala de tipo Likert. La duración del cuestionario fue de aproximadamente 5 minutos. Se realizaron 10 encuestas por día aproximadamente en un horario de 8:00 a 20:00 h.

Posterior a lo antes descrito, se indagaron en el expediente electrónico del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) de cada participante del estudio, los valores más recientes de glucosa reportados por su médico familiar, con el fin de encontrar relación de variables entre el nivel de percepción de la relación Médico-Paciente (mediante escala PDRQ-9) y el control glucémico, este último de acuerdo a las metas de glucosa preprandiales (80-130 mg/dl) o hemoglobina glucosilada (<7.0%, si es que cuenta con alguna cifra reportada), establecidas para pacientes con diabetes, según la ADA 2019.

Los datos obtenidos se capturaron diariamente y posteriormente se realizó un vaciado en una base de datos de Excel. Para su análisis, se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 25.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las variables:

Para las variables cualitativas con escala nominal: sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, control glucémico y relación Médico-Paciente, se utilizó frecuencias y porcentajes.

Para la variable cuantitativa: edad, se utilizó en resultados con distribución normal: media como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión. Si tenían libre distribución: se utilizó mediana como medida de tendencia central y rangos intercuartílicos como medida de dispersión.

Para el análisis de las variables cualitativas se buscó relación con la prueba de Chi cuadrada.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio consideró:

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984 y que de acuerdo al Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I, Artículo 17: El presente trabajo se consideró categoría I.- Investigación sin riesgo ya que solo se consideró aplicar cuestionarios, así como revisión de expedientes electrónicos y por lo tanto, no se realizó una intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. De acuerdo a lo estipulado en dicha declaración: Se envió este estudio al comité de ética correspondiente para su consideración, comentario, consejo y aprobación. Se resguardó la intimidad del paciente que participó en la investigación, así como la confidencialidad de su información personal. Para que un participante fuera incluido y aceptado en este estudio, fue indispensable que lo hiciera en forma voluntaria y de manera formal mediante la firma de un consentimiento informado.

-Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Se consideró tomar en cuenta la Pauta 9, de las personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, se dio a los participantes la información pertinente y la oportunidad

de dar su consentimiento voluntario e informado para participar en esta investigación o de abstenerse de hacerlo; Pauta 10, modificaciones y dispensas del consentimiento informado, no se inició la presente investigación sin haber obtenido el consentimiento informado de cada participante o de un representante legalmente autorizado, a menos que se haya recibido la aprobación explícita de un comité de ética de investigación; Pauta 22, del uso de datos obtenidos en entornos en línea y de herramientas digitales en la investigación relacionada con la salud. Al utilizar el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), para obtener las cifras de glucemia más recientes de los pacientes de esta investigación, se aplicaron medidas de protección de la privacidad para que no revelar su información personal o que esta se pudiera inferir cuando los conjuntos de datos se publiquen, compartan, combinen o vinculen.

12.1. Conflictos de interés

Los autores declararon no recibir financiamiento de ningún tipo, ni tener ningún conflicto de interés al participar en el presente estudio.

13. RECURSOS

13.1. Humanos

- Médico Residente.
- Asesora Clínica.

-Asesora Metodológica.

13.2. Materiales

-Computadora con conexión a internet

-Impresora

-Hojas blancas tamaño carta

-Instrumentos de recolección de datos

-Consentimientos Informados

-Lápices

-Bolígrafos

13.3. Económicos

El presente trabajo no tuvo financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente.

Los consumibles fueron financiados por los investigadores.

13.4. Factibilidad

Se realizó dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Iztapalapa, del Instituto Mexicano del Seguro Social, previa firma de consentimiento informado y de manera directa al aplicar el instrumento de evaluación a los pacientes que decidieron participar en el estudio, el cuestionario se hizo de manera directa en un lapso de 5 minutos aproximadamente. Al terminar la muestra necesaria se analizaron resultados y se dio una conclusión del mismo.

14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio sólo se realizó en una unidad de Medicina Familiar, por lo tanto, la muestra es pequeña y no se puede transpolar a la población.

15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Los beneficios del presente estudio son de carácter informativo, pues aportaron datos que podrán ser tomados en cuenta por los médicos para lograr una mejor relación Médico-Paciente.

Los resultados que se generaron de este trabajo pueden ser presentados a los médicos de base, residentes, médicos internos, estudiantes, así como pacientes, a su vez difundidos en sesiones generales, bibliográficas, jornadas de médicos residentes, congresos nacionales e internacionales de medicina familiar, foros de investigación, tanto en cartel como en presentación oral, así como su publicación final en una revista indexada y con factor de impacto.

16. RESULTADOS

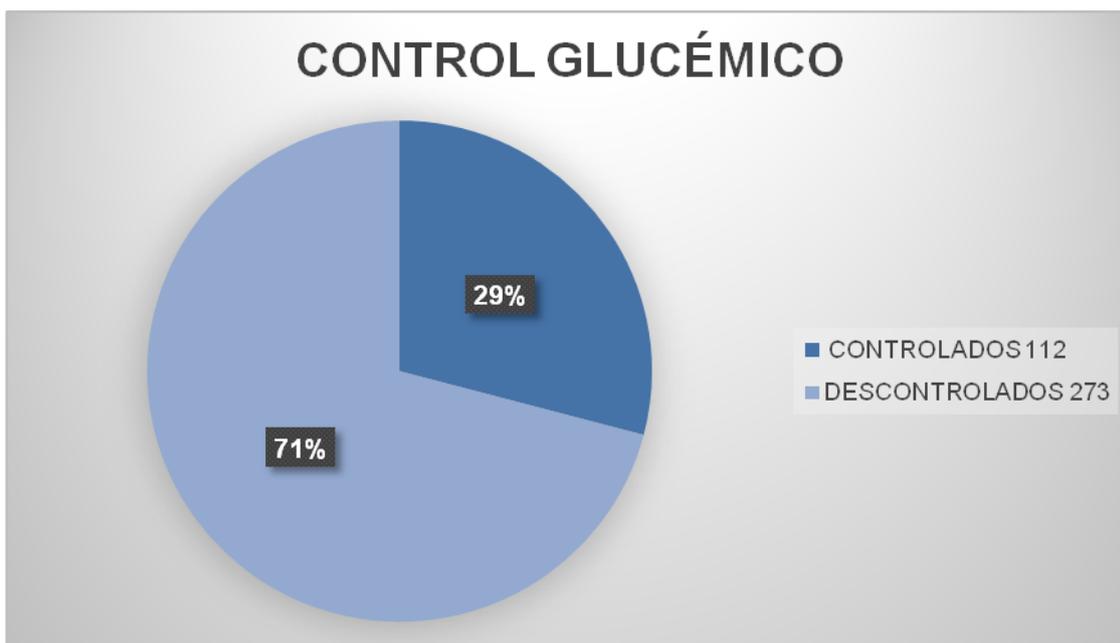
Se aplicó a 385 pacientes el cuestionario PDRQ-9, de los cuales 156 (40.5%) fueron del sexo masculino y 229 (59.5%) del sexo femenino, con una mediana de edad de 50 años y promedio de glucosa de 148 mg/dl; 171 (44.4%) tenían nivel de escolaridad secundaria. En cuanto a la ocupación 194 (50.4%) se dedicaban como empleados y 161 (41.8%) como amas de casa. (ver cuadro 1)

De acuerdo a las metas de control de glucosa 112 (29.1%) pacientes se encontraron en control y 273 (70.9 %) en descontrol. (ver gráfico 1)

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Mediana	Rango intercuartílico
Edad	50	29-50
Glucosa	148	83-450
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	156	40.5
Femenino	229	59.5
Escolaridad		
Primaria	117	30.4
Secundaria	171	44.4
Preparatoria	80	20.8
Licenciatura	16	4.2
Posgrado	1	3
Ocupación		
Ama de casa	161	41.8
Comerciante	16	4.2
Empleado	194	50.4
Jubilado	14	3.6
Estado civil		
Soltero	48	12.5
Casado	289	75.1
Divorciado	3	8
Viudo	3	8
Unión libre	42	10.9

Gráfico 1. Porcentaje de control glucémico



El cuestionario PDRQ-9, mostró en su dimensión de comunicación que el 62.3% de los pacientes tenía una mala comunicación; en la dimensión de accesibilidad el 64.4% tenía una mala accesibilidad y en lo que respecta a la satisfacción el 62.6% tuvo una mala satisfacción. (ver cuadro 2). De acuerdo a la suma total de las tres dimensiones, el 61.8% consideró tener una mala relación médico-paciente. (ver cuadro 3)

Cuadro 2. Evaluación del cuestionario PDRQ-9 por dimensión

Dimensión	Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)
Satisfacción	14.3	23.1	62.6
Comunicación	13.5	24.2	62.3
Accesibilidad	14.8	20.8	64.4

Cuadro 3. Evaluación del cuestionario PDRQ-9 en las tres dimensiones para la evaluación de la relación Médico-Paciente

Buena (%)	Regular (%)	Mala (%)
17.7	20.5	61.8

La respuesta más común en todos los ítems del cuestionario PDRQ-9 fue algo apropiado, destacando en mayor frecuencia las pregunta 7: puedo hablar con mi médico con 190 (49.4%); pregunta 6: Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas con 188 (48.8%) y pregunta 4: Mi médico me entiende 184 (47.79%). (ver cuadro 4)

Cuadro 4. Evaluación por pregunta del cuestionario PDRQ-9

Pregunta/Respuesta	Nada apropiado	Algo apropiado	Apropiado	Bastante apropiado	Muy apropiado
1. Mi médico me ayuda	85 (22.1%)	142 (36.9%)	77 (20.0%)	29 (7.5%)	52 (13.5%)
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	70 (18.2%)	165 (42.9%)	89 (23.1%)	35 (9.1%)	26 (6.8%)
3. Creo en mi médico	46 (11.94%)	177 (45.97%)	79 (20.51%)	33 (8.57%)	50 (12.98%)
4. Mi médico me entiende	45 (11.68%)	184 (47.79%)	72 (18.70%)	32 (8.31%)	52 (13.50%)
5. Mi médico se dedica a ayudarme	45 (11.7%)	173 (44.9%)	82 (21.3%)	36 (9.4%)	49 (12.7%)
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	34 (8.8%)	188 (48.8%)	81 (21.0%)	34 (8.8%)	48 (12.5%)
7. Puedo hablar con mi médico	39 (10.1%)	190 (49.4%)	68 (17.7%)	40 (10.4%)	48 (12.5%)

8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	93 (24.2%)	140 (36.4%)	63 (16.4%)	34 (8.8%)	55 (14.3%)
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	39 (10.1%)	179 (46.5%)	74 (19.2%)	33 (8.6%)	60 (15.6%)

Se correlacionaron las tres dimensiones de la relación médico-paciente con el control glucémico, encontrando a 214 pacientes descontrolados con una mala relación médico-paciente. (ver cuadro 5)

Relación médico-paciente	Control glucémico	
	Controlado	Descontrolado
Buena	55	16
Regular	31	43
Mala	26	214

Al realizar la correlación entre el control glucémico y la relación médico-paciente, se encontró una asociación entre el descontrol glucémico y una mala relación médico-paciente, observando una $\chi^2 (2, n=385) = 125.203, p < 0.0001$.

17. DISCUSIÓN

La diabetes es un problema de salud pública a nivel mundial, cada año son más las personas que la padecen y el por lo tanto las complicaciones que genera, siendo una de las principales causas de mortalidad. México es el país en Latinoamérica que tiene el primer lugar por muertes a causa de la diabetes,

como es bien sabido, un mal control glucémico acelera la aparición de las complicaciones, es por ello, que una vez instaurada la enfermedad, es esencial llevar un tratamiento estricto para su correcto control. De lo anterior deriva la importancia de una buena relación médico-paciente, tener una buena comunicación por parte del médico con el enfermo, acompañada de estrategias que permitan afrontar su enfermedad, influye en el apego a tratamiento y por lo tanto en lograr metas de control glucémico.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se encontró una asociación entre una mala relación médico-paciente y descontrol de glucosa, obteniendo un resultado de $p < 0.0001$. Ríos-Álvarez et al., en su trabajo realizado reportan que el 83.9% de los pacientes a los que se les aplicó el PDRQ-9, tiene una buena relación médico-paciente, pero no se encontró una asociación con el control glucémico y metabólico. De acuerdo a Azcarate-García et al., se utilizó el mismo cuestionario, para evaluar la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial, encontrando que los pacientes con hipertensión arterial en control tuvieron una buena relación con su médico y satisfechos en 49%, en contraste con los pacientes descontrolados que se encontraban satisfechos en 4%.

Cabe destacar que Van der Feltz et al. en su estudio realizado, corroboraron que los resultados sobre la satisfacción de la relación médico-paciente fueron inadecuadas cuando se aplicaba el cuestionario en la consulta especializada, en comparación que cuando se hacía en las Clínicas de Atención Primaria.

En este estudio, aunque la significancia entre la mala relación médico-paciente y descontrol glucémico resultó significativa, son pocos los estudios enfocados a

estudiar la asociación entre la relación médico-paciente y el control de glucosa, los estudios que se enfocan en determinar dicha relación son realizados en poblaciones pequeñas, es por ello que es necesario realizar más estudios en la población mexicana que incluyan a más pacientes y determinar la asociación de variables de forma más precisa, de tal forma que sea un referente para tomarlo en cuenta en la consulta del profesional de la salud y así de esta forma contribuir al control y sobre todo retraso de las complicaciones de la diabetes tipos 2.

18. CONCLUSIÓN

La diabetes es un problema de salud pública que requiere atención prioritaria, gran parte de los recursos que se destinan en salud en México, son para el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones. En este estudio, una mala relación médico-paciente influye en el control glucémico de forma negativa, lo que se ve reflejado desde la dimensión de accesibilidad, por lo consiguiente, el médico de primer nivel es el que debe establecer en conjunto con el enfermo, las pautas de tratamiento inicial y de seguimiento, si en este punto, no se establece una buena comunicación y se llega a un buen acuerdo entre médico y enfermo, probablemente sea difícil que el paciente acepte su condición y por lo tanto no se lleguen a metas terapéuticas, presentando complicaciones a corto plazo.

19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Al analizar cada una de las dimensiones que evalúa el PDRQ-9, lo que más falla de acuerdo a la percepción del paciente es la accesibilidad, es por ello que sugiero se debe abrir más la comunicación al momento de la consulta, crear un diálogo en el que se dejen de lado las prácticas paternalistas y se dé un empoderamiento al paciente, con el fin de llegar a metas terapéuticas y retrasar las complicaciones. Si bien, el médico es el que más se encuentra en contacto con el paciente, no es el único que debe estar involucrado, sino que todo el equipo multidisciplinario deben asumir también una responsabilidad positiva para tratar a las personas pues de esta derivará un correcto apego y por lo tanto un buen control glucémico.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Han Cho N, Whiting D, Forouhi N, Guariguata L, Hambleton I, Li R, et al. Atlas de la diabetes de la FID [Internet]. 8a ed. Bélgica: Federación Internacional de la Diabetes; 2017 [citado 13 julio de 2019]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/atlas-idf-2017/>
2. Arredondo-López AA, Barquera-Cervera S, Cisneros-González N, Ascencio-Montiel IJ, Encarnación-Cruz LM, Larrañaga-Flota AM, et al. Asumiendo el control de la diabetes [Internet]. 1a ed. Ciudad de México: Eli Lilly y Compañía de México; 2016 [citado 13 julio 2019]. Disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
3. Federación Mexicana de Diabetes [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes. 2019 [citado 13 de julio 2019]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J, Shamah->
4. Levy T, Cuevas-Nasu L, Gómez-Acosta LM, Gaona-Pineda EB, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [Internet]. México; 2016 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.php>

5. Aranza-Aguilar JL, Rodríguez-Andrade J, Chávez-Rojas AI, Covarrubias-Medina ST, Villa-Morales A, et al. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 31. Diagnóstico de Salud. Ciudad de México; 2018.
6. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus [Internet]. Dof.gob.mx. 2019 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23%2f11%2f2010
7. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Rev Endoc Nutr.* 2013;21(3): 98-106.
8. Bakris G, Blonde L, Boulton A, Alessio D, Greene E, Hood K, et al. Standards of Medical Care in Diabetes 2019 [Internet]. Matthew C. Riddle; 2019 [citado 13 de julio de 2019]. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S13
9. Mahan K, Raymond J. Dietoterapia. En Mahan K, Raymond J, editores. Tratamiento nutricional médico en la diabetes mellitus y la hipoglucemia. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 2217-22.
10. Cisneros-González N, Ascencio-Montiel IJ, Libreros-Bango VN, Rodríguez-Vázquez H, Campos-Hernández A, et al. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(4):472-9.
11. Figueroa-Suárez ME, Cruz-Toledo JE, Ortiz-Aguirre AR, Lagunes-Espinosa AL, Jiménez-Luna J, Rodríguez-Moctezuma JR. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gac Méd Méx.* 2014; 150:29-34.
12. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Sal Púb Méx.* 2001;43(3):233-36.
13. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 2016;48(6):406-20.
14. Domínguez-Gallardo LA, Ortega-Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2019;6(1):63-74.

15. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grup Áng.* 2018;16(3):226-32.
16. Ramos-Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angio Cir Vasc.* 2015;16(2):175-89.
17. Ruiz-Lurduy RA, Torres-Torres LI, Velandia-Novoa KL. Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Cienc humanismo salud [Internet].* 2017 [citado 17 de julio de 2019];4(1):29-37.
18. Arrubarena-Aragón VM. La relación médico-paciente. *Cir Gen.* 2011;33 Suppl 2:s122-s25.
19. Arango-Restrepo P. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *Med Vis.* 2012;25(1):63-9
20. González-Quintana C. La relación médico paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. *Rev CONAMED.* 2016;21(1):3-6.
21. Grünloh C, Myreteg G, Cajander A, Rexhepi H. "Why do they need to check me?" Patient participation through eHealth and the doctor-patient relationship: qualitative study. *J Med Internet Res.* 2018;20(1):1-4.
22. Antúnez-Baró AO, Torres-González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego.* 2014;20(1).
23. Ramiro H, Cruz E. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx.* 2017;33(3):299-302.
24. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Med Vis.* 2015;28(1):7-13.
25. Mejía- Estrada A, Romero-Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2017 [citado 18 de julio de 2019];39 Suppl 1:s832-s42. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/3536>
26. Lifshitz A. El futuro de la relación médico-paciente. *Gac Med Mex.* 2015; 151:437.
27. González-Rodríguez R, Cardentey-García J. Influencia de la comunicación en la adecuada relación médico-paciente. *Rev Cub Med Gen Integ.* 2014;31(1):3-4.

28. Sánchez-Arrastía D, Contreras-Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Milit.* 2014;43(4):528-33.
29. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia.* 2017;30(2):216-29.
30. Celedón C. Relación médico paciente. *Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2016;76:51-54.
31. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud.* 2014;4:19-34.
32. Van der Feltz-Cornelis CM, Van-Oppen P, Harm WJ, Marwijk V, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry.* 2004;26:115-20.
33. Mingote-Adán JC, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carbajal R, Gálvez-Herrera M, Ruiz-López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(2):94-100.
34. Martín-Fernández J, Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carbajal G, Moreno-Jiménez B. 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.
35. Soler-Cárdenas SF, Soler-Pons L. Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Análisis de instrumentos escritos. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2012[citado 18 de julio de 2019];34(1). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol1%202012/tema02htm>
36. Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Rev Endocrin Nutric.* 2011;19(4):149-53.
37. Azcarate-García E, Hernández-Torres I, Guzmán-Rivas M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam.* 2014;21(3):83-5.
38. Yasir-Arafat SM. Psychometric Validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Psych Journ.* 2016;1-4

21. ANEXOS.

21. 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Percepción de la Relación Médico-Paciente e influencia en el control glucémico de los pacientes con Diabetes Tipo 2, de 29 a 59 años de la UMF 31, Iztapalapa
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 31, Delegación Sur CDMX. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y avenida San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830 Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. En el periodo comprendido de mayo a agosto del 2019.
Número de registro:	R-2019-3703-018
Justificación y objetivo del estudio:	Se me informó, que una inadecuada relación médico-paciente, es uno de los factores que influyen en el control de glucosa de los pacientes con diabetes, por este motivo y mediante este estudio, se pretende identificar la percepción de la satisfacción que tengo de mi relación con mi médico y saber cómo influye en el control de glucosa.
Procedimientos:	Se me informó, que mi participación en este estudio, consiste en que se me preguntarán datos como edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, y se me aplicará un cuestionario de 9 preguntas con 5 posibles respuestas, estas últimas, con el fin de conocer mi percepción de la satisfacción que tengo de la relación con mi médico; además de buscar en mi expediente electrónico, las cifras más recientes de glucosa o hemoglobina glucosilada, que ha reportado mi médico familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Al participar en el estudio, se me informó que al contestar el cuestionario no hay riesgos para mi integridad. Sólo invertiré un tiempo estimado de 5 minutos aproximadamente para contestarlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conoceré como percibo la relación con mi médico y si esto influye en el control de mi glucosa.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados los podré conocer a través de los investigadores de este estudio.
Participación o retiro:	Se me informó que tengo la plena libertad de participar, o en su momento, retirarme del estudio si es que así lo deseo.
Privacidad y confidencialidad:	Se me informó que los datos personales que proporcione, así como los resultados que surjan de esta investigación, serán tratados con la más rigurosa confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica	
	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.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Teresa Alvarado Gutiérrez. Matrícula: 99383047, Adscripción: UMF 31, Delegación Sur CDMX. IMSS, Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 09830, Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México Tel: 56860236 Ext 21481, Cel: 5514799869, Sin Fax, correo: teresa.alvarado@imss.gob.mx
Colaboradores:	Rogelio González Amador. Matrícula 97380825, Adscripción: UMF No. 31, Delegación Sur CDMX IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No.1771, Colonia El Manto C.P. 09830, Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México Tel: 72594334 Cel. 5513167149, Sin Fax, correo: rogermusicstar@hotmail.com Noemi Padilla Campos. Matrícula 99376443, Adscripción: UMF No. 31, Delegación Sur CDMX. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 09830, Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. Tel: 56860236 Ext 21481, Cel: 5527042292, Sin Fax, correo: dra.noemiumf31@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>ROGELIO GONZÁLEZ AMADOR</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>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.</p> <p style="text-align: right;">Clave: 2810-009-013</p>	

21.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**

Percepción de la Relación Médico-Paciente e influencia en el control glucémico de los pacientes con Diabetes tipo 2, de 29 a 59 años de la UMF 31, Iztapalapa

INSTRUCCIONES:			
Estimado participante, solicitamos su colaboración para responder el siguiente cuestionario, con el fin de recabar datos para estudiar su percepción de la relación con su médico y como puede influir en el control de su glucosa. Sólo debe firmar un consentimiento informado, previa autorización, y proporcionar los datos que se le solicitan a continuación, señalando con una X el paréntesis correspondiente de acuerdo a su respuesta. Para participar debe: 1. Ser derechohabiente de UMF 31 (masculino o femenino); 2. Edad entre 29-59 años; 3. Tener Diabetes tipo 2; 4. Asistir de forma regular a sus consultas de control; 5. Capacidad para responder el cuestionario de evaluación.			
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			No llenar
1	FOLIO:		_ _ _ _
2	FECHA (dd/mm/aa) ____/____/____		_ _ _ _
3	NOMBRE: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
4	TURNO: 1. Matutino () 2. Vespertino ()	5	No. CONSULTORIO:
6	NSS:		_ / _ / _
7	EDAD: _____ (en años cumplidos)	8	SEXO: 1. Masculino () 2. Femenino ()
9	ESCOLARIDAD: 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Preparatoria () 4. Licenciatura () 5. Posgrado ()		_
10	OCUPACIÓN: 1. Ama de casa () 2. Comerciante () 3. Empleado () 4. Jubilado ()		_
11	ESTADO CIVIL: 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()		_
12	CONTROL GLUCÉMICO (glucosa preprandial o hemoglobina glucosilada)*: 1. Controlado () 2. No controlado ()		_
*Sólo para llenar por el encuestador			
CUESTIONARIO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE			
13	MI MÉDICO ME AYUDA 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
14	MI MÉDICO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA MÍ 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
15	CREO EN MI MÉDICO 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
16	MI MÉDICO ME ENTIENDE 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
17	MI MÉDICO SE DEDICA A AYUDARME 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
18	MI MÉDICO Y YO ESTAMOS DE ACUERDO SOBRE LA NATURALEZA DE MIS SÍNTOMAS 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
19	PUEDO HABLAR CON MI MÉDICO 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
20	ME SIENTO CONTENTO CON EL TRATAMIENTO DE MI MÉDICO 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_
21	SIENTO A MI MÉDICO FÁCILMENTE ACCESIBLE 1. Nada apropiado () 2. Algo apropiado () 3. Apropiado () 4. Bastante apropiado () 5. Muy apropiado ()		_

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

21.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)

Cuestionario Relación Médico-Paciente de 9 preguntas (CRMP-9)

PREGUNTA	1. Nada apropiado	2. Algo apropiado	3. Apropiado	4. Bastante apropiado	5. Muy apropiado
1. Mi médico me ayuda					
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
3. Creo en mi médico					
4. Mi médico me entiende					
5. Mi médico se dedica a ayudarme					
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
7. Puedo hablar con mi médico					
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
9. Siento a mi médico fácilmente accesible					

El cuestionario consta de una escala de tipo Likert con 5 categorías y se evalúan tres dimensiones: comunicación (máximo 20 puntos), satisfacción (10 puntos máximo) y accesibilidad (20 puntos máximo), los ítems 1,2,7 y 9 evalúan accesibilidad, los ítems 3 y 8 evalúan satisfacción y los ítems 4,5,6 y 7 (este último también evalúa accesibilidad), evalúan comunicación. Los puntajes se obtienen de la siguiente manera: para comunicación y accesibilidad: 1-11 puntos: mala, 12-16 puntos: regular, 17-20 puntos: buena; para satisfacción: 1-5 puntos: mala, 6-8 puntos: regular y de 9-10 puntos: buena. Al sumar los puntajes de las tres dimensiones se obtienen los siguientes puntajes: 9-27 puntos: mala RMP, 28-39 puntos: regular RMP, 40-50 puntos: buena RMP.