



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**



**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9**

**“LA RELACION MEDICO PACIENTE COMO FACTOR DE  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON  
DIABETES DE LA UMF No. 9 DEL IMSS EN ACAPULCO,  
GUERRERO”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. YADIRA SANTOS ZACARIAS**

**DIRECTOR:  
DR. LIBRADO PÉREZ MIJANGOS**

**NO. DE REGISTRO: R-2019-1101-010**

**ACAPULCO, GRO.**

**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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Diccionario de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1101,  
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131

Registre CONTRÓLICA CONBIOÉTICA 12 021 001 2018022

-ECHO, Martes, 25 de noviembre de 2019

Dr. librado peraz mijangos

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **LA RELACION MEDICO PACIENTE COMO FACTOR DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES DE LA UMF No. 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO**, 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-2019-1101-0-0

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, requiera solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. ANGEL GONZALEZ CARBAJAL**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

*(Faint illegible text)*

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

**“LA RELACION MEDICO PACIENTE COMO FACTOR DE ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES DE LA UMF  
No. 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. YADIRA SANTOS ZACARIAS**

**AUTORIZACIONES**



**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 ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A DIOS TODO PODEROSO JEHOVA BENDITO DE LOS EJERCITOS*

*Por conceder los anhelos de mi corazón, por ser mi calma en la tormenta, por abrir puertas y caminos donde no los había, por sustentar mi espíritu y darme fuerzas como las del búfalo y por permitirme ver su gloria cada día estos tres años.*

*¡Simplemente por todo te doy gracias mi Señor!*

*1 Reyes 18: 37 Cuando llego la hora de ofrecerse el holocausto, se acercó el profeta Elías y dijo: Jehová Dios de Abraham, de Isaac y de Israel **Sea hoy manifiesto que Tu eres Dios en Israel y que yo soy tu siervo** y que por mandato tuyo he hecho todas estas cosas.*

*Gracias a mi Esposo Alfredo Ocampo Moctezuma por ser mi incondicional ayuda, por secar mis lágrimas, escucharme en mis peores momentos, consolarme y aconsejarme.*

*A mi Madre María Lucía y a Benjamín, quienes siempre pusieron su hombro para sostenerme, quienes me animaron a seguir adelante luchando siempre conmigo.*

*A mis pastores y hermanos en Cristo por tantas oraciones...*

*A mis profesores a mis asesores y a todos quienes pusieron un granito de arena para ayudarme...*

*Muchas Gracias...*

## **DEDICATORIA**

### ***A mi Dios***

*Que siempre estuvo conmigo en mi desierto y que como al pueblo de Israel en los días soleados una nube los seguía y en las noches de frío una columna de fuego iba delante de ellos estuvo igual conmigo, todo lo que soy ha sido por tu infinita misericordia mi Dios de lo imposible.*

### ***A ti mi amado Esposo***

*Que me viste avanzar cada paso y cada vez que yo caía lo hacías conmigo, y que te gozaste con cada logro también, hoy me toca compartir esta victoria contigo amado mío, y primero Dios que hemos de compartir muchas más, solo puedo decir que contigo todo fue más fácil y que ahora una vida nos espera juntos.*

### ***A mis hijos Derek, Keyden y Keyra***

*Quienes fueron mi razón para seguir adelante, por soportar todo junto conmigo por la tanta falta que les hice inmersa en tareas y compromisos, por ponerlos en segundo lugar, sé que este esfuerzo representa para mí un gran logro, pero para ustedes fue un proceso difícil más que para mí incluso, pero también sé que los tiempos de Dios son perfectos y que esto nos servirá para estar juntos de aquí en adelante, deseo con todo mi ser que sean los mejores en lo que ustedes quieran ser en un futuro y que Dios este con nosotros y me permita estar ahí para apoyarles incondicionalmente, en cada paso que den mis amores iré con ustedes porque son los que más amo.*

## 1. RESUMEN

**Título:** La relación médico paciente y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.

**Antecedentes:** La comunicación médico paciente se asocia a la falta de adherencia al tratamiento influyendo en la incomprensión de las indicaciones y el conocimiento de la enfermedad lo que conlleva consigo las complicaciones, causa de altos costos en tratamientos y procedimientos médicos en el sistema de salud. **Objetivo:** Identificar si existe asociación entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en la población diabética de la UMF No. 9 de Acapulco, Guerrero del IMSS. **Metodología:** Se realizó un Estudio transversal analítico en 350 pacientes Diabéticos de 18 a 64 años adscritos a la UMF No.9 Acapulco, Gro. de noviembre 2019 a enero 2020, Se aplicó el test Morisky-Green para medir la adherencia al tratamiento; y la encuesta PDRQ para clasificar la relación médico paciente, para la asociación entre variables se utilizó la prueba de chi cuadrada, los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 23 obteniendo frecuencias simples y porcentajes, así como análisis bivariado obteniendo OR, P e IC. **Resultados:** se obtuvo una adherencia del 60%, la buena comunicación con el médico 86.82%, con predominio del sexo femenino en un 57 %, grupo de edad de 41 a 59 años en un 52.6%, empleados en un 46%. **Conclusiones:** Se asoció la mala comunicación medico paciente con la falta de adherencia terapéutica.

**Palabras clave:** Diabetes, Relación Médico- paciente, adherencia terapéutica o apego al tratamiento.

## SUMMARY

**Title:** The patient-doctor relationship and adherence to the treatment of patients with diabetes of the UMF No. 9 Acapulco, Guerrero of the IMSS. **Background:** The patient medical communication is associated with the lack of adherence to the treatment influencing the misunderstanding of the indications and the knowledge of the disease which entails the complications, cause of high costs in medical treatments and procedures in the health system. **Objective:** To identify if there is an association between the patient medical relationship and adherence to treatment in the diabetic population of the UMF No. 9 of Acapulco, Guerrero of the IMSS. **Methodology:** An analytical cross-sectional study was conducted in 350 Diabetic patients aged 18 to 64 years assigned to the FMU No.9 Acapulco, Gro. From November 2019 to January 2020, the Morisky-Green test was applied to measure adherence to treatment; and the PDRQ survey to classify the patient medical relationship, for the association between variables the chi-square test was used, the data obtained were analyzed with the statistical package SPSS version 23 obtaining simple frequencies and percentages, as well as bivariate analysis obtaining OR, P and IC. **Results:** prevalence of adherent patients was obtained in 60%, good communication with the doctor 86.82%, with female predominance in 57%, age group from 41 to 59 years in 52.6%, employed in 46%. **Conclusions:** Poor patient medical communication was associated with the lack of therapeutic adherence.

Keywords: Diabetes, Doctor-patient relationship, therapeutic adherence or treatment adherence.

INDICE	PAGINA
<b>1. Resumen</b>	8
<b>2. Marco Teórico</b>	12
<b>3. Planteamiento del problema</b>	24
<b>4. Justificación</b>	26
<b>5. Objetivo de la investigación</b>	27
<b>5.1 Objetivo general</b>	27
<b>5.2 Objetivos específicos</b>	27
<b>6. Hipótesis</b>	27
<b>7. Metodología</b>	28
<b>7.1 Tipo de estudio</b>	28
<b>7.2 Población, lugar y tipo de estudio</b>	28
<b>7.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra</b>	28
<b>7.4 Criterios de selección</b>	29
<b>7.5 Definición y Operacionalización de las variables</b>	30

<b>7.6 Descripción general del estudio</b>	34
<b>7.7 Método de recolección de datos</b>	35
<b>7.8 Organización de datos</b>	35
<b>7.9 Análisis estadístico</b>	35
<b>7.10 Consideraciones éticas</b>	36
<b>7.11 Presupuesto y financiamiento</b>	37
<b>8. Resultados</b>	38
<b>9. Discusión</b>	47
<b>10. Conclusiones</b>	48
<b>11. Recomendaciones</b>	48
<b>12. Cronograma</b>	49
<b>13. Referencias bibliográficas</b>	50
<b>14. Anexos</b>	54

## **2. MARCO TEORICO.**

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2012 había 347 millones de personas con diabetes en el mundo, En 2014 había 422 millones de adultos con diabetes, frente a los 108 millones de 1980, la prevalencia mundial de la diabetes se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7% al 8.5%, la prevalencia ha aumentado más de prisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

Las estadísticas globales señalan que las muertes por diabetes se duplicaran para el año 2030, tan solo en 2012 murieron 1.5 millones de personas por esta causa reflejando un pobre control de la diabetes a nivel mundial. (1)

En México las estadísticas indican que la mortalidad por cada 100 000 habitantes representa más del doble que en Brasil, más del triple que en Chile y 14 veces más que en Reino Unido. En México la diabetes es la primera causa de mortalidad a nivel nacional y en Guerrero la tasa de mortalidad es de 68.9 según datos del (INEGI 2014).

De acuerdo a los cálculos de ENSANUT 2012, el costo de diabetes en 2011 fue de \$8,000 pesos por persona al año por lo que para el 2012 se requerían \$48,000 para el manejo de este padecimiento.

Es necesario resaltar que el impacto económico para el IMSS es más del doble que para la SSA y cuatro veces más que para el ISSSTE, las mismas tendencias se observaron al determinar los costos de las complicaciones, donde llama la atención la alta concentración de los costos en nefropatía diabética, 75% del costo total de complicaciones. (2)

En 2012, la diabetes provocó 1.5 millones de muerte, un nivel de glucosa mayor al deseable provocó otros 2.2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovascular y de otro tipo. Un 43% de estos 3.7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años, entre las complicaciones se incluyen ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas pérdida de visión y daños neurológicos. Lamentablemente en México carecemos de un seguimiento apegado a la normatividad y recomendaciones internacionales, lo que dificulta un adecuado control de la enfermedad, así como una falta de seguimiento del tratamiento por

parte de los profesionales de la salud y una falta de adherencia al mismo por parte del paciente. (1)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 exploró el estado de diversas enfermedades crónicas en México. Entre ellas, la diabetes en la población mexicana mayor de 20 años de edad. Se encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, esto en base a un diagnóstico previo de la enfermedad. Entre esta población:

Las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Esta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). La mayor prevalencia de diabetes se observa entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%). De los adultos que reportaron un diagnóstico médico previo de diabetes, se encontró lo siguiente:

El 87.7% de los adultos con diabetes recibe un tratamiento para controlar la diabetes, cifra que aumentó ligeramente de la cifra de 85% en 2012.

El uso de insulina como tratamiento aumentó de 6.5% en 2012 a 11.1% en 2016, así como el uso conjunto de insulina y pastillas (6.6% en 2012 a 8.8% en 2016).

Las complicaciones reportadas por 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 se observaron en 5.5%. Como complicaciones adicionales se reportó ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en la planta de los pies en 4 de cada 10 diabéticos (41.2%), mientras que 2 de cada 10 no pueden caminar más de 6 minutos sin sentir fatiga (20.4%). (3)

La diabetes constituye una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud debido a que estos pacientes solicitan con mayor frecuencia atención en las unidades de salud, necesitan de más medicamentos y tienen una mayor probabilidad de ingresar a los servicios de urgencias y requieren hospitalizaciones más prolongadas debido a las múltiples complicaciones.

Los sistemas de salud consideran un gran desafío el costo económico, en la atención y recursos que se destinan para la diabetes así mismo la total pérdida de la calidad de vida tanto del diabético como de los familiares. (4)

Se han diseñado, desde hace más de una década grupos de autoayuda, Unidades de Especialidades Médicas para enfermedades crónicas llámese PREVENIMSS con el propósito de mejorar la atención que se otorga a los pacientes con diabetes.

La adherencia al tratamiento es el comportamiento en el cual la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas
- Tomar los medicamentos como se prescribieron.
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados.
- Completar los análisis o pruebas solicitadas

La no adherencia al tratamiento se define como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas ya sea de forma voluntaria o inadvertida, la falla en seguir los esquemas del tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud.

Las razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado se agrupan en cuatro factores.

- Factores asociados con el paciente: Deterioro sensorial o cognoscitivo y estados alterados de ánimo.

El estrés emocional derivado de vivir con la diabetes puede afectar en la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el control de la enfermedad

- Factor ambiental: Pacientes que viven solos, creencias sociales, mitos en salud.
- Factor asociado al tratamiento: Procesos crónicos, polifarmacia, cuando el esquema de dosis es complicado, cuando se requiere personal

entrenado, cuando el medicamento presenta eventos adversos de consideración.

- Factor de interacción medico paciente: Es muy importante la calidad y la claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración forma y horarios de la medicación, la adherencia al tratamiento se puede ver afectada si el paciente no tiene una buena habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la relación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta también es causa de la no adherencia al tratamiento si no se dispone de tiempo para explicar el tratamiento aunado a que el esquema sea complejo. (5)

Quizá la falta de adherencia a la terapéutica sea uno de los principales argumentos para demandar una adecuada comunicación por parte del médico. Respecto a esto se ha encontrado que la falta de intercambio de la información entre el médico y el paciente, la falta de comprensión del diagnóstico hecho, la incomprensión del tratamiento indicado y otras acciones mal comprendidas para establecer la relación médico-paciente fueron causa de la falta de adherencia al tratamiento por parte del enfermo.

Otros datos han demostrado que las expectativas de los pacientes no se exploran y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas, tanto del médico como del paciente.

También se ha concluido que los médicos no otorgan mucha información que ayude al paciente a la toma de decisiones óptimas acerca de su tratamiento, y en cambio una comunicación eficaz durante la consulta si puede mejorar la habilidad del paciente para poner en práctica el poder que desea sobre su propia salud.

Otros estudiosos del tema consideran que el logro de una interacción, más humana en la relación del médico con su paciente, permite fortalecer los lazos entre ambos, mejora la satisfacción de este binomio; hay pocas demandas jurídicas y se mejora el cumplimiento del tratamiento. (6)

La Organización Panamericana de la Salud señala que “Una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos.

Por el contrario, el incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, Diabetes o la depresión, es un problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar. Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad.

Actualmente la falta de apego al tratamiento farmacológico se perfila como una de las principales causas del fallo terapéutico en los pacientes diabéticos. Aunado a esto, aumenta los costos para el paciente y el sistema de salud y seguridad social, además de resultados negativos y presencia de complicaciones. (7)

La no adherencia al tratamiento es uno de los problemas más importantes en enfermedades crónicas que hace descender la eficacia, la efectividad y la eficiencia en el tratamiento. Diversos factores influyen en el cumplimiento del tratamiento, tales como: sociodemográficos, propios de la enfermedad sobre el tipo de la terapia y la relación médico paciente. De todos ellos el último es el factor con un potencial predictivo más fuerte. (8)

La no adherencia se mantiene en cifras preocupantes al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento al tratamiento. La mortalidad relacionada a la no adherencia registra cifras alarmantes que se mantienen en la misma proporción desde hace años. (9)

Según datos de la OMS en 2011 se contabilizaron más de 346 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, cifra que se esperaba hasta el año

2025, de acuerdo con este organismo en Latinoamérica existen 15 millones de personas con DM, se considera que estas cifras alcanzarán los 20 millones en 10 años, además la OPS estima que la prevalencia puede llegar hasta 83 millones para el 2030.

El elevado índice de desapego al tratamiento para el tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la población señala la necesidad de intensificar las acciones de capacitación y seguimiento sobre esta patología y las complicaciones asociadas a ella para dar así cumplimiento con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención tratamiento y control de la diabetes. (10)

En estudios retrospectivo y prospectivos CRAMER (2004), reportó que la adherencia terapéutica varía del 36 al 93%, y que los médicos deberían privilegiar la asesoría a los pacientes sobre cómo mejorar su adherencia en lugar de aumentar la dosis o el número de medicamentos. (3)

Este fenómeno de falta de apego al tratamiento puede ocurrir en Pacientes con padecimientos agudos o crónicos, el problema es más evidente en los tratamientos a largo plazo, conocer la adherencia al tratamiento se ha convertido en una necesidad para los servicios de salud en México y el mundo. (11)

Este apego a tratamiento se ve afectado en los tratamientos orales, así como en los inyectables, como por el ejemplo el desapego a las insulinas donde se aprecian 4 grandes categorías de factores asociados a la no adherencia, los cuales son; Factores predictivos de la no adherencia, Pacientes que perciben barreras para la adherencia, el tipo del dispositivo para el transporte de las insulinas y por último el costo de las mismas. Otros factores sociológicos fueron identificados como el miedo a la aplicación y la vergüenza para su uso en público, la edad, el sexo y la incomodidad para llevar consigo la insulina todo el tiempo en los viajes. (12)

Recordando que los pacientes con pobre control persistente de diabetes mellitus (PPDM) es definido como una ininterrumpida hemoglobina glucosilada A1c  $\geq 8.0\%$  por  $\geq 1$  año después de un tratamiento establecido adecuado y con altos riesgos de complicaciones. En un estudio aleatorizado de 963 pacientes,

118(12%) tenían PPDM, 265 (28%) se identifican pobremente controlados, y 580 (60%) bien controlados. Los pacientes con PPDM son jóvenes, diagnóstico temprano de diabetes, uso de insulinas, alta dosificación antihipertensiva, alto colesterol de baja densidad, pacientes adultos mayores y prolongados usos de hipoglucemiantes orales. (13)

Está plenamente demostrado que un tratamiento adecuado ayuda a los pacientes diabéticos a prevenir complicaciones y tener un mejor control de su enfermedad, como por ejemplo en un estudio de 222 Personas adultas chinas con diabetes tipo 2 en un centro de atención primaria de la salud, se recolecto información acerca de su demografía, eficacia propia, soporte social, comunicación paciente-proveedor y autocuidado de la diabetes, tomando valores de Hemoglobinas glucosilada de cada uno de ellos, obteniendo que una mejor comunicación proveedor-paciente, teniendo un apoyo social y una mayor eficacia propia se asocia a una mejor autocuidado de la diabetes teniendo un impacto directo en el control glucémico. (14)

Otro estudio cualitativo de 5 grupos realizado con 73 Hispanos con diabetes tipo 2 y sus familiares contra la gente de raza blanca no hispanos en el sureste de Estados Unidos muestra que el pobre control propio de la diabetes presenta barreras socioeconómicas, culturales muy marcadas dividiéndolas en 3 grandes grupos: Sufrimiento por diabetes, dificultades en el manejo de la enfermedad, falta de recursos y apoyo por parte de la familia. (15)

Múltiples estudios hoy en día tratan de ayudarnos con respecto a los factores modificables a tratar para tener un control glucémico en los pacientes, como por ejemplo en la revisión sistemática de los estudios cualitativos usando el enfoque del Instituto Joanna Briggs donde se realizó una investigación identificando los problemas individuales de vivir con diabetes tipo 1 y 2 y la influencia de la habilidad en el autocuidado que fueron analizados en el proceso, dando como resultado que los problemas principales y que más impactan en el individuo son la habilidad del autocuidado, la comunicación, la educación de la enfermedad, algunos factores personales, problemas con el proveedor y el apoyo del mismo así como múltiples barreras que fueron encontradas para la influencia del manejo

día a día de la diabetes. Concluyendo que las personas que viven con diabetes se enfrentan a muchos problemas en el cuidado día a día de la enfermedad, compuesto por una vulnerabilidad de una situación aún mayor, como problemas sociales y culturales. El autocuidado es dinámico, un proceso de evaluación de las variables de persona a persona que envuelve el constante movimiento de la enfermedad enfocada en la existencia de maximizar la vida. (16)

La relación médico paciente ha sido extensamente investigada, incluyendo abundantes estudios desde una óptica socio antropológica, queda mucho que comprender del comportamiento en concreto de los protagonistas de la interacción.

Existe una << teoría de la acción >> de Argyris y Schon que refiere que las tomas de decisiones adjudican un papel protagonista al médico, y no consideran el ofrecer al paciente la posibilidad de elegir, estrategia considerada un elemento esencial del modelo de comunicación centrada en el paciente.

El ofrecer una información limitada y oportunista es muy común y refleja una conducta habitual entre los médicos en contradicción con el bien extendido deseo de los pacientes de recibir más y mejor información.

El comportamiento del médico sigue precisando de acercamientos que sean capaces de representarlo y facilitar su comprensión y análisis, es fácil identificar la << teoría en la acción >> de los médicos de familia acerca de la relación médico paciente. (17)

En México la relación entre satisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación medico paciente, y se evidencia por demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se han documentado aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención médica y encontró que los problemas de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado.

Se ha cuestionado si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados que promueven la salud. Se ha visto que la comunicación efectiva influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica como para la discusión del plan de manejo, los resultados suelen ser salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como en la presión sanguínea y control glucémico. (18)

En un estudio que se realizó en el centro de Investigaciones Psicológicas en la Facultad de Medicina, de la Universidad de los Andes en Mérida Venezuela, encontraron como hallazgo relevante que, si la relación es percibida por el paciente como centrada en él, en atención a sus necesidades con tomas de decisiones compartidas, en un ambiente de empatía y calidez humana las posibilidades de cumplimiento son mayores. Estos datos apoyan los hallazgos previos (DiMateo et al 1993, DiMateo et al 2000, Frankel 2004, Schneider 2004). En este sentido Goldring et al 2002 encontraron en el caso de enfermos crónicos que si la relación implica una toma de decisiones compartidas en la que se respeta una toma de decisiones propuestas por el paciente, se maximizan las probabilidades de adherencia al tratamiento. (19)

La conceptualización inicial de la relación médico paciente mostro una interacción ideal, donde el medico generaba la mejor atención médica que podría brindar y su paciente hacia todo lo que se recomendaba para su propio bien, actualmente la relación médico paciente se ha roto en el momento en el que el medico reúne e interpreta rápidamente datos de manera impersonalizada sin asignar la importancia necesaria para el tratamiento humanista y la atención que debe recibir. (20)

Se deben de realizar esfuerzos que garanticen que el paciente cumpla con otros aspectos del plan de manejo de la Diabetes a fin de optimizar resultados.

Deben considerarse iniciativas dirigidas a la intervención específica del paciente para reconocer el problema de falta de adherencia e identificar la razón subyacente o causa de la falta de adherencia entre los pacientes con el fin de proporcionar una solución práctica y funcional para resolver el problema y mejorar la adherencia, la intervención debe tener algún componente de

seguimiento para garantizar una mejoría sostenida en la adherencia a la medicación. (21)

La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico de la propia enfermedad ya que conlleva al enfermo al éxito y a un propósito favorable. Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e incluso, puede ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad.

El incumplimiento puede ocasionar: molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento anómalos, entre otras, estas circunstancias implican que los pacientes no sigan las instrucciones del personal de salud, lo cual los lleva a recaer. (22)

El impacto de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos ha sido estudiado anteriormente utilizando diversas metodologías en un registro publicado en el año 2012 se puso de manifiesto que solo el 56% de los pacientes con DM2 lograron el control metabólico.

En el caso concreto de la DM2 la falta de adherencia junto con la falta de intensificación al tratamiento es una de las principales causas de mal control metabólico y se asocia a mayor morbilidad cardiovascular.

Es necesario tener la formación y las herramientas necesarias para identificar este fenómeno y no achacar la causa de mal control metabólico a la insuficiente respuesta terapéutica que conduciría a la realización de pruebas innecesarias, cambios de prescripción o intensificación de medicamento.

Según los resultados del estudio de Abordaje de la adherencia en Diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones, parece ser que los métodos de medición indirecta como los Test de Hayness-Sackett y Morisky- Green de 8 ítems son los más utilizados en DM2, de manera habitual existen ciertas barreras que impiden que las distintas herramientas de medición de la adherencia puedan implementarse en las consultas y estas han sido señaladas por el grupo de trabajo. Por un lado, es posible que los cuestionarios

no se realicen por desconocimiento de su existencia o debido a la limitación del tiempo de atención del paciente. (23)

El apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como la adhesión del enfermo al tratamiento médico. (24, 25)

La familia a través del tiempo se considera como el primer recurso que existe para sus integrantes cuando surgen problemas de salud.

El apoyo de la familia es indispensable cuando existe una enfermedad, ya que puede favorecer una buena evolución de la misma o un desenlace inesperado. (24)

En la declaración de Saint Vincent se recomendaba la necesidad de establecer sistemas de monitorización y control para asegurar la calidad de prestación de atención sanitaria al diabético. (26,28)

En este sentido, son numerosas las iniciativas para minimizar la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la seguridad del manejo del paciente y reducir las desigualdades en la atención sanitaria con diabetes. La monitorización de indicadores como herramienta para detectar déficit o áreas de mejora, la retroalimentación a los profesionales y la asociación de incentivos económicos vinculados al grado del cumplimiento, se identifican como medidas efectivas de mejoría continua de la calidad sobre resultados intermedios y finales. (27)

Por otro lado, existe una creciente tendencia en los sistemas sanitarios a estructurar modelos de atención dirigidos al abordaje del paciente con enfermedades crónicas.

Es necesario considerar estrategias basadas en adecuadas evaluaciones y con características de aplicabilidad y generalización, así como en un realista protagonismo de la atención primaria. (28)

El éxito o fracaso del autocuidado en paciente diabéticos, este determinado por los siguientes aspectos: a) el tratamiento y la enfermedad (complejidad del

tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica); b) los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión, y abuso de alcohol, c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y social); d) factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales). (29)

Aspectos de la relación médico-paciente tales como la comunicación la empatía, son esenciales para la disponibilidad del paciente y su habilidad para completar las actividades del autocuidado. (30)

Es imperioso seguir estudiando y llevando a cabo estrategias para el mejor control de nuestros pacientes ya que como quedó demostrado en el estudio Nacional sueco donde participaron 33,915 pacientes con diabetes tipo 1, con una hemoglobina glucosilada de 6.9% o menor, tienen un riesgo de muerte por cualquier causa y por causas cardiovasculares el doble de alto que la población en general y estos riesgos son muchas veces más altos que los que tienen un buen control glucémico. Por lo que tenemos que actuar en todos estos factores que intervienen en un pobre control. (31)

Como podemos observar los pacientes tienen que contribuir mediante la difusión a otros pacientes sobre la adherencia a los fármacos, los cambios en el estilo de vida. Esto mismo podría sensibilizar a los pacientes para que jueguen un papel importante en los roles para generar en la comunidad en la prevención de enfermedades y chequeo de la glucosa sanguínea que según lo recomendado, el desarrollo del conocimiento o la conciencia en el desarrollo evoluciona para mejorar el autocuidado en la diabetes.

Es una responsabilidad compartida, médicos, personal paramédico y pacientes debemos extender los servicios de consejería a los pacientes acerca del cuidado de su enfermedad. Esencialmente el cuidado de la diabetes debe tener un acceso universal, en términos de tecnología y expertos que ayuden a la población en general, así como un costo asequible para todos, con esto reduciremos la morbi-mortalidad de la diabetes, concentrando nuestros esfuerzos en especialistas en cuidado de diabetes, médicos de familia, individuos con diabetes, población en general y asociaciones que apoyen en el cuidado de la enfermedad. (32)

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La prevalencia de la diabetes según el ENSANUT 2016 es de 9.4% es decir 2.2% relativamente mayor al 2012, actualmente en el país hay 6.4 millones de personas que viven con diabetes mellitus 2, cerca de 60 000 más que en 2012, En 2016 la prevalencia se incrementó en los adultos de 60 años y más, entre 2000 y 2016 la edad en que se diagnostica aumento de 47.3 a 49 años, y fue superior la prevalencia en localidades urbanas que en rurales de 9.5 vs 9.2 en 2016. En el 2012 el 84% de personas con diabetes indicaron que se encontraban en tratamiento para controlar su enfermedad y el 87.8% lo afirmaron en 2016. En cuanto al tratamiento con hipoglucemiantes disminuyo en 67.9% en 2016 y el uso de insulina con o sin hipoglucemiantes orales se incrementó, entre la población de 60 años y más, la administración exclusiva de insulina de 6.8% en 2012 a 13.4% en 2016, mientras que la de insulina más hipoglucemiantes paso de 7.1% a 10.15 en el mismo grupo de edad. En cuanto las complicaciones por úlceras y amputaciones el incremento fue en 2016 con respecto al 2012 de 7.9 a 9.1% y de 2.0 a 5.4% respectivamente, el 21.1% de personas con diabetes en 2016 presentaron complicaciones microvasculares, 20.3% hipoglucemias y 3.4% complicaciones macrovasculares, en cuanto a las medidas preventivas en 2016 el 46.4% de las personas que vivían con diabetes no tomaba medidas preventivas.

Debido al aumento en la prevalencia y a las complicaciones que trae consigo la diabetes a consecuencia de una mala adherencia al tratamiento la importancia de fomentar una buena relación médico- paciente, que si bien no es el único factor de no adherencia al tratamiento puede contribuir a mejorarla y con ello la calidad de vida en los paciente diabéticos y en específico los adscritos a la UMF No. 9 del IMSS de Acapulco, disminuyendo con esto los costos excesivos en usos de servicios hospitalarios puesto que entre mayor control e información haya en los pacientes con diabetes se disminuirán y/o retardaran las complicaciones

En la actualidad el mal apego al tratamiento en el primer nivel de atención atraviesa grandes retos cuando se hace referencia a la relación médico-paciente, debido a que se considera un factor importante que lejos de empeorar la adherencia al tratamiento debería ser un apoyo y servir como plataforma para que el paciente encuentre un estímulo que contribuya a mejorar su apego al tratamiento y realizar las recomendaciones que hace su especialista en medicina familiar, las complicaciones de la diabetes contribuyen a nivel institucional a un costo elevado en tratamientos, atención en urgencias, y hospitalizaciones prolongadas en las que a veces no se puede hacer mucho por un paciente ya complicado, ocasiona a su vez eventos psicosociales y familiares en el paciente, afectando así el núcleo familiar.

Se concluye con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación médico paciente y su asociación con la adherencia al tratamiento en la población diabética de la UMF No. 9 de Acapulco, Guerrero del IMSS?

#### **4. Justificación.**

La diabetes es un padecimiento Crónico, el mal control causa daños al organismo a corto y largo plazo, el buen control puede retrasar y hasta prevenir las complicaciones agudas entre las que tenemos Hipoglucemia siendo una de las más frecuentes en pacientes tratados con hipoglucemiantes, Hiperglucemia la cual está dada por una mala alimentación y no adherencia al tratamiento, Coma Hiperosmolar menos frecuente pero la más grave pues tiene mayor mortalidad presentando deshidratación intensa, hiperglucemia e hiperosmolaridad, y Cetoacidosis la cual consiste en hiperglucemia, hipercetonemia, acidosis metabólica y deshidratación, entre las complicaciones crónicas debidas a las constantes hiperglucemias tenemos desde las enfermedades cardiacas graves, daño microvasculares derivando en retinopatía y enfermedad renal crónica, hasta daño al sistema nervioso central concluyendo en neuropatía que ocasiona al paciente dolor y perdida de la sensibilidad ocasionando complicaciones en miembros inferiores y hasta amputaciones lo cual ocasiona que el paciente presente una discapacidad física, por ello la importancia de que el paciente se apegue al tratamiento por lo cual el propósito de la siguiente investigación es obtener información estadística de la asociación de la relación médico-paciente con la adherencia al tratamiento y así obtener una visualización de esta en la UMF No. 9 de Acapulco Gro.

Así como dar a conocer cuál es la importancia de esta en la atención médica, como impactan las atenciones y actitudes de los especialistas en medicina familiar en dicha adherencia y como se ven afectados los pacientes diabéticos de esta UMF la cual es factible porque cuenta con 29 consultorios de medicina familiar con turno matutino y turno vespertino de atención médica, a su vez beneficiara a nuestra institución a la cual aportara una vista local del problema diario, que nos ayudara a modificar positivamente las estrategias utilizadas en la atención medica con respecto a la relación médico-paciente y así poder realizar acciones que nos ayuden a contribuir en la adherencia al tratamiento de este modo disminuir las complicaciones a corto, mediano y largo plazo, así como el gran impacto económico que este padecimiento y sus complicaciones generan cada día a nuestra institución, cabe mencionar que ayudara a la creación de nuevas estrategias con un enfoque más dirigido a esta parte.

## **5. OBJETIVO DE INVESTIGACION**

### **a. Objetivo general**

Conocer si la relación médico paciente es un factor en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.

### **b. Objetivos específicos.**

- Determinar la asociación de la relación médico-paciente y el apego al tratamiento en la población diabética de 18 a 64 años asignada a la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.
- Conocer los aspectos epidemiológicos y sociodemográficos de la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento.
- Describir los factores que intervienen en el apego al tratamiento en la población de estudio.

## **6. HIPÓTESIS.**

La relación médico-paciente se asocia positivamente en 63% con el apego al tratamiento de los pacientes diabéticos de 18 a 64 años de la UMF. No. 9 Acapulco Gro. IMSS.

## 7. METODOLOGÍA:

### 7.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal prospectivo analítico.

### 7.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanca fueron los pacientes de 18 a 64 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Gro. El estudio se realizó de noviembre de 2019 a enero de 2020.

### 7.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico en 350 pacientes con diabetes mellitus de 18 a 64 años de edad para una población finita de 7040 pacientes Calculada por la fórmula:

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

Población conocida (finita)

TOTAL, DE LA POBLACION	7040
Nivel De Confianza o Seguridad (1- $\alpha$ )	95 %
Precisión (d )	3 %
Proporción ( Valor aproximado del parámetro que queremos medir )	5 %
Tamaño de Muestra ( n )	350
El Tamaño Muestra Ajustado a Perdidas	
Proporción Esperada de Perdidas ( R )	15 %
Muestra Ajustada a la Perdidas	232

#### **7.4 Criterios de selección:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Adscritos a la UMF NO. 9 del IMSS
- Ambos sexos
- De 18 a 64 años de edad.
- Pacientes con o sin comorbilidades.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes diabéticos sin vigencia de derechos en el periodo de estudio
- Quienes no contaban con resultados de laboratorio no mayor de 3 meses de glucosa plasmática en ayuno
- Quienes en caso de alguna discapacidad auditiva, mental o visual no llevaban acompañante que nos apoyara contestando el cuestionario

##### **Criterios de eliminación:**

- Cuestionarios incompletos
- Quienes no quisieron participar.

## 7.5 Definición y Operacionalización de las variables:

**VARIABLES Dependientes:** Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.

**VARIABLES Independientes:** Edad, Sexo, diabetes, relación médico paciente, ocupación, estado civil, comorbilidades, escolaridad.

### Descripción de variables.

VARIABLES	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Diabetes	La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a un defecto en la secreción de insulina, a un defecto en la acción de la misma o a ambas. (33,34)	Con los datos obtenidos de la cartilla de control que otorga el módulo de Diabetimss o los resultados de laboratorio que proporciono el paciente de acuerdo a los criterios de control glucémico de la guía de práctica clínica se clasificara como controlada o no controlada	Cuantitativa Ordinal dicotómica	1.- Controlada 2. Descontrolada

<p>Relación médico-paciente</p>	<p>Interacción que se establece con el fin de devolverle la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades.</p>	<p>Mediante el Cuestionario PDRQ, el cual consta de 13 ítems. Clasificándolo en buena comunicación 30 y más puntos, regular comunicación de 20 a 29 puntos y mala comunicación menos de 20 puntos</p>	<p>Cualitativa Ordinal politomica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buena Comunicación</li> <li>2. Regular Comunicación</li> <li>3. Mala Comunicación</li> </ol>
<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Es el cumplimiento del tratamiento, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, y la persistencia de tomar la medicación a largo plazo</p>	<p>Mediante el cuestionario de Morisky-Green-Levine, el cual consta de 4 ítems, con respuestas dicotómicas y considera adherentes a quienes contestaron no en las 4 preguntas y no adherentes a</p>	<p>cualitativa nominal dicotómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adherente</li> <li>2. No adherente</li> </ol>

		quienes contestaron si a una o más preguntas		
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Lo preguntado al interrogatorio	Cuantitativa discreta politomica	Años cumplidos en grupo de edad clasificando de acuerdo ciclo vital 1. de 18 a 20 (Joven) 2. 21 a 40 (Adulto Joven) 3. 41 a 60 (Adulto Maduro) 4. 61 y más (Adulto mayor)
Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer	Lo referido al interrogatorio	Cualitativo dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Años de estudio en la educación formal	Ultimo año estudiado en una institución educativa referido por el paciente por interrogatorio	Cualitativa nominal politomica	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona física	Condición civil en la que se encuentra al momento del	Cualitativa nominal politomica	1. Casado 2. Unión libre 3. Separado 4. Divorciado

	en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	estudio la persona encuestada		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Viudo</li> <li>6. Soltero</li> </ol>
Ocupación	Ejecución de tareas que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas	Actividad en la que se ocupa de forma actual el paciente con diabetes en el momento de la encuesta	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Campesino</li> <li>2. Comerciante</li> <li>3. Empleado</li> <li>4. Tareas del hogar</li> <li>5. Pensionado</li> </ol>
Comorbilidades	Enfermedades y/o diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial	Enfermedad añadida que en el paciente diabético presente al momento de realizarle la encuesta	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>

## **7.6 Descripción general del estudio:**

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se realizó un estudio transversal analítico, con un muestreo probabilístico de 350 pacientes para una población finita de 7040 pacientes diabéticos de 18 a 64 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Gro., del módulo DIABETIMSS ambos turnos, los cuales se escogieron al azar, se tomó al primero, tercero, quinto y séptimo paciente todos los días, hasta que se completó la muestra, se les dio información sobre el proyecto de investigación, una vez que aceptaron participar, se les proporcionó una carta de consentimiento informado, se les explicó que la información que se proporcionó era con base a la atención del consultorio de medicina familiar, posteriormente se realizaron dos encuestas validadas, una para medir la adherencia al tratamiento médico llamada Test de Morisky-Green-Levine, desarrollado originalmente por Morisky Green y Levine el cual es un cuestionario con 4 preguntas dicotómicas, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, en el cual para ser cumplidor tuvo que responder a las 4 preguntas de la misma forma No/No/No/No de lo contrario se consideró no adherente al tratamiento; el cuestionario PDRQ para valorar relación médico paciente, validado en el 2011 por Martín Fernández J. y Cols obteniendo un valor de 0.95 con el alfa de cronbach, el cual es un cuestionario tipo Likert, que consta de 13 preguntas, con opción a tres respuestas cada una: nunca = 1 punto, pocas veces = 2 puntos y siempre = 3 puntos, el cual califica como mala comunicación si se obtiene de 19 puntos y menos, regular comunicación de 20 a 29 puntos y buena comunicación más de 29 puntos, así también se realizó prueba de  $\chi^2$  para valorar asociación entre variables, obteniendo valor de OR, P e índice de confianza.

### **7.7 Método de recolección de datos:**

Se aplicó mediante un método ocasional, con la aplicación del cuestionario test de Morisky Green y PDRQ en pacientes de 18 a 64 años de edad con diabetes adscritos al UMF No. 9 Acapulco, Gro, del IMSS.

### **7.8 Organización de datos:**

Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo del programa Excel.

### **7.9 Análisis estadístico.**

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 23 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis estadístico obteniendo frecuencias simples y porcentajes, prueba de chi<sup>2</sup> para valorar asociación entre variables, obteniendo valor de P (considerando como valor estadísticamente significativo si es menor a 0.05), OR e intervalo de confianza del 95%, así como medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

### **7.10 Consideraciones éticas:**

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Se solicitó consentimiento informado a los derechohabientes con diagnóstico de diabetes que participaron, se les informo el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

- d) Guías de práctica clínica [Cenetec.salud.gob.mx](http://Cenetec.salud.gob.mx) diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus 2

## 7.11 Presupuesto y financiamiento:

Humanos:	
• Investigador.	
• Asesor de tema.	
• Asesor metodológico.	

  

Materiales y físicos:	
• Una computadora portátil.	\$8,000 pesos
• Uso de computadora	\$ 300 pesos
• Una impresora.	\$ 1500 pesos
• Horas de internet	\$ 1000 pesos
• Mil hojas blancas.	\$ 120 pesos
• 10 lápices.	\$ 50 pesos
• 5 lapiceros.	\$ 50 pesos
• USB.	\$ 150 pesos
• Laboratorios	\$ 39,400 pesos
• Salario del investigador	\$ 3,500 pesos

  

<b>Total</b>	<b>\$ 53,070.00 Pesos</b>
--------------	---------------------------

## 8. RESULTADOS

En el presente estudio se realizaron 350 encuestas a pacientes diabéticos de 18 a 64 años de edad adscritos a UMF No. 9 de Acapulco, en ambos turnos del módulo de Diabetimss durante el periodo de estudio, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión en el cual encontramos con respecto a las medidas de tendencia central de la edad una media de 51 años, una mediana de 55 años, una moda de 64 años, con un mínimo de 20 años y un máximo de 64 años, de acuerdo al género, la más frecuente corresponde al sexo femenino con 59.7% (209/350) con mayor frecuencia los adultos maduros de 41 a 59 en un 52.5% (182/350), en la ocupación se encontraron 2 variables más frecuentes en un 46.0% (161/350) se encontraron los empleados, seguido de quienes se dedican al hogar en un 34.9% (122/350), el estado civil más encontrado en este estudio fueron los casados en un 54.6% (191/350), así mismo se pudo observar que en cuanto a la escolaridad se refiere, las personas con mayor frecuencia cuentan con un nivel de educación secundaria en un 28% (98/350). Tabla 1

Tabla 1.- Variables sociodemográficas

VARIABLE		n	%
1. Sexo	Masculino	141	40,3
	Femenino	209	59,7
	Total	350	100
1. Edad	18 a 20	2	0,6
	21 a 40	59	16,9
	41 a 59	184	52,6
	60 y mas	105	30
	Total	350	100
2. Ocupación	Campesino	6	1,7
	Comerciante	42	12
	Empleado	161	46
	Hogar	122	34,9
	Pensionado	19	5,4
	Total	350	100
3. Estado civil	Casado	191	54,6
	Unión libre	33	9,4
	Separado	8	2,3
	Divorciado	16	4,6
	Viudo	60	17,1
	Soltero	42	12
	Total	350	100
4. Escolaridad	Analfabeta	14	4
	Primaria	79	22,6
	Secundaria	98	28
	Bachillerato	91	26
	Licenciatura	68	19,4
	Total	350	100

En las variables clínicas se encontró que con mayor frecuencia los encuestados no contaban con otra comorbilidad en un 63.1% (221/ 350), de acuerdo a sus niveles de glucosa existe un buen control en un 51.1% (179/350), y que la mayoría tiene una buena relación con su médico en un 82.9% (290/350), sin embargo, solo existe una adherencia del 60% (210/ 350). Tabla 2

Tabla 2.- Variables clínicas

VARIABLE	N	%
<b>1. Comorbilidades</b>		
Si	129	36,9
No	221	63,1
Total	350	100
<b>2. Control</b>		
Controlado	179	51,1
No controlado	171	48,9
Total	350	100
<b>3. Comunicación</b>		
Buena	290	82,86
Regular	50	14,29
Mala	10	2,85
Total	350	100
<b>4. Adherencia</b>		
Adherente	210	60
No adherente	140	40
Total	350	100

Se observó que el grupo de edad más frecuente fue el de 41 a 59 años en un 31.4% (184/350), sin embargo, tomando en cuenta el total de pacientes de cada grupo se observa que el de 21 a 40 años tuvo mayor adherencia con un 71.1 % es decir que de 59 pacientes 42 fueron adherentes, seguidos del grupo de 41 a 59 años en el cual 59.8% (110/184) fueron adherentes. Tabla 3

Tabla 3.- Adherencia y grupo de edad.

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No		N	%
Edad	n	%	n	%		
41-59	110	31.4 (59.78)	74	21.1 (40.22)	184	52.5 (100)
60 y mas	57	16.3 (54.28)	48	13.7 (45.72)	105	30 100
21-40	42	12 (71.19)	17	4.8 (28.81)	59	16.8 100
18-20	1	0.3 (50%)	1	0.3 50%	2	0.6 100
Total	210	60	140	40	350	100

En lo que respecta a adherencia y sexo de 141 hombres que participaron un 60.99% (86/141) fueron adherentes al tratamiento y 39.01% (55/141) fueron no adherentes, y se pudo observar que el sexo femenino con respecto al masculino aun siendo la mayoría del número total de los pacientes encuestados fueron menos adherentes al tratamiento en un 59.33% (124/209) tomando como total el número de hombres y mujeres respectivamente. Tabla 4.

Tabla 4.- Adherencia y sexo

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Sexo	n	%	n	%	n	%
Masculino	86	60.99	55	39.01	141	100
Femenino	124	59.33	85	40.67	209	100
Total	210	60	140	40	350	100

De acuerdo a la ocupación la más frecuente fueron empleados en un 46% (161/350) de los cuales un 28.57% fueron adherentes, seguidos de las amas de casa en un 34.86% (122/350), y de estas un 20.29% fueron adherentes. Tabla 5

Tabla 5. Adherencia y ocupación

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Ocupación	n	%	n	%	N	%
Campesino	5	1.42	1	0.29	6	1.71
Comerciante	24	6.86	18	5.14	42	12.00
Empleado	100	28.57	61	17.43	161	46.00
Hogar	71	20.29	51	14.57	122	34.86
Pensionado	10	2.86	9	2.57	19	5.43
Total	210	60.00	140	40.00	350	100

De acuerdo a la adherencia y el estado civil se pudo observar que la mayoría de los pacientes encuestados un 54.58% (191/350) estaban casados y de estos también se obtuvo la mayor frecuencia tanto en adherentes con un 30,29% como de no adherentes en un 24.29%. Tabla 6

Tabla 6.- Adherencia y Estado Civil

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Estado Civil	n	%	n	%	n	%
<b>Casado</b>	106	30.29	85	24.29	191	54.58
<b>Viudo</b>	35	10	25	7.14	60	17.14
<b>Soltero</b>	29	8.29	13	3.71	42	12
<b>Unión libre</b>	21	6	12	3.43	33	9.43
<b>Divorciado</b>	13	3.71	3	0.86	16	4.56
Separado	6	1.71	2	0.57	8	2.28
Total	210	60	140	40	350	100

En cuanto a la adherencia y la escolaridad en este estudio se encontró que la mayor frecuencia la encontramos en quienes contaban con una escolaridad de secundaria en un 28% (98/350), de estos el 18% fueron adherentes, de 140/350 pacientes no adherente los más frecuentes en un 12% se encontró que contaban con primaria. Tabla 7.

Tabla 7.- Adherencia y Escolaridad

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Escolaridad	n	%	N	%	n	%
Secundaria	63	18	35	10	98	28
Bachillerato	59	16.86	32	9.14	91	26
Licenciatura	40	11.43	28	8	68	19.43
Primaria	37	10.57	42	12	79	22.57
Analfabeta	11	3.14	3	0.86	14	4
Total	210	60	140	40	350	100

En la adherencia y comorbilidades se encontró que los pacientes que con mayor frecuencia participaron en este estudio fueron quienes no contaban con otra comorbilidad en un 63.14% (221/350), de los que si contaban con otra comorbilidad tomado como total 129 de 350 pacientes el 67.4% (87/129) fueron adherentes, y tomando en cuenta un total de 221 de 350 pacientes sin otra comorbilidad también se mostraron con más adherencia en un 55.6%(123/350) tabla 8.

Tabla. 8 Adherencia y Comorbilidades

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Comorbilidades	n	%	n	%	n	%
Si	87	24.86 (67.44)	42 (32.55)	12	129	36.57 100
No	123	35.14 (55.6)	98 (44.34)	28	221	63.14 100
Total	210	100	140	100	350	100

En cuanto a la adherencia y la comunicación podemos ver que la mayoría de los pacientes encuestados cuentan con una buena relación con su médico con un total de 82.86% (290/350), de los cuales 46.86% (164/350) fueron adherentes y 36% (126/350) fueron no adherentes. Tabla 9

Tabla 9. Adherencia y Comunicación

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Comunicación	n	%	n	%	n	%
Buena	164	46.86	126	36	290	82.86
Regular	38	10,86	12	3.43	50	14.29
Mala	8	2.29	2	0.57	10	2.85
Total	210	60.00	140	40.00	350	100

En cuanto a la adherencia y control se refiere, se pudo observar que la mayoría tuvo buen control con un 51.14% (179/350) y con una pequeña diferencia los pacientes no controlados en un 48.86% (171/350). Tabla 10

Tabla 10. Adherencia y Control

Variable	Adherencia				Total	
	Si		No			
Control	n	%	n	%	n	%
Controlado	88	25.14	91	26.00	179	51.14
No controlado	122	34.86	49	14.00	171	48.86
Total	210	60.00	140	40.00	350	100

Tabla 11. Factores asociados a la NO adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes

VARIABLE	PEOR CONDICION	MEJOR CONDICION	OR	P	IC
<b>Comunicación</b>	<b>Regular o Mala</b>	<b>Buena</b>	<b>2.5</b>	<b>0.0047</b>	<b>1.3 - 4.7</b>
Sexo	Femenino	Masculino	1.07	0.7555	0.6 - 1.4
Edad	18-40	41-64	0.5	0.0721	0.3 - 1.0
<b>Comorbilidades</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0305</b>	<b>0.3 - 0.9</b>
Estado civil	Solteros	Casados	0.6	0.0933	0.4 - 1.0
<b>Escolaridad</b>	<b>Primaria</b>	<b>Secundaria</b>	<b>2.0</b>	<b>0.0206</b>	<b>1.1 - 3.7</b>

Los factores de riesgo que se asocian a una mala adherencia son tener una mala comunicación con un OR de 2.5, IC de 1.3 a 4.7 y un valor de P de 0.00. y tener una escolaridad de solo de primaria con un OR de 2.0, IC de 1.1 a 3.7 y un valor de P de 0.02.

Se identifica como tener más de una comorbilidad como factor protector con un OR de 0.6, IC de 0.3 a 1.0 y un valor de P de 0.03.

## 9. DISCUSION

De acuerdo a la investigación realizada se cumplieron los objetivos del estudio en los pacientes con diabetes mellitus 2, adscritos a la UMF No.9 de Acapulco, donde se determinó la asociación de la relación médico paciente y el apego al tratamiento, así como los aspectos epidemiológicos y sociodemográficos y los factores que interviene entre la adherencia y la comunicación médico paciente. La mayoría de los artículos revisados identifican que el promedio de adherencia de los pacientes diabéticos anda en un rango de 30 a 96%, con mayor frecuencia de 55 a 65% (35,36, 37,38,39,40,41,42,43,44,46). Una condición que favorece es ser mujer de acuerdo a la literatura revisada (35,38,40,41,42,44,46), en nuestro estudio la mujer es quien se encuentra con más frecuencia en nuestra población, quizá esto pudo haber influido en que se haya encontrado más adherente el sexo masculino, sin embargo no se encontró significancia estadística, en un estudio realizado por Tarquino (43) en Ecuador encontró que las mujeres eran menos adherente en un 56% aunque sin evidencia significativa con un valor de  $p < 0.05$ , a su vez encontró como factor de riesgo a mayores de 60 años para una mala adherencia con un OR de 5.9, y un valor de  $p < 0.00$ , toma como factor predictivo la baja escolaridad, en cuanto al grupo de edad encontramos inconsistencia ya que en otros estudios se encontró al grupo de edad de 51 a 60 años con mayor frecuencia (35,40,41,43,44,46) en nuestro estudio fueron más adherentes en un 59.8% el grupo de edad de 41 a 59 años sin significancia estadística con un valor de  $p < 0.07$ . Pérez Pavón (39) encontró sin significancia estadística el sexo como la escolaridad primaria, y Domínguez Gallardo (44) dice que entre más alto el nivel académico más alta la adherencia, lo que concuerda con nosotros ya que el tener solo primaria se asoció como factor de riesgo con un OR de 2.0 un valor de  $p < 0.02$  y IC de 1.1 a 3.7. En cuanto a la relación médico paciente y su asociación en la mayoría de los artículos consultados (37,39,40,44,45,46) concuerda con este estudio en donde tener una mala comunicación medico paciente se asocia como factor de riesgo para tener una mala adherencia con un OR de 2.5, valor de  $P < 0.00$  y un IC de 1.3 a 4.7. Otra inconsistencia que se encontró con respecto a nuestro estudio fue que contar con otras comorbilidades es un factor protector con un OR de 0.6 valor de  $p < 0.03$  y un IC de 0.3 a 0.9, sin embargo, Vargas Sánchez

(41) lo menciona como factor de riesgo encontrando esta variable con un 26.4% de comorbilidades.

## **10. CONCLUSIONES**

De acuerdo a la investigación realizada podemos concluir que se asocia como un factor de riesgo la mala relación médico paciente para un mal apego al tratamiento. Se pudo observar con los resultados obtenidos que hay buena comunicación, existe adherencia, pero apenas la mitad de los pacientes están controlados, esto puede deberse a que existan otros factores que asociados a la buena comunicación nos lleven a un mejor control y conseguir que haya más aumento en la adherencia terapéutica.

El tener otras comorbilidades se encontró como un factor protector, sin embargo, no fue así en un estudio revisado en este trabajo de investigación por lo que sería conveniente realizar otro estudio que nos dé más datos acerca de esto.

## **11. RECOMENDACIONES:**

1. Realizar estudios que se involucren más con el aspecto de la relación médico paciente ahora desde la perspectiva del médico o ambas para así ampliar nuestro panorama con respecto a este tema.,
2. Realizar intervenciones educativas no solo en Diabetimss si no también ampliar estas intervenciones que apoyen el conocimiento acerca de la diabetes mellitus, en las salas de espera a través de pláticas informativas
3. Realizar con frecuencia las encuestas utilizadas en este estudio y poner énfasis en los pacientes que cuenten con factores de riesgos para tener un mal apego al tratamiento y actuar de manera oportuna
4. Para mejorar la relación médico paciente el médico de familia debe de asumir la responsabilidad y dar una atención de forma integral y cuidar el trato y la comunicación
5. Buscar redes de apoyo tanto humanas como tecnológicas con el fin de que el paciente adulto mayor que acude solo a consulta tenga una mejor manera de cumplir su tratamiento de manera adecuada.

**12. Cronograma: del proyecto de investigación: La relación médico paciente y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS**

ACTIVIDADES	2018					2019										
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre/ Dic	Diciembre	Enero	Febrero
Definición del Tema	R															
Elaboración del plan de trabajo	R															
Recopilación de bibliografía		R	R	R												
Estructuración del Protocolo					R	R										
Entrega del Protocolo						R										
Presentación del protocolo ante el comité							R	R	R	R	R					
Autorización CLIS													R			
Aplicación de cuestionarios													R	R		
Análisis de resultados														R	R	
Impresión de tesis																R

P= Programado

R= realizado

### 13. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. [Internet]. Ginebra: 2016 [consultado 16 abril 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=DC75E5209E4984826B2324FCFEFD9105?sequence=1>
2. Fundación Mídete. Asumiendo el control de la diabetes. [Internet]. México: 2016 [consultado 18 de abril 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/362127597/Asumiendo-El-Control-de-La-Diabetes>
3. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. [Internet]. México:2016 [Consultado 23 abril 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
4. García I, Morales B, Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universitas Psychologica, 2015;14(2):511-522
5. Zambrano C, Renato, Duitama M, John F., Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Revista Facultad Nacional de salud Pública. 2012;30(2):163-174.
6. Hernández I, Fernández M. Importancia de la comunicación medico paciente en medicina familiar. Archivos en medicina Familiar, 2006;(2):137-143
7. Vera P., Zarazúa A. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco, 2016;22(1-2):23-31.
8. Ríos M, Acevedo O, Satisfacción de la Relación Médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con Diabetes Mellitus 2, Revista de Endocrinología y Nutrición Méx. 2011;19(4):149-153
9. Enrique G. Galeano E. Adherencia al tratamiento Compliance with the treatment. Acta Med Colomb. 2012;30(5):268–73

10. De la Cruz M, Vargas JM, Ledezma E et al. Causas de desapego al tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados, Rev. Salud pública. San Luis Potosí. México. 2013;15(3): 478-485.
11. Amezcua-Macías A, Rodríguez-Weber FL. Apego al tratamiento y control de los pacientes en la comunidad. Med Int Méx 2015; 31:274-280
12. Davies M, Gagliardino J. Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Diabets Med. 2013;30(5):512-524.
13. Crowley M, Holleman R. Factors associated with persistent poorly controlled diabetes mellitus: clues to improving management in patients with resistant poor control. Chronic Ill. 2014;10(4):291-302.
14. Junling G, Jingli W. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Family Practice.2013;1(1):777-786
15. Hu J, Amirehsani K. Perceptions of Barriers in Managing Diabetes Perspectives of Hispanic Immigrant Patients and Family Members. The Diabetes Educator. 2013;39(4):494-503.
16. Wilkinson A, Whitehead L. Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. International Journal of Nursing Studies. 2014;51(1):111-122.
17. Loayssa J, Ruiz R, González F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. Atención primaria, España 2015;47(5):279-286
18. Hernandez I, Fernández M. Importancia de la comunicación medico paciente en medicina familiar. Archivos en medicina Familiar, 2006;8(2):137-143
19. D'Anello et al. La Relación Medico Paciente y su Influencia en la Adherencia al Tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina. Centro de investigaciones Universidad de los Andes. 2009;18(1);33-39
20. Osorio J. Evolución y cambios en la relación médico-paciente. Colomb. Medicina. 2011;42(3):400-405.
21. Adisa, Rasaq, Titilayo O. Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in southwestern Nigeria. Pharmacy Practice 2011, (9):72-81

22. Salinas E, Nava MG, Adherencia Terapéutica. Ensayo Medigraphyc, Enf. Neurol (Méx) 2012;11(2):102-104
23. Orozco D, Mata M, Artola S, et al, Abordaje de la adherencia en diabetes Mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Atención Primaria 2016;48(6):406-420
24. Avalos M, López C, y SMG, et al, Quality in Diabetes Mellitus control in Primary Unit in México. A study of the perspective of the patient's family. Atención Primaria 2017; 49 (1): 21-27
25. López C, Avalos M, Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social, Rev. Cubana Salud Pub. 2013;3(2):331-345.
26. Pascual B, Márquez C. Cumplimiento de Indicadores en personas con diabetes tipo 2 y la vinculación a incentivos en atención primaria. Atención Primaria 2015; 47(3): 158-166
27. García L, Álvarez M, Adherence to therapies in patients with type 2 Diabetes. Review. Diabetes Ther 2013; 4:17-194
28. Martín I, Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria, tendencia necesitada de hechos Aten. Primaria 2013;45(4):181-183.
29. Amador MB, Márquez FG. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos en Medicina Familiar. 2007;9(2):99-107.
30. Rose M, Fliege H. The network of psychological variables in Patient with diabetes and their importance for Quality of life and metabolic control. Diabetes Care. 2002; 25:35-42.
31. Lind M, Svensson A, y Cols. Glycemic Control and Excess Mortality in Type 1 Diabetes. New England Journal of Medicine. 2014; 371:1972-1982.
32. Kumar A, Goel MK. India towards diabetes control: Key issues. Australasian Medical Journal. 2013;6(10):524–531.
33. Tratamiento de Diabetes mellitus 2 en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social ;08/07/2014
34. Rojas E, Molina R, y Cols. Definición, Clasificación y Diagnóstico de Diabetes Mellitus. Revista venezolana de Endocrinología y metabolismo, 2012;1(10):7-12
35. Ramos Y, Morejón R, y Cols. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay.2017;7(2)9.

36. Luongo A, Milrad S, y Cols. Tratamiento y adherencia en diabetes mellitus tipo 2. ¿Cuántos logran el objetivo glucémico en Argentina? Rev. ALAD.2016;6:111-20
37. Dorado M, Zegbe J, y Cols. Determinantes psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2. Ibn Sina revista electrónica semestral en ciencias de la salud.2016;7(2).
38. Meléndez M, Garza R, y Cols. Conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. XVI coloquio panamericano de investigación en enfermería. 2018;1
39. Pérez A, López R, y Cols. Factores Condicionantes de la Falta de Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Waxapa.2018;18(10):20-25.
40. Ramirez M, Tello A, y Cols. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Horizonte Sanitario.2019;3(18):383-392.
41. Vargas C, Hernández A, y Cols. Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca Morelos, México. Aten Fam.2018;25(4):146-150.
42. Terechenko N, Baute A, y Cols. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II. Biomedicina.2015;10(1):20-33.
43. Pincaci T, Castro E, y Cols. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sinergias educativas. 2020; Esp 1(E):
44. Domínguez L, Ortega E, y Cols. 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
45. Fernández J, Del Cura M, y Cols. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia un estudio con Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Aten Primaria. 2010;42(4):196-205
46. Quintero F, Briceño C, y Cols. Relación médico paciente y su importancia en el proceso de atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 20 a 60 años en Hospital de Bosal II nivel ESE, Bogotá, D.C. Rev. Salud Areandina Bogotá – Colombia.2016;15(2):74-83.

## 14. ANEXOS

Anexo 1.- Test de Morisky-Green-Levine para evaluar adherencia al tratamiento.

¿Alguna vez olvido tomar sus medicamentos para la diabetes?	Si ( )	No ( )
¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado?	Si ( )	No ( )
Cuando se siente bien ¿Deja de tomar su medicamento?	Si ( )	No ( )
Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo?	Si ( )	No ( )

Se consideran:

- Adherentes (ADT) a quienes contestan NO a las cuatro preguntas
- No adherentes (NADT) a quienes contestan SI a una o más.

**Anexo 2. CUESTIONARIO DE RELACION MEDICO PACIENTE (CREM-P) VERSION ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO (PDRQ).**

Fecha:    Edad.    Sexo    Ocupación    Escolaridad    Comorbilidades

1. ¿Piensa que su médico lo entiende?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
2. ¿Confía usted en su médico?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
3. ¿Siente que su médico se esfuerza en ayudarle?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
4. ¿Puede usted hablar con su médico?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
5. ¿Está contento con el tratamiento que le ha indicado su médico?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
6. ¿Considera usted que su médico le ayuda?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
7. ¿Siente usted que su médico le dedica suficiente tiempo para su atención ?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
8. ¿Los tratamiento que le ha indicado su médico le han beneficiado ?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
9. ¿Está de acuerdo con su médico con la causa de los síntomas?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
10. ¿Encuentra a su médico accesible?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
11. ¿Piensa que gracias a su médico se siente mejor?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
12. ¿Cree que gracias a su médico tiene más información acerca de su salud ?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )
13. ¿Siente que controla más sus síntomas aunque vea menos a su médico?		
Nunca ( )	Pocas veces ( )	Siempre ( )

- Menos de 20 puntos: Mala comunicación
- 20 a 29 puntos: Regular comunicación
- 30 y más puntos: Buena Comunicación



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio:	La relación Médico - Paciente y la Adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes de 18 a 69 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez Guerrero, 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación de la relación médico-paciente y el apego al tratamiento en la población diabética de 18 a 64 años asignada a la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.
Procedimientos:	Se realizara un cuestionario para valorar la adherencia al tratamiento y la comunicación medico paciente en los pacientes con diabetes de 18 a 69 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 9.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Otorgar información acerca de los beneficios de mantener una adherencia al tratamiento
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los datos se manejaran de manera confidencial
Participación o retiro:	Se me informa que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha dado la seguridad de que los datos obtenidos serán confidenciales.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<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:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Pérez Mijangos Librado, Tel 7442678114, Correo libradoprz@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Santos Zacarías Yadira Tel. 7442351974, Correo Kattyra2015@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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

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

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

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Nombre, dirección, relación y firma

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**