



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina y Psicología
Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

Alumno:

Andrea Alejandra Arvizu Díaz

ASESORES

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico Especialista en Medicina Familiar

Tijuana, Baja California, Septiembre de 2023

A mis padres Maria Elena Diaz y Jorge Arvizu, a mis
hermanas Cristina y Leslie.

Por ustedes y para ustedes, con todo mi esfuerzo y dedicación, los amo.

INDICE

1. TITULO.....	3
2. IDENTIFICACION DE LOS AUTORES	4
3. RESUMEN	5
4. MARCO TEORICO.....	6
5. ANTECEDENTES	11
6. JUSTIFICACION	14
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
8. OBJETIVOS	18
9. HIPOTESIS DE TRABAJO.....	19
10. MATERIAL Y METODOS	20
– Criterios de selección	21
– Procedimientos.....	22
▪ Instrumentos de medición	23
▪ Operacionalización de las variables	26
– Análisis estadístico	29
11. ASPECTOS ETICOS.....	30
12. RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.....	32
13. BIOSEGURIDAD	33
14. RESULTADOS	34
15. DISCUSIONES	42
16. CONCLUSIONES	44
17. RECOMENDACIONES	47
18. CRONOGRAMA	48
19. ANEXOS	49
– Anexo 1: Consentimiento informado	49
– Anexo 2: Hoja de recolección de datos.....	52

– Anexo 3: Instrumento: Cuestionario PREMEPA (Cuestionario percepción de la relación médico-paciente).	54
– Anexo 4: Instrumento: Escala MMAS-8 (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems).	57
– Anexo 5: Carta de no inconveniencia al director	59
20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60

1. TITULO:

“ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Andrea Alejandra Arvizu Diaz

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27

Matricula: 97023354

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (646) 210 92 27

Correo electrónico: andarv.95@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27

Matricula: 98021687

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono: (664) 301 43 53

Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com

3. RESUMEN

“ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Arvizu-Diaz AA, Verdín-Bravo C.

INTRODUCCIÓN: La Asociación Americana de Diabetes, define a la Diabetes Mellitus como una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua, la cual se estima que para el año 2040 aproximadamente 1 de cada 11 personas llegara a presentar este diagnóstico. Es así, como en este proceso de salud-enfermedad intervienen dos grandes actores sociales: por un lado, el paciente y su familia, y por otro lado el prestador de servicios de salud, dando el inicio de la relación médico-paciente la cual estará basada en la comunicación interpersonal como un factor fundamental para garantizar y determinar el cumplimiento adecuado de los tratamientos prescrito. El grado de confianza que el paciente encuentra en el médico que lo atiende en la consulta, representa un factor importante que no solamente facilita el desarrollo de esta, sino que además se refleja en la adherencia terapéutica, así como en las indicaciones dadas a seguir, siendo la ausencia de uno de estos factores una de las principales dificultades para llegar al control de esta enfermedad.

OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la relación médico-paciente en derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 27

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio transversal, prospectivo, correlacional. Previa autorización por parte del Comité de Local de Investigación y Ética en Investigación se procederá con la identificación de pacientes y llenado de consentimiento informado, los participantes contestarán dos cuestionarios: el cuestionario percepción de la relación médico-paciente PREMEPA y la escala de adherencia terapéutica de Morisky de 8 ítems MMAS-8. Se utilizará estadística descriptiva y el análisis estadístico se realizará en el SPSS Versión 26.

PALABRAS CLAVE: Relación Médico-Paciente, Adherencia al Tratamiento, Diabetes Mellitus.

4. MARCO TEORICO

En la atención del proceso salud-enfermedad intervienen dos grandes actores sociales, por un lado, el paciente y su familia, y por otro los proveedores de salud. 1 Principalmente, en el caso de las enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, la relación entre el médico y el paciente representa uno de los principales factores determinantes para garantizar el cumplimiento adecuado de los tratamientos prescritos, que incluyen la adherencia a las recomendaciones médicas y a la terapia farmacológica prescrita, siendo la ausencia de uno de estos factores, una de las principales dificultades para llegar al control de estas enfermedades. 2

RELACION MEDICO PACIENTE

“De acuerdo a Platón en la Apología de Sócrates, menciona que los médicos debían poseer dos condiciones principales: una de ellas era la aptitud que le daban sus conocimientos y habilidades para curar el proceso de enfermedad, y a esta la llamó tekné (de allí “tecnología”), con lo cual mencionaba que el medico era un buen técnico. Pero para ser un buen médico, se debía tener además la actitud de una persona que busca el cuidado de otra persona, y mencionaba que a esto se entendía como medeos. Por lo que etimológicamente médico es la persona que cuida a otra persona, y además la cura”. 3

Definimos la relación médico paciente como una relación interpersonal compleja que tiene connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional, y sirve de base para la buena gestión de la salud. 4

Esta relación, está dada en al menos dos personas. Esto comienza cuando un paciente entra en contacto con el personal de salud y se establece el inicio de la relación terapéutica, es aquí donde se desarrolla un sistema que tiene por objetivo la interacción en el que tanto el medico como el paciente, se deben de encontrar comprometidos con una causa que promoverá a ambos en la realización de un final de interés. En la relación médico paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. 5

Szasz y Hollender describieron los siguientes tres modelos básicos de la relación médico-paciente: (a) Modelo activo-pasivo: en caso de emergencia, el médico trata a un paciente inconsciente como inanimado; (b) Modelo de Orientación-Cooperación: El médico es considerado superior en términos de posición y poder debido al

conocimiento médico y se espera que trabaje en el mejor interés del paciente, y se espera que el paciente cumpla con las recomendaciones en consecuencia; y (c) Modelo de Participación Mutua: Ambas partes tienen igual poder; El paciente es considerado un experto en una interacción mutuamente interdependiente. 6

Uno de los principales factores para lograr adecuada relación entre el médico, paciente y la familia es la comunicación, asimismo es de gran importancia para asegurar el éxito del tratamiento médico, ya que mantendrá una gran influencia en la adherencia terapéutica y el estado de ánimo de los involucrados en esta relación. Las destrezas de comunicación tienen un efecto paliativo hacia con el paciente (con frecuencia pueden llegar a aminorar los síntomas); tienen un gran efecto terapéutico (la sobredosis es rara); y el problema más común que generan en la práctica clínica es una dosificación subóptima. 7

Velázquez-Tamez en un estudio realizado en México (2018), menciona que la comunicación es una habilidad fundamental para los médicos que debe priorizarse en la práctica médica, a fin de que el médico pueda comunicarse de manera efectiva con su paciente, lo cual es posible cuando el profesional ejerce la medicina basada en el diálogo, la negociación, promueve la participación del paciente como sujeto activo y supera el modelo hipocrático de la relación médico-paciente que apelaba al paternalismo (autoritario o bondadoso), que dejaba sin mayor participación al paciente respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. 8

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El concepto de adherencia o cumplimiento terapéutico se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el grado de coincidencia, así como el grado de comportamiento de un paciente en relación con todos aquellos medicamentos que ha de tomar, así como, el seguimiento de un plan alimenticio o los cambios que necesita realizar en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende. 9

Los resultados del incumplimiento del tratamiento pueden incluir numerosos problemas, como complicaciones a largo plazo de la enfermedad, aumento de los costos de la atención médica, reducción de la calidad de vida y muerte. 10

El término “cumplimiento” culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido. Los pacientes suelen tomar decisiones sobre su terapéutica, esto considerando tanto factores personales relativos a sus creencias, así como la percepción de la causa de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente. Las personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad crónica degenerativa tienden a atravesar por una serie de reacciones emocionales de gran peso, dentro de las que incluyen síntomas depresivos, ansiedad, ira o estrés, que per se pueden llegar a causar desequilibrios metabólicos, si a esto se le agrega la falta de adherencia al tratamiento, el resultado puede ser catastrófico para el paciente. 11

Las conductas de adherencia en pacientes con diabetes tipo 2 incluyen cinco categorías: adherencia a la medicación, recomendaciones de dieta, aumento de la actividad física, autocontrol de glucosa en sangre y el cuidado adecuado de las piernas, no adherirse al régimen terapéutico acelera las complicaciones de la diabetes. 12

Bonikowska, et al (2021), menciona en su estudio realizado en Polonia que los factores asociados con la mala adherencia a los medicamentos entre los diabéticos incluyen seis factores principales en el comportamiento de los pacientes: Factores relacionados con el paciente, con la diabetes, con la medicación, con el proveedor de atención médica, con el sistema de atención médica y factores relacionados con la sociedad. 13

De esta forma, comprender la importancia y por qué del tratamiento es el primer paso para lograr la adherencia. Es decir, está sobreentendido que una adecuada información acerca de la patología y su tratamiento, explicados en un lenguaje fácil de comprender, es el primer paso de una correcta relación entre el paciente y el personal de la salud. De hecho, es fundamental informar de modo que se garantice niveles mínimos de comprensión y recuerdo para mejorar las tasas de adherencia a distintos tratamientos y procedimientos médicos. 14

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Asociación Americana de Diabetes, la define como una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo más allá del control glucémico, y a su vez, a la diabetes tipo 2

como aquella que está asociada con defectos en la secreción de insulina relacionados con la inflamación y el estrés metabólico, entre otros contribuyentes, incluidos factores genéticos. 15

Inicialmente, se produce una mayor cantidad de insulina para alcanzar un nivel de glucosa normal. Sin embargo, esta respuesta es inadecuada para superar la insensibilidad a la insulina, lo que contribuye a una mayor producción de glucosa en el hígado. El metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas se altera a medida que avanza la enfermedad y la hiperglucemia se produce cuando las células β no logran compensar la resistencia a la insulina con un exceso de producción de insulina. 16

Las personas que tienen mayor resistencia a la insulina, mayor adiposidad abdominal, mayor prevalencia de intolerancia a la glucosa, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad a una edad relativamente más joven. La transición epidemiológica, auge económico, inactividad física, patrones dietéticos de moda, y factores ambientales también se suman a este riesgo. Adoptando un estilo de vida urbanizado como el cambio de hábitos alimentarios, un patrón de trabajo sedentario y estrés, se reconocen todos estos, como grupos vulnerables y tienen un mayor riesgo de diabetes mellitus. 17

Por lo general, la etapa temprana de esta patología puede ser asintomática, o los síntomas pueden ser tan leves que pasan desapercibidos. Por lo tanto, podría permanecer sin diagnosticar durante muchos años, lo que hace verdaderamente difícil una estimación precisa de las personas que padecen la enfermedad. Hasta el momento no existe una cura para la diabetes, pero se puede tratar y controlar. La terapia farmacológica y/o insulina puede ser necesaria para mantener el nivel de glucosa en sangre lo más cerca posible de normal y retrasar o prevenir el desarrollo de problemas de salud relacionados con la diabetes. Sin embargo, la alimentación saludable y el ejercicio físico también pueden ayudar al control de la enfermedad. 18

Para ser diagnosticado como diabético, el nivel de glucosa en sangre debe ser igual o superior a cierto valor. Según la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA), existen cuatro métodos para el diagnóstico de diabetes y los mismos métodos se utilizan para la detección de prediabetes en pacientes. Los métodos son:

- Prueba de glucosa en plasma en ayunas (FPG): donde el ayuno se refiere a la ausencia de ingesta de alimentos y bebidas, aparte del agua, durante al menos 8 h antes de la prueba; o
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT): cuando un paciente consume una solución de jarabe de glucosa que contiene 75 g de glucosa antes de lo cual se realiza un análisis de sangre para determinar la glucosa plasmática (PG) a las 2 h; o
- Niveles de A1C (hemoglobina glicosilada o hemoglobina unida a la glucosa) a través de una prueba de laboratorio; o
- PG aleatoria mayor o igual a 200 mg/dL o 11,1 mmol/L en pacientes que mostraron síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica. 19

5. ANTECEDENTES

La epidemia de diabetes mellitus y sus complicaciones representa una importante amenaza para la salud mundial. La Federación Internacional de Diabetes (FDI) estimó que 1 de cada 11 adultos de 20 a 79 años (415 millones de adultos) tenían diabetes mellitus en todo el mundo en 2015. Esta estimación se proyecta a 642 millones para 2040, y los mayores aumentos vendrán de las regiones que experimentan transiciones de bajos ingresos a niveles de ingresos medios, se estimó conservadoramente que, en 2015 se gastó US\$673 mil millones (12% del gasto sanitario mundial) en el tratamiento diabetes mellitus y sus complicaciones relacionadas. 20

La prevalencia en América Latina (1980–2014) revela un aumento moderado y constante en la prevalencia de diabetes tanto para hombres como para mujeres durante los últimos 30 años, y el Caribe experimentó el aumento más pronunciado. La prevalencia actual de diabetes en adultos en América Latina y el Caribe es más alta en los países del Caribe de habla inglesa, seguida por las poblaciones que viven a ambos lados del mundo, la frontera entre Estados Unidos y México. 21

La FDI estima que Brasil (con 16 millones) y México (con 12 millones) aportan el mayor volumen de adultos que viven con diabetes mellitus tipo 2, seguida de Colombia, Argentina, Venezuela y Chile que contribuyen con la segunda cantidad más alta de casos de diabetes prevalentes. 22

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018) muestran que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, basada en los casos previamente diagnosticados en adultos en el país fue de 10.3%, siendo mayor en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%) 19, esto en comparación con ENSANUT 2012 con una prevalencia de 9.2% en adultos de 20 años y más, lo que significa que 6.4 millones de adultos mexicanos han sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia más alta se encuentra en adultos de 60 a 69 años (26,3%), siendo los hombres los que tienen la mayor prevalencia entre los 50 y los 59 años y las mujeres entre los 60 y los 69 años. 23

Es por esto que la relación médico-paciente ha sido objetivo de estudios tanto cualitativos como cuantitativos en lo que se ha permitido llegar a conclusiones como las logradas por Peláez y colaboradores (Canadá, 2015), quienes en un estudio de

caso colectivo cualitativo que involucro a 24 pacientes adultos diagnosticados con asma concluyeron que: una pobre relación médico paciente indujo a los pacientes a ser menos propensos a tomar la medicación ya fuera debido a que no gustaron de la actitud del médico durante la consulta, o que sintieron que el médico no fue muy consciente de la condición del paciente y de su historia clínica, a fin de tomar una decisión optima en cuanto al tratamiento. 24

Ruiz-Lurdury, et al (Colombia) menciona en su metaanálisis realizado en el año 2017 que: el grado de confianza que el paciente encuentra en el médico que lo atiende en la consulta, representa un factor importante que no solamente facilita el desarrollo de esta, sino que además se refleja en el acatamiento que el paciente hace de las indicaciones dadas acerca del tratamiento a seguir. 25

Si bien, ahora en día existen múltiples estrategias para llegar a un control metabólico de la Diabetes Mellitus, la adherencia al tratamiento es fundamental para poder lograrlo, Vargas-Sánchez y colaboradores (2018) en su estudio que incluyo 178 pacientes, realizado en Morelos México, concluye que: el grado de adherencia al tratamiento es determinante para el control metabólico de la diabetes mellitus, considerando que el tipo de tratamiento, los años de evolución y la existencia de otras comorbilidades influyen sobre el mismo, su investigación revelo que la mayoría de los pacientes se encuentran descontrolados metabólicamente, a pesar de presentar una mediana adherencia al tratamiento. 26

Ramírez-García, et al en su estudio realizado en México (2018), concluye que al evaluar los factores que influyen en el comportamiento de adherencia al tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, quien obtuvo el mayor porcentaje con 88%, fueron los factores relacionados con el paciente (conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas) y 77%, los factores relacionados con el proveedor (relación entre paciente y médico, cómo se dirige el medico al paciente, con palabras claras y entendibles, el tiempo de la consulta, falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud). Reforzando así la importancia del rol que ejerce la relación médico-paciente sobre la adherencia terapéutica. 27

La evidencia respalda el hecho de que las intervenciones dirigidas a las interacciones médico-paciente mejoran la salud de la población, experiencia del paciente y del médico, así como los costos. La capacitación en habilidades de comunicación

conduce a una mejor satisfacción del paciente. Los siguientes son factores relevantes que considerar para establecer una relación médico-paciente eficaz: abordar las limitaciones del sistema de atención de la salud; incorporando factores socioculturales y el papel del género, la edad y la enfermedad crónica; y considerando el papel cambiante de la telesalud. 28

6. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en todo el mundo y principalmente en países en vías de desarrollo como lo es América Latina, las enfermedades crónicas no transmisibles han ido en aumento principalmente: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias y Síndrome Metabólico.

Dentro de estas enfermedades la Diabetes Mellitus, genera altos costos tanto en salud pública, a nivel institucional y sobre todo a la economía familiar de cada uno de los pacientes afectados. Por lo mismo, se ha convertido de vital importancia prevenir la aparición de sus principales complicaciones, esto ante la gran dificultad por evitar su aparición.

La adhesión al tratamiento es uno de los factores de gran importancia para que los pacientes portadores de Diabetes Mellitus retarden todo lo posible la progresión de la enfermedad. Y en el caso del médico familiar, la comunicación dentro de la relación médico-paciente es fundamental como herramienta interpersonal.

La Institución pública en salud influye en la consulta entre médicos y pacientes; las normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. Esto puede verse relegado, por ejemplo, en el tiempo que se dedica en la consulta, en el deber que tiene el médico de complementar la información en el expediente electrónico para poder prescribir ciertos medicamentos o bien en los procedimientos burocráticos institucionales para solicitar estudios que requieren los pacientes. En el caso del paciente, esto puede relacionarse con los horarios de atención, las citas programadas y el tiempo invertido en sala de espera. Así, la lógica de la Institución puede potenciar o limitar el servicio de atención, afectar el encuentro clínico y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica. 29

Dada la significancia de este proceso en cada usuario de servicios de salud, es que se decide el estudio de la relación médico-paciente desde la perspectiva de los derechohabientes, esto durante la consulta de medicina familiar, teniendo en cuenta que no existen estudios previos sobre la temática que valoren este punto de vista. Los resultados de este estudio servirán tanto a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar, así como a los médicos familiares que atienden la consulta médica, para lograr identificar los puntos de mejora en esta misma, esto mediante aplicación de

estrategias para lograr la eficiencia y eficacia en la relación médico-paciente, así como la adherencia terapéutica.

Los principales beneficiarios, serán los derechohabientes ya que al identificar el nivel de percepción de la relación médico-paciente se podrán implementar estrategias para mejoras en la misma y así poder incidir sobre un mejor apego, adecuado control, empoderamiento de su enfermedad y manejo integral del paciente.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial existe un aumento de las enfermedades crónicas, principalmente Diabetes Mellitus tipo 2, entre otras, que son responsables de cuatro de cada cinco muertes al año. La presencia de enfermedades crónico-degenerativas en un paciente demandan un cuidado continuo y de larga duración en la institución pública, esto para poder llegar a un control metabólico óptimo, que se traducen en un reto para los servicios de salud como para el paciente, ya que es un proceso largo. En este contexto, la relación terapéutica entre los pacientes con enfermedades crónicas y los médicos se mantiene durante el tiempo, pues requieren asistir regularmente cada mes o bien cada tres meses, a los centros de atención primaria para cuidar y mantener dentro de metas de control su enfermedad crónica. 30

En el caso del médico familiar, la relación interpersonal es la herramienta fundamental para el manejo integral del paciente y su familia, por esta razón se debe hacer hincapié en su importancia ante el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas como es el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2. 31

Dentro del contexto familiar, la diabetes mellitus tipo 2 en uno de sus integrantes condiciona riesgo de disfuncionalidad, alteración en su dinámica y en sus roles, dando lugar a una difícil interacción entre ellos y con la sociedad. Por lo que la intervención del médico de familia debe ser de manera integral, con el miembro afectado y su familia, logrando así una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito, mejorando sus condiciones y calidad de vida, así como su estructura familiar.

El vivir con un diagnóstico de diabetes, así como con su tratamiento y la presentación de alguna de sus complicaciones, resulta una experiencia dura, y en algunos otros casos, puede llegar a suponer un estado de choque emocional para el paciente que lo presenta. Sin embargo, el grado de aceptación y las expectativas que se generan sobre su futuro dependerán en gran parte del estilo de afrontamiento de problemas que sobrelleve el mismo paciente, pero también entra otro factor de gran importancia que es la comunicación con los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento, como lo son los médicos familiares. Es por esto por lo que la relación médico paciente y la adherencia terapéutica, son dos fenómenos importantes para el adecuado manejo y control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ante la situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento en derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana Baja California?

8. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la asociación entre la relación médico-paciente y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana Baja California.

Objetivos específicos:

- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, mediante el cuestionario Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).
- Describir la relación médico-paciente, mediante la aplicación del Cuestionario percepción de la relación médico-paciente (PREMEPA) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad Médico Familiar No. 27.
- Conocer las características sociodemográficas de la población con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad Médico Familiar No. 27.

9. HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi1: Existe una relación positiva entre la adherencia al tratamiento hipoglucemiante y la relación médico-paciente en derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Ho1: No existe relación entre la adherencia al tratamiento hipoglucemiante y la relación médico-paciente en derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Ha1: Existe una relación negativa entre la adherencia al tratamiento hipoglucemiante y la relación médico-paciente en derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

10. MATERIAL Y METODOS

Diseño y tipo de estudio: Observacional, correlacional, transversal, prospectivo.

- a) **Enfoque:** Cuantitativo
- b) **Tipo de estudio:** Correlacional
- c) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar Número 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tijuana, Baja California.
- d) **Periodo de estudio:** El estudio se realizó en el periodo comprendido de enero a mayo 2023.
- e) **Población:** Pacientes mayores de 18 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 27 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Universo de trabajo: Hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Numero 27.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra: Se estima que la población adulta derechohabiente de la UMF No. 27 con diagnóstico de diabetes mellitus es de 19,864 usuarios por lo que se utilizara una formula finita:

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

$$n = \frac{(19864) (1.96)^2 (10.32) (89.68)}{(0.05)^2 (19864-1) + (1.96)^2 (10.32) (89.68)} = \frac{(76277.76) (925.49)}{496575 + 3553.91} = \frac{70594304.10}{500128.91} = 141.15$$

En donde:

N = tamaño de la muestra que se requiere.

p = proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio. Se desconoce la proporción de sujetos, lo que se utilizara el 10.32%

$q = 1 - p$ (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar. En este caso tomaremos una precisión de $\pm 5\%$ ($\delta = 0.05$).

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto. Tomaremos un nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0.05$, $Z\alpha = 1.96$).

Conociendo el total de participantes para la muestra de 142, se estima el 20% de pérdidas que pudiera haber en el estudio, por lo que nos da como resultado 171 participantes.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Pacientes hombres y mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, adscritos a cualquier turno
- Edad mayor de 18 años
- Paciente con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 mayor o igual a 6 meses
- Paciente que acepte participar en el estudio
- Paciente que firme consentimiento informado

Criterio de exclusión:

- Personas con algún tipo de discapacidad mental

Criterios de eliminación

- Cuestionarios mal requisitados o incompletos

Procedimiento del estudio:

Previa aprobación del presente estudio por parte del Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud, se llevará a cabo un estudio observacional, correlacional y transversal, donde se incluirán a 171 participantes que acudan a la consulta ordinaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 durante el periodo de estudio, donde el tesista iniciará la recolección de los datos. Se seleccionarán los pacientes en el área de espera para consulta de Medicina familiar, que cumplan con los criterios de inclusión hasta alcanzar el número de participantes señalados. Una vez identificados se les invitará a ser partícipes del estudio de manera voluntaria y anónima y en caso de aceptar, se le solicitará ingresar a un consultorio de Medicina Preventiva para propiciar un ambiente agradable y preservar la confidencialidad del participante, se le entregará un bolígrafo y un consentimiento informado en el que se describirán las características principales del estudio como sus objetivos, metodología, riesgos y beneficios, así como la confidencialidad de este. En caso de aceptar participar en el estudio, el consentimiento se firmará para posteriormente realizar la entrevista y llenado de hoja de recolección de datos, la cual incluirá datos personales sociodemográficos, evolución de la enfermedad, comorbilidades y complicaciones como variables meramente descriptivas; los cuales serán respondidos por el participante y se brindará la ayuda del tesista en caso necesario o de que exista alguna duda, explicándose de manera detallada y asegurándose de la comprensión del participante. Este proceso se realizará una vez haya terminado su consulta con el Médico Familiar para no interferir con el desarrollo de esta. Posteriormente se aplicarán los cuestionarios para evaluar el grado de satisfacción de la relación médico-paciente y el grado de adherencia terapéutica, esto mediante el cuestionario percepción de la relación médico-paciente (PREMEPA) para la identificación de relaciones satisfactorias e insatisfactorias entre el personal de salud y los derechohabientes, el cual evalúa los siguientes aspectos ligados a conocer la percepción de la calidad de la relación médico-paciente, estas variables son: Respeto y cortesía, Disponibilidad al escuchar, Comprensión, Sensibilidad, Confianza, Explicación de enfermedad y procedimientos y que consta de solamente 14 preguntas. Por su parte, la adherencia terapéutica se evaluará mediante la aplicación de la escala MMAS-8 (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems) la cual consta de 7 preguntas con respuestas SI/NO y una última pregunta

con respuesta tipo Likert de cinco puntos. Ambas escalas están validadas en diversos idiomas incluido en español, poseen elevada sensibilidad y especificidad.

Una vez realizado el proceso de recolección de datos y llenado de encuestas, el tesisista recolectará todos los documentos requisitados, agradecerá la participación y guiará al paciente hacia la salida.

Instrumentos de medición:

Cuestionario percepción de la relación médico-paciente (PREMEPA). Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.83. Evalúa 7 aspectos ligados a conocer la satisfacción de la calidad de la relación médico-paciente, estas variables son: Respeto y cortesía, Disponibilidad al escuchar, Comprensión, Sensibilidad, Confianza, Explicación de enfermedad y procedimientos. Consta de 3 bloques los cuales se dividen de la siguiente manera:

- Bloque I, el cual se titula como “Percepción de la relación médico-paciente” y consta de 13 preguntas: La primera es una pregunta abierta que tiene como objetivo averiguar si acudió a otra institución de salud o si consultó ayuda previa. Las preguntas de la 2 a la 9 son de opción múltiple y se evalúan por medio de una escala de Likert modificada (valores del 0 al 3). Los valores obtenidos en estas preguntas y las preguntas dicotómicas 10 a la 13 (valores 0 y 3) serán luego convertidas a una variable cualitativa llamada “calidad de relación médico-paciente” mediante sumatoria de los puntajes que ubicará la RMP evaluada en tres categorías donde una RMP adecuada, se definirá como aquella con un puntaje mayor o igual a 15; RMP inadecuada, aquella con puntaje menor o igual a 8; y RMP medianamente adecuada las de puntaje con un puntaje de 9-14. La pregunta 14, acerca de satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal el cual se transforma a grados de satisfacción donde muy satisfecho es un puntaje mayor de 15, poco satisfecho uno menor de 10 y medianamente un puntaje de 9-14.
- El Bloque II titulado “Datos generales del médico” e incluía sexo, grupo etario, número de consultas anteriores con ese médico y elección o no del médico.
- El Bloque III titulado “Datos generales del paciente” e incluía sexo, edad, tipo de paciente (nuevo, continuador) y grado de instrucción.

Cuestionario Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.75. Evalúa la conducta de adherencia terapéutica conforme a la toma de medicamentos. Consta de 7 preguntas con respuestas dicotómicas de SI / NO y una última pregunta con respuesta tipo Likert que las puntúa como: “nunca” / “raramente” / “a veces” / “frecuentemente” / “siempre”, donde “Nunca” = 1 y el resto es igual a 0 puntos. Por tanto, la puntuación total de la escala va de 0 a 8 (mayor puntuación, mayor adherencia). Para el análisis se realizará la suma de los ítems y se calificará en función de la puntuación obtenida con varios puntos de corte: a) baja adherencia = 0-5, adherencia media = 6-7, alta adherencia = 8.

Una vez recolectadas las encuestas e instrumentos de medición, el alumno tesista será el responsable del procesamiento de datos y del análisis estadístico de la información resultante, los cuales serán registrados en una hoja electrónica y posteriormente serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS 26, así como de la interpretación de la información resultante del análisis estadístico mediante la elaboración de gráficas, tablas, conclusiones y recomendaciones resultantes del proyecto. El investigador responsable será el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a manera de salvaguardar la confidencialidad de los participantes. Para finalizar, el alumno tesista realizará la presentación de los resultados de su protocolo ante el equipo de trabajo y autoridades del Hospital.

Definición conceptual de variables:

- **Variable dependiente:** Adherencia al tratamiento
- **Variable independiente:** Relación médico-paciente
- **Relación médico-paciente:** Es una actividad moral que surge de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente. Por lo general es iniciada por consentimiento mutuo, expresado o implicado, para prestar atención médica de calidad.
- **Adherencia al tratamiento:** La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica.

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
- **Género:** Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.
- **Ocupación:** Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión.
- **Escolaridad:** Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.
- **Estado civil:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Peso:** Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.
- **Talla:** Altura de una persona desde los pies a la cabeza.
- **Índice de masa corporal:** Medida de la grasa corporal que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros.
- **Comorbilidades:** Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.
- **Complicaciones:** Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad
- **Tiempo de diagnóstico:** Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento

Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR Y/O VALOR FINDRISC
RELACION MEDICO-PACIENTE	Es una actividad moral que surge de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la	En base a los resultados obtenidos por la aplicación del cuestionario: "Cuestionario percepción de Relación Médico-	Cualitativa Ordinal	a) Adecuada: Mayor de 15 puntos b) Medianament e adecuada: 9-14 puntos

	<p>autonomía del paciente. Por lo general es iniciada por consentimiento mutuo, expresado o implicado, para prestar atención médica de calidad.</p>	<p>Pacientes (PREMEPA)”</p>		<p>c) Inadecuada: igual o menor de 8 puntos.</p> <p>De acuerdo a la pregunta 13:</p> <p>a) Muy satisfechos: Mayor de 15 puntos</p> <p>b) Medianamente satisfechos: 9-14 puntos</p> <p>c) Poco satisfechos: Menor o igual de 8 puntos</p>
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	<p>La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica.</p>	<p>En base a los resultados obtenidos por la aplicación del cuestionario: “Cuestionario Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)”</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>a) Baja adherencia = 0-5</p> <p>b) Adherencia media = 6-7</p> <p>c) Alta adherencia = 8</p>
EDAD	<p>Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p>	<p>Edad en años desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación de cuestionarios.</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>	<p>Años cumplidos</p>
GENERO	<p>Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de</p>	<p>Grupo con el que el paciente se identifica mayormente al momento de la entrevista.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>a) Femenino</p> <p>b) Masculino</p>

OCUPACION	exclusivamente biológico			
	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión.	Ocupación u oficio que desempeña el participante al momento de realizarse el estudio.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a) Empleado b) Hogar c) Profesionista d) Comerciante e) Desempleado f) Pensionado / Jubilado g) Estudiante
ESCOLARIDAD	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.	Máximo grado de estudios culminado por el participante.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Licenciatura e) Posgrado
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil del participante al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a) Soltero b) Casado c) Divorciado d) Unión libre e) Viudo
COMORBILIDADES	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.	Presencia de una o más enfermedades distintas a la diabetes mellitus, por la cual este recibiendo tratamiento médico al momento de la entrevista	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a) Hipertensión arterial b) Dislipidemia c) Hipotiroidismo d) Otras
COMPLICACIONES	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad	Presencia de una o más enfermedades derivadas de la diabetes mellitus, por la cual este	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> a) Retinopatía diabética b) Nefropatía diabética c) Pie diabético

TIEMPO DE DIAGNOSTICO		llevando seguimiento o bien tratamiento médico, al momento de la entrevista		d) Neuropatía diabética e) Otras
	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de diabetes mellitus o bien tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento.	Cualitativa ordinal	a) Menor de 1 año b) 1-5 años c) 6-10 años d) 10 o más años

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva e inferencial; para variables cuantitativas se utilizarán media y mediana, para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizará con χ^2 , y para medir la correlación entre las variables se utilizará Tau B de Kendall. Se utilizará un intervalo de confianza del 95% y una p menor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 26.

11. ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud 2014, en el artículo 17, apartado I, se trata de una investigación sin riesgo ya que no se realizarán intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables sociales, fisiológicas y psicológicas de los sujetos participantes, adquiriendo la información de la muestra de estudio únicamente a través de cuestionarios.

La investigación se encuentra acorde al Título Quinto, Capítulo 1, Artículo 100 de la Ley General de Salud, adaptándose a los principios tanto éticos como científicos que justifican la investigación médica, existiendo seguridad de los sujetos en el estudio sin exponerlos a riesgos o daños, además de contar con consentimiento informado escrito de los sujetos que serán parte del estudio.

Se utilizarán consentimientos informados, mismos que firmaron voluntariamente por todos los sujetos de estudio de la presente investigación.

La ética de esta investigación se apega a los artículos y principios de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013, a la ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

La Declaración de Helsinki habla sobre las normas internacionales sobre ética de la investigación bioética recogiendo el espíritu del código de Nuremberg, la cual cuenta con 37 principios, teniendo a lo largo del tiempo varias revisiones, siendo la última el pasado 19 de octubre del 2013 en Brasil.

Tomando como principio básico el Artículo 8 de la ley general de salud sobre la declaración universal de derechos humanos que se basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22 de la ley general de salud, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10 de la ley general de salud; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18 de

la ley general de salud, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6 de la ley general de salud, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Se solicitará autorización del Comité Local de Investigación y Ética, del director de la Unidad Médica Familiar por escrito, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y del Profesor Titular de la Especialidad.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se efectuará el presente estudio previa autorización por el comité local de investigación y ética local de investigación en salud (CLIEIS), y de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo II).

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados de forma confidencial, y posteriormente serán resguardados en el departamento de enseñanza en investigación, ya que esta área cuenta con condiciones ideales de resguardo, estas características brindan seguridad, así como fiabilidad en el manejo de la información.

El presente estudio es considerado de riesgo mínimo para los participantes ya que solamente se trata de aplicación de breves cuestionarios, las molestias que esto pudiera ocasionar es el hecho de que algunas preguntas puedan resultar incómodas, el beneficio inmediato para los participantes es identificar el grado de satisfacción así como la calidad de la relación que presenta con el personal de salud, lo cual posteriormente será informado a autoridades de la Unidad de Medicina Familiar, así como a los médicos familiares que atienden la consulta médica, para lograr identificar los puntos de mejora en esta misma mediante la implementación de estrategias generales para lograr la eficiencia y eficacia en la relación médico-paciente, así como la adherencia terapéutica.

12. RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Es factible realizar el estudio, se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

Se cuenta con los recursos humanos:

- Investigador responsable: Dra. Catalina Verdín Bravo. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito en la Unidad de Medicina Familiar Número 27. Quien será responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Investigador: Andrea Alejandra Arvizu Diaz. Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a Sede Unidad de Medicina Familiar Número 27. Quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Pacientes: Mayores de 18 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Se cuenta con los recursos materiales para realización del estudio:

- Área física: infraestructura, inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de hojas de recolección de datos y copias de cartas de consentimiento informado.
- Papelería: computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS – 25, hojas blancas (1 resma tamaño carta) para copias de las encuestas y consentimientos informados, lápices (Caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

Los recursos financieros serán provistos por el investigador principal.

13. BIOSEGURIDAD

El presente protocolo no tiene problemas de bioseguridad, ya que no utilizará pruebas, ni muestras que comprometan la bioseguridad del paciente.

No se utilizarán pruebas tales como: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tengan control con placebos, entre otros, que comprometan la Bioseguridad del paciente.

14.RESULTADOS

Para determinar si existe relación entre la adherencia terapéutica y la relación médico-paciente se invitaron a 174 pacientes a participar en el estudio, de los cuales 171 cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar; los 3 restantes se eliminaron (n=3).

Referente a la edad de los participantes se analizó como una variable cuantitativa por lo que la media encontrada fue de 53.6 años, con una mediana de 54 años y una moda de 54 años con desviación estándar de 11.065, se encontró también que el participante con una menor edad fue de 27 años, por el contrario, el participante con la mayor edad fue de 91 años.

En cuanto al género de los participantes, el 69% (n=118) de ellos fueron participantes del sexo femenino, mientras que el 31% (n=53) restante correspondieron al sexo masculino (FIG 1).

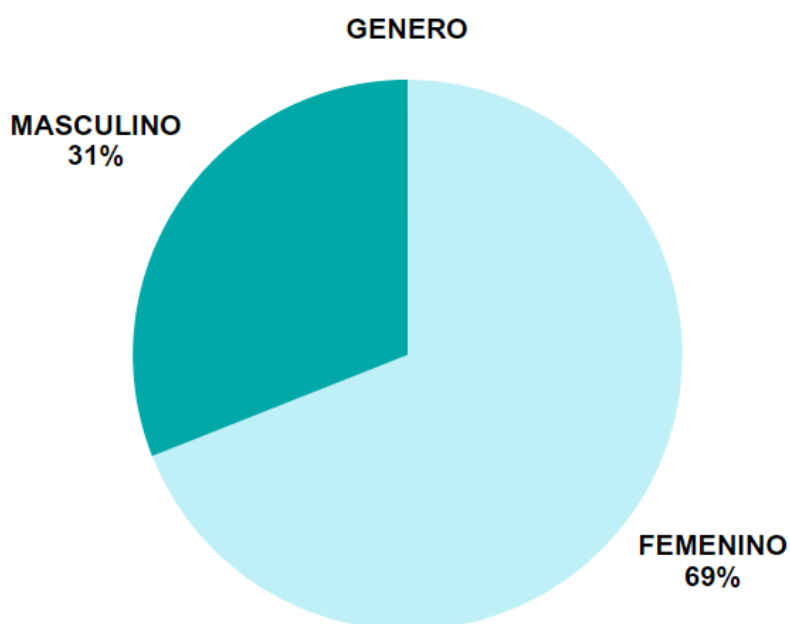


FIG 1. Gráfico de pastel referente al sexo de los participantes entrevistados al momento del estudio.

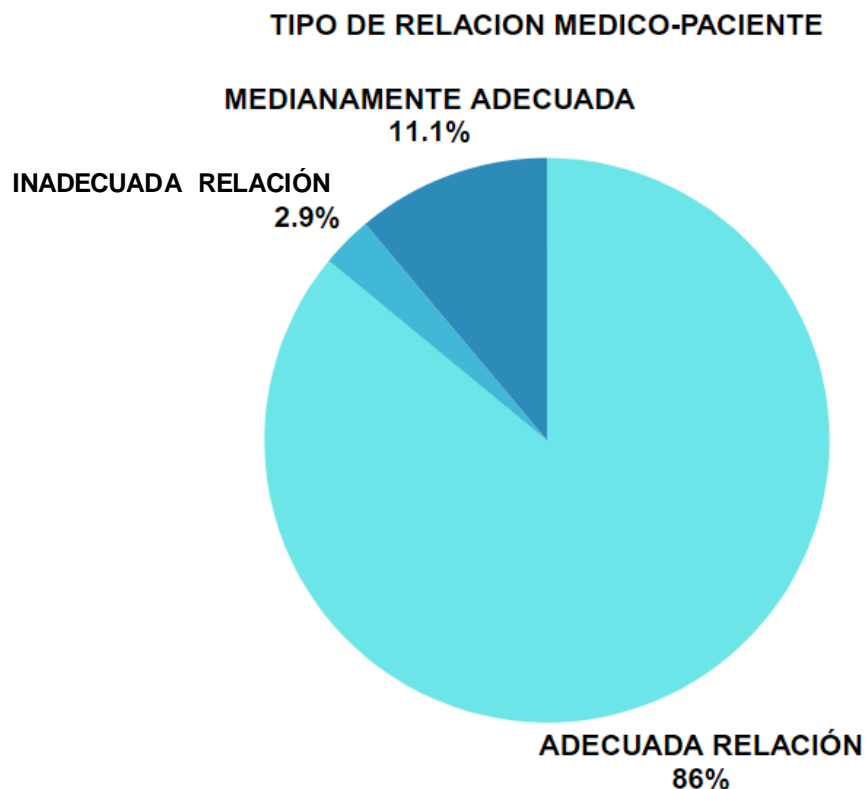
Se recopiló información referente al estado civil, encontrándose que la mayoría estaban casados durante el estudio, representando el 53.8% (n=92) de los

participantes. Respecto a la escolaridad, encontramos que únicamente el 15.8% (n=27) tuvo una educación mayor al nivel básico. Por otro lado, el 50.9% (n=87) tenía hipertensión arterial como comorbilidad, mientras que el 38% (n=65) no presentaba ninguna enfermedad concomitante. Del total de participantes, el 33.3% (n=57) contaba con una evolución de diabetes mellitus tipo 2 de más de 10 años. El resto de las variables y sus detalles se describen en la tabla 1.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PARTICIPANTES		
VARIABLE	n	%
ESTADO CIVIL		
Soltero	26	15.2
Casado	92	53.8
Divorciado	6	3.5
Union libre	3	18.1
Viudo	16	9.4
OCUPACIÓN		
Empleado	74	43.3
Hogar	61	35.7
Profesionista	4	2.3
Comerciante	9	5.3
Desempleado	6	3.5
Pensionado	16	9.4
Estudiante	1	0.6
ESCOLARIDAD		
Primaria	62	36.3
Secundaria	71	41.5
Preparatoria	27	15.8
Licenciatura	11	6.4
TIEMPO DE DIAGNOSTICO		
6 a 11 meses	27	15.8
1 a 5 años	48	28.1
6 a 10 años	39	22.8
Mas de 10 años	57	33.3
COMORBILIDADES		
Hipertension arterial	87	50.9

Dislipidemia	7	4.1
Otras	12	7
Ninguna	65	38
COMPLICACIONES		
Retinopatia diabetica	13	7.6
Nefropatia diabetica	1	0.6
Pie diabetico	2	1.2
Neuropatia diabetica	6	3.5
Otra	3	1.8
Ninguna	146	85.4

Sobre las variables de interés se encontró específicamente y referente al tipo de relación médico-paciente, el 86 % (n=147) como una relación adecuada, 11.1 % (n=19) como una relación medianamente adecuada y con una 2.9% (n=5) como una inadecuada relación médico-paciente. De acuerdo al cuestionario utilizado, se encontró que de los pacientes entrevistados 80.1% (n=137) se encontraban muy satisfechos con la atención recibida por parte del personal médico, mientras con un 14.6% (n=25) se encontraba medianamente satisfecho y un 5.3% (n=9) poco satisfecho (FIG 2).



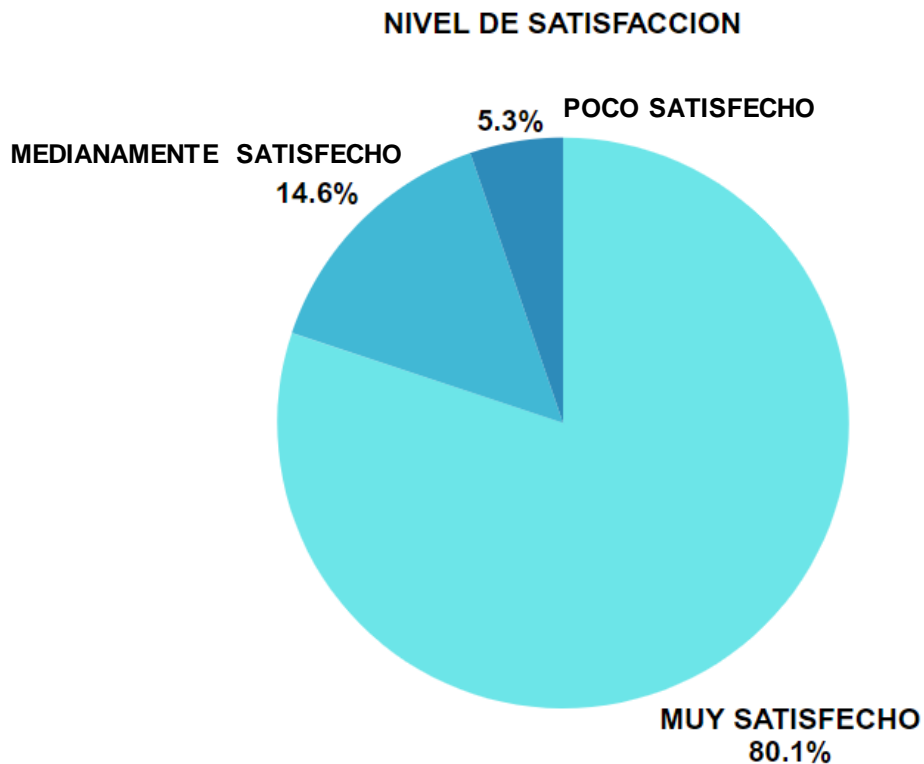


FIG 2. Gráficos de pastel que expresan la frecuencia y porcentaje del tipo de relación médico-paciente que presentaron los entrevistados, así como el nivel de satisfacción.

En lo que concierne a la variable adherencia al tratamiento, la prevalencia de mala adherencia al tratamiento entre los participantes (definida como cualquier grado de adherencia terapéutica menor a alta adherencia) fue de 59.1% (n=101), mientras que el 40.9% (n=70) restante presentaron buena adherencia terapéutica (FIG 3). Sobre el nivel de adherencia, el 18.7% (n=32) de los encuestados obtuvieron un puntaje concordante con baja adherencia, el 40.4% (n=69) con media adherencia y sólo el 40.9% (n=70) tuvieron alta adherencia.

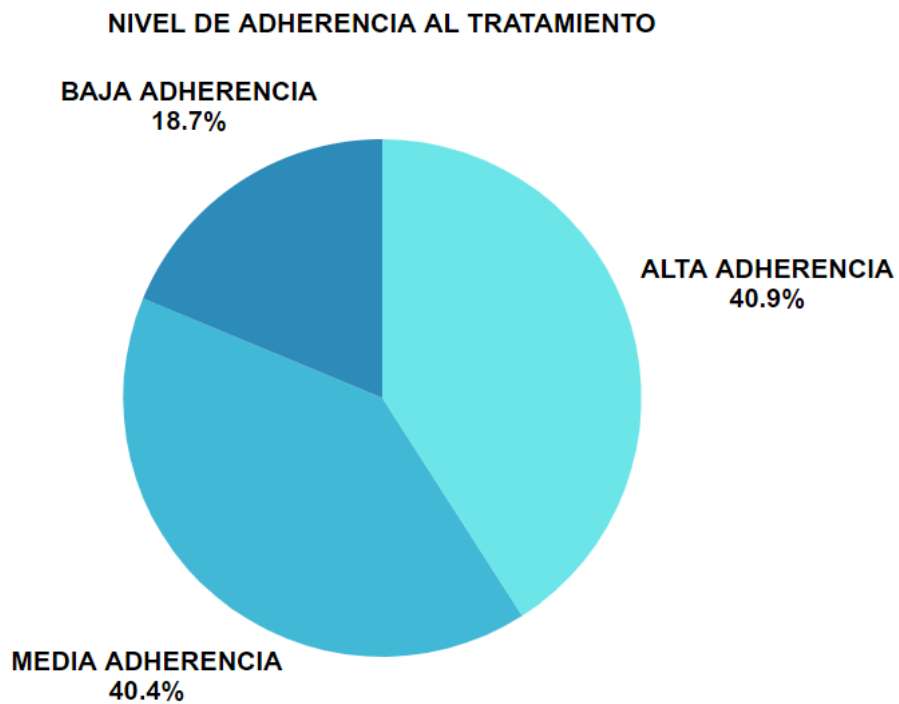
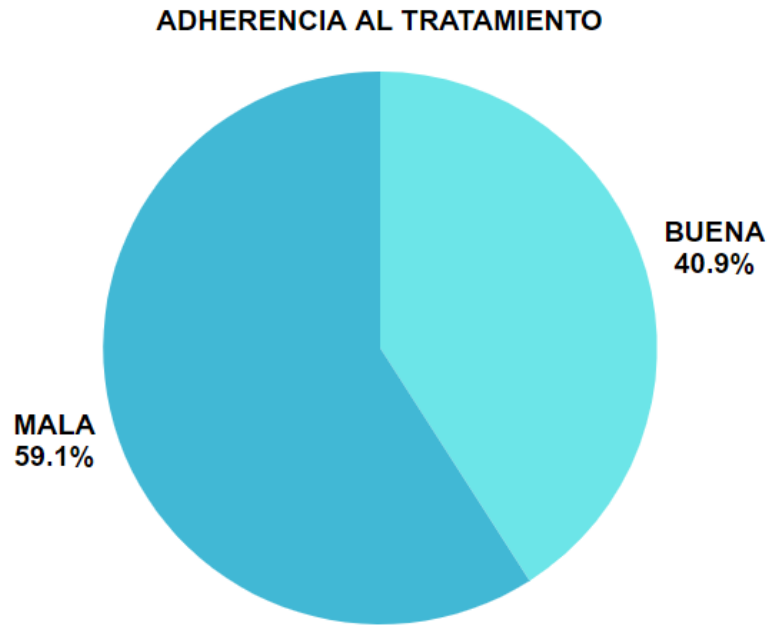


FIG 3. Gráficos de pastel en donde se muestra la adherencia al tratamiento, así como sus niveles.

Con base con los resultados obtenidos sobre las variables de estudio: tipo de relación médico-paciente y adherencia terapéutica, se construyó una tabla de contingencia (Tabla 2) para poder realizar las pruebas estadísticas correspondientes. Dicho análisis se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 26, tomando como

estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05; empleamos la prueba Tau B de Kendall con intervalo de confianza de 95% para medir el grado de relación, obteniendo un valor de Tau-B de Kendall 0.281 ($p=0.000$) (FIG 4).

TABLA 2. TIPO DE RELACION MEDICO-PACIENTE * ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
		ALTA ADHERENCIA	MEDIA ADHERENCIA	BAJA ADHERENCIA	TOTAL
TIPO DE RELACION MEDICO-PACIENTE	ADECUADA RELACION	67	59	21	147
	MEDIANAMENTE ADECUADA	3	8	8	19
	INADECUADA RELACION	0	2	3	5
TOTAL		70	69	32	171

Tabla 2. Tabla de 3x3 en donde se observa la relación de las variables de estudio principales.

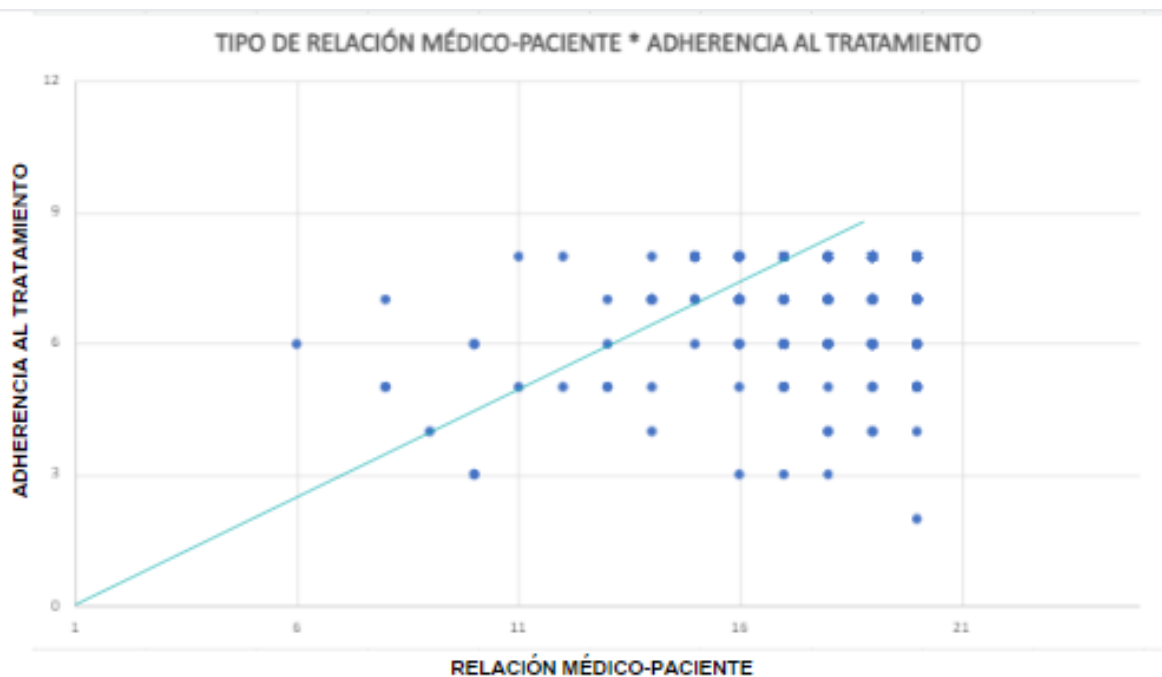


FIG 4. Gráfico de dispersión en donde se muestra la asociación de relación médico-paciente y adherencia al tratamiento.

Se puede observar que de los 171 participantes: 147 de ellos presentaron una adecuada relación médico-paciente de los cuales, 67 de ellos presentaban una alta adherencia al tratamiento, 19 presentaron una relación medianamente adecuada y 3

de ellos una alta adherencia, por otro lado únicamente 5 de los participantes presentaron una inadecuada relación médico-paciente, 2 teniendo una media adherencia y 3 baja adherencia al tratamiento.

Como resultado secundario se analizó la asociación del nivel de satisfacción de la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento hipoglucemiante. Se emplearon las mismas pruebas estadísticas, arrojando un resultado estadísticamente significativo con un valor de Tau B de Kendall 0.176 ($p=0.012$), mismos resultados que son resumidos en la tabla 3.

TABLA 3. NIVEL DE SATISFACCION * ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
		ALTA ADHERENCIA	MEDIA ADHERENCIA	BAJA ADHERENCIA	TOTAL
NIVEL DE SATISFA- CCIÓN	MUY SATISFECHO	62	52	23	137
	MEDIANAMENTE SATISFECHO	8	12	5	25
	POCO SATISFECHO	0	5	4	9
TOTAL		70	69	32	171

Tabla 2. Tabla de 3x3 en donde se observa la relación del nivel de satisfacción con adherencia al tratamiento.

Se realizó también un análisis multivariado sobre la asociación de tipo de relación médico-paciente, así como adherencia al tratamiento con las variables escolaridad, comorbilidad y tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2. Se empleó la prueba estadística de chi cuadrado, arrojando un resultado estadísticamente significativo en la correlación con las comorbilidades presentes y la adherencia al tratamiento: se obtuvo un valor de χ^2 de 13.41 con valor de $p=0.037$. Los resultados de las otras variables analizadas se resumen en la tabla 4, donde también se enlistan las frecuencias a manera de tabla cruzada.

TABLA 4										
VARIABLE	ADHERENCIA			VALOR DE CHI2	p	TIPO DE RELACIÓN			VALOR DE CHI2	p
	ALTA	MEDIA	BAJA			ADECUADA	MEDIANA	INADECUADA		
ESCOLARIDAD				4.189	.651				4.486	.611
Primaria	23	27	12			53	6	3		
Secundaria	30	29	12			64	6	1		
Preparatoria	13	7	7			21	5			
Licenciatura	4	6	1			9	2	0		
COMORBILIDAD				13.415	.037*				3.785	.706
Hipertension	23	44	10			76	9	2		
Dislipidemia	4	0	3			5	2	0		
Otras	6	3	3			10	1	1		
Ninguna	27	22	16			56	7	2		
TIEMPO DE DIAGNOSTICO				3.777	.707				8.229	.222
6 - 11 meses	12	10	5			25	0	2		
1 -5 años	23	15	10			40	6	2		
5 - 10 años	16	16	7			34	4	1		
Mas de 10 años	19	28	10			48	9	0		

* Resultado estadísticamente significativo.

De acuerdo con lo anterior, se encontró una elevada prevalencia tanto de una adecuada relación médico-paciente como de alta adherencia terapéutica en los participantes; la mayoría presentaba algún grado hipertensión arterial como comorbilidad. Tomando en cuenta ambos resultados de las pruebas estadísticas, aceptamos la hipótesis de investigación, ya que encontramos significancia estadística respecto al valor de p, además la prueba Tau B de Kendall se traduce a una asociación positiva por su valor entre ambas variables estudiadas.

15. DISCUSIONES

En el presente estudio, se evaluó la asociación de la relación médico-paciente con la adherencia al tratamiento en paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana, Baja California. Del total de los participantes se encontró que el sexo mayormente prevalente fue el femenino siendo el 69% (n=118), la mayoría era casados 53.8% (n=92), similar a los resultados reportados por autores como Espinosa-Arroyo, col. Así como el 41.5% (n=71) cursaron con una escolaridad secundaria, 43.3 % (n=74) manteniendo una ocupación de empleado.

Las variables sociodemográficas mayormente encontradas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron: Hipertensión arterial con un 50.9 % (n=87), así como retinopatía diabética en un 7.6 % (n=13), con un tiempo de diagnóstico mayor de 10 años en un 33.3% (n=57), los cuales se asemejan a los resultados reportados en el estudio realizado por Pascasio-vera, col en Tabasco, México en donde encontró que la comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial sistémica (42.5%) así como la complicación más frecuente la retinopatía (17.1%).

En nuestro país, existen escasos estudios en los que se evaluó la relación médico-paciente desde la percepción de los usuarios de servicios de salud con los cuales realizar una comparación de nuestros resultados, sin embargo una investigación realizada por Mendoza, et al en Lima Perú en el que se evaluaron a 179 pacientes con diabetes se obtuvo como resultado que más del 70% (n=125) consideraron su relación como buena, el cual es similar al encontrado en nuestro estudio ya que se observó una adecuada relación médico-paciente hasta en un 86% (n=147).

La alta adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la diabetes mellitus tipo 2, fue uno de los hallazgos más prevalentes en nuestra investigación, resultado que contrasta con estudios encontrados tales como el de: Farías-Vílchez, et al en el que se reporta una mayor prevalencia de baja adherencia en un 38.6% (n=91), así como un 61.4 % (n=35) de baja adherencia al tratamiento en el estudio realizado en 57 pacientes en Cuba por Londoño, et al.

El hallazgo más relevante del presente estudio fue la asociación positiva encontrada entre la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento con una Tau B de Kendall 0.281 (p=0.000), tal como lo menciona D'Anello-Koch, et al, en su estudio

realizado en Venezuela; “Si la relación es percibida por el paciente como centrada en él, con atención a sus necesidades, con tomas de decisiones compartidas, en un ambiente de empatía y calidez humana las posibilidades de cumplimiento de las prescripciones son mayores”. Asimismo, en un estudio realizado por Schoenthaler A, et al en Estados Unidos a 608 pacientes, encontró que una relación médico-paciente adecuada está asociada a una mejor adherencia al tratamiento farmacológico ($p < 0,05$). El encontrar una asociación entre ambas variables, nos plantea la necesidad de fortalecer las habilidades de los profesionales de la salud que permita mejorar la relación entre ambos, así obtener una mejor adherencia terapéutica, que influya a largo plazo en el control glicémico adecuado.

Uno de los resultados secundarios encontrados en nuestro estudio fue la prevalencia de la satisfacción en la relación médico-paciente, la cual se reporta como muy satisfecho hasta en un 80.1% ($n=137$), comparable con el encontrado por Ramos-Rodríguez, et al en Lima Perú con una prevalencia de 89.3% ($n=150$). La cual se asoció de manera significativa ($p=0.012$) con una adecuada adherencia al tratamiento, Ríos-Álvarez, col con su estudio realizado en la Clínica de Medicina Familiar en Coyoacán México, menciona que la continuidad de la atención y la accesibilidad son dos de los atributos que más contribuyen a la satisfacción con los médicos de familiar.

16. CONCLUSIONES

La relación médico-paciente sigue formando parte de los pilares fundamentales del ejercicio médico, esto incluso por encima de los nuevos paradigmas de atención que se han ido presentando a lo largo de los años, sin embargo y a pesar de ello continua sin cambiar el contexto del objetivo que tiene esta misma relación “ayudar y aliviar al paciente”. Siendo esta una de las principales herramientas para llegar a lograr una alta adherencia al tratamiento que se establece durante este ejercicio médico-terapéutico.

En el presente estudio, se concluye que existe una asociación positiva débil entre la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento hipoglucemiante en derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, se observa en la estadística descriptiva una mayor prevalencia de una adecuada relación médico-paciente así como predominancia de una mala adherencia terapéutica, lo que nos hace considerar que la relación médico-paciente no es la única condicionante involucrada en alcanzar esta meta, y es necesario continuar investigando que otros factores influyen en esta, tal como lo vemos en otro de los hallazgos donde se encontró una elevada prevalencia de satisfacción de la atención médica, asociada positivamente a una alta adherencia al tratamiento.

En el caso concreto de las enfermedades cronicodegenerativas, y respecto a los resultados de nuestro estudio la adherencia al tratamiento fue considerablemente mayor cuando existió por lo menos una enfermedad concomitante a la diabetes mellitus tipo 2, lo cual puede ser explicado por el mayor conocimiento de sus enfermedades, así como mayor organización y conciencia al momento del seguimiento. Mismo que concuerda con lo encontrado respecto al tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus, ya que al ser mas prolongado se encontraba mayormente asociado a una buena adherencia terapéutica.

Es importante recordar que son los médicos y el personal de salud los principales profesionales en identificar los factores asociados a la falla de la adherencia al tratamiento, siendo también responsables de actuar sobre aquellos pacientes que no alcanzan las metas terapéuticas, por lo que es de vital importancia que cuenten con la formación y las herramientas necesarias para poder hacerlo, sin embargo también

recalcar que existen factores sociales, ambientales, económicos, familiares y relacionados al paciente que pueden condicionar el incumplimiento del tratamiento.

Dentro de las fortalezas del estudio encontramos los instrumentos de evaluación que fueron aplicados (Cuestionario de la Percepción de la Relación Médico-Paciente y Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 puntos), ambos están validados en el idioma español y cuentan con un alfa de Cronbach significativo (mayor a 0.8), lo que, a su vez, aumenta la validez. Además es importante resaltar que los resultados obtenidos en este estudio fueron positivos, encontrando adecuada adherencia al tratamiento en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, Estos resultados pueden ser relacionados con los servicios complementarios, tales como son: CADIMSS, Nutrición, Medicina Preventiva, Trabajo Social, así como estrategias institucionales, de las cuales las más importantes son: Facilidad en proporcionar horario de consulta al contar con horario Sabatino, al igual que contar con una amplia gama de tratamiento terapéutico actualizado, según las guías clínicas, buscando la comodidad del derechohabiente, al contar con presentaciones duales proporcionados por el instituto, ya que se ha encontrado en diversos estudios la relación entre cantidad de tabletas prescritas con la adherencia terapéutica. Por lo que se concluye que parte importante de estos resultados no solo es el trabajo en conjunto de los servicios, sino también las estrategias implementadas por las diversas unidades de nuestro instituto.

Dentro de las limitaciones encontradas en nuestra investigación, se debe considerar que al tener un tipo de corte transversal se tiene un nivel de sesgo superior en comparación con otros tipos de estudios, es por esto que únicamente se puede establecer una asociación entre las variables estudiadas mas no establecer una relación de causa-efecto. Segundo, el estudio de la relación médico-paciente únicamente evaluado desde la perspectiva del paciente y usuario de los servicios de salud, en tercer lugar, la evaluación de la adherencia al tratamiento únicamente desde la perspectiva de la "medicación", lo cual contrasta con la definición por la Organización Mundial de la Salud en donde abarca no solamente este punto si no la integración de actividad física, seguimiento dietético y de recomendaciones médicas. Por último, se debe considerar como limitación para los resultados del estudio el cambio continuo de médico en los consultorios clínicos, así como la utilización constante de la unifila, siendo esto una inestabilidad para los pacientes tanto por

diferencia en los tratamientos y recomendaciones establecidas, así como la imposibilidad para establecer una adecuada relación médico-paciente.

A pesar de las limitaciones expuestas previamente, los resultados encontrados son relevantes, ya que no se había realizado previamente un estudio similar en nuestra población, y nos muestra también cual es la realidad de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y como es que pueden afectar su calidad de vida a corto y largo plazo la adherencia al tratamiento hipoglucemiante, siendo expuestos a las posibles complicaciones de la propia enfermedad. Es por todo esto que sería ideal realizar nuevas intervenciones dirigidas a personal médico y de salud, que nos ayuden a promover la comunicación, la asertividad y la empatía hacia el paciente, valores y herramientas que nos ayuden a mejorar la relación médico-paciente actual.

17.RECOMENDACIONES


- Se recomienda promover la investigación sobre este tema, principalmente acerca de los factores asociados a la relación médico-paciente, vista también desde el aspecto médico y no únicamente desde el derechohabiente, los cuales nos ayudaran a tener una mejor perspectiva sobre la situación y así promover intervenciones dirigidas para mantener la calidad de atención médica de manera continua.
- Fomentar la investigación dirigida a los factores determinantes de una buena o mala adherencia terapéutica, con el enfoque social, ambiental, familiar y propio del paciente como pudieran serlo enfermedades concomitantes o discapacitantes que interfieran con el cumplimiento terapéutico.
- Se sugiere implementar un programa en técnicas de comunicación verbal y no verbal, así como de ética laboral y relaciones interpersonales en todo el personal médico y no médico que labora en las instituciones de salud, y que así logaran una mayor satisfacción de la atención proporcionada.
- Difundir los resultados obtenidos en nuestro estudio, implementar y reforzar programas que nos ayuden a lograr una buena adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, que incluya a personal de salud como: médicos, enfermería, personal de psicología y trabajo social.
- Como ultima recomendación para mis compañeros que ejercen la medicina, tener en cuenta en todo momento que la sensibilidad, amabilidad, disponibilidad a escuchar y la calidez, son probablemente una de las principales características que un paciente busca en su médico, y que, si bien no siempre podremos lograr la curación de la enfermedad, debemos enfocarnos en aliviar como objetivo principal.

18. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Jul - Dic 2022	Dic 2022	Feb- Jun 2023	Jul- Ago 2023	Ago 2023	Sep- Dic 2023	Enero 2024
Elaboración del protocolo	X						
Aceptación del protocolo		X					
Recolección de datos			X				
Captura de base de datos				X			
Análisis de resultados					X		
Redacción de discusión y conclusión						X	
Presentación a sinodales							X

19. ANEXOS

– ANEXO 1: Consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	“ASOCIACION ENTRE LA RELACIÓN MEDICO- PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Octubre 2022	
Número de registro institucional:	R-2022-204-188	
Justificación y objetivo del estudio:	La adecuada relación médico-paciente es importante para formar un ambiente de confianza y seguridad, lo cual permite lograr un mejor apego a su tratamiento, y así llevar un mejor control de su enfermedad y evitar la presentación de futuras complicaciones. Teniendo en cuenta que no existen estudios previos en esta unidad, que valoren el punto de vista del paciente sobre este tema y derivado de la importancia del mismo, es que se decide la elaboración del presente estudio. Por lo que nuestro objetivo principal será: “Determinar la asociación entre la relación médicopaciente y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana Baja California”.	
Procedimientos:	Una vez se haya firmado el consentimiento informado se le invitará a un consultorio de Medicina Preventiva para realizar entrevista sobre datos personales, y se le aplicarán dos cuestionarios para evaluar el grado de satisfacción de la relación médico-paciente y el grado de adherencia terapéutica, llamados cuestionario de Relaciones Medico-Pacientes (CREM-P) y Escala MMAS-8 (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems). Toda la información que se obtenga será de forma anónima, auto llenada o con asesoría por el investigador principal en caso necesario, sin límite de tiempo, en donde señalara la respuesta que considere conveniente marcando con una x el cuadro con la opción que se sienta más identificado. Esto	

	con la finalidad de ver cómo percibe la relación con su Médico tratante y cómo es su apego al tratamiento y cuidados de su enfermedad y con ello realizar acciones encaminadas a la mejora de ambas situaciones.
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos son mínimos, ya que solamente se trata de aplicación de breves cuestionarios. Algunas molestias que puede tener son el hecho de que algunas preguntas pueden resultarle incómodas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con los resultados obtenidos, el beneficio que usted recibirá al identificar aquellos pacientes que se encuentren insatisfechos con la relación médico-paciente será implementar estrategias de mejoras en esta misma, así como poder identificar el grado de adherencia terapéutica en relación con su padecimiento de diabetes mellitus tipo 2 y poder aumentar este mismo mediante la concientización sobre la importancia de su enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados sobre el grado de satisfacción de la relación médico-paciente darán a conocer a la dirección médica para la implementación de técnicas de comunicación para mejorar los aspectos evaluados, en relación con la adherencia al tratamiento se le dará a conocer a su médico familiar y usted, para la implementación de estrategias enfocadas en mejorar el apego y conocimiento de su patología de base.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo la libertad de decidir no participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento de educación. Recibiendo respuesta a todas las dudas que tenga en todo momento.
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usará los códigos numéricos. Los cuestionarios e información resultante serán resguardados por el investigador principal.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio.

<input type="checkbox"/>	<p>Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio y estudios futuros, conservando los resultados de estos cuestionarios ____ años tras lo cual se destruirán los mismos.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
<p>Investigadora o Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Catalina Verdín Bravo Médico especialista en Medicina Familiar Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27 Matricula: 98021687 Institución: IMSS. Baja California. Teléfono: (664) 301 43 53 Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com</p>
<p>Colaboradores:</p>	<p>Andrea Alejandra Arvizu Diaz Residente de Medicina Familiar Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27 Matricula: 97023354 Institución: IMSS, Baja California. Teléfono celular: (646) 210 92 27 Correo electrónico: andarv.95@gmail.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del participante</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma</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.
Clave: 2810-009-013

– **ANEXO 2: Hoja de recolección de datos**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27



Fecha			Folio del participante
DD	MM	AAAA	

“RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DERECHOHABIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2”


Por favor conteste las siguientes preguntas a excepción de las últimas 2.
 Toda la información brindada es de carácter confidencial.

Nombre (iniciales): _____	Peso: _____
Edad: _____ Genero: _____ Consultorio: _____	Talla: _____
Turno: _____	

Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo	Ocupación 1. Empleado 2. Hogar 3. Profesionista 4. Comerciante 5. Desempleado 6. Pensionado/Jubilado 7. Estudiante
Escolaridad 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado	Comorbilidad 1. Hipertensión arterial 2. Dislipidemia 3. Hipotiroidismo 4. Otra
Complicaciones 1. Retinopatía diabética 2. Nefropatía diabética 3. Pie diabético 4. Neuropatía diabética 5. Otras	Tiempo de diagnóstico con diabetes 1. 6 meses – 11 meses 2. 1-5 años 3. 6-10 años 4. Mas de 10 años
NO CONTESTAR ESTA ÁREA	

<p>Relación Médico-paciente</p> <ol style="list-style-type: none">1. Adecuada: Igual o mayor de 15 puntos2. Medianamente adecuada: 9-14 puntos3. Inadecuada: Igual o menor de 8 puntos <p>De acuerdo a la satisfacción del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Muy Satisfecho: Igual o mayor de 15 puntos2. Medianamente satisfecho: 9-14 puntos3. Poco Satisfecho: Menor o igual a 8 puntos	<p>Adherencia al tratamiento</p> <ol style="list-style-type: none">1. Alta adherencia: 8 puntos2. Media adherencia: 6-7 puntos3. Baja adherencia: Igual o menor de 5 puntos
---	--


- **ANEXO 3: Instrumento:** Cuestionario PREMEPA (Cuestionario percepción de la relación médico-paciente).

 CUESTIONARIO PREMEPA (CUESTIONARIO PERCEPCION DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE)	
Instrucciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea detenidamente cada pregunta <p>Por favor puntué con una calificación del 0 al 3; siendo 3 la respuesta mejor valorada y el 0 la respuesta peor valorada.</p>	
BLOQUE I: PERCEPCION DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE	
1. Antes de venir, ¿Acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?	0. No 1. Si, ¿Por qué no persistió allí? <hr/>
2. Con respecto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trato su médico?	0. No fue cortes, ni respetuoso 1. Fue muy poco cortes y respetuoso 2. Medianamente respetoso y cortes 3. Fue muy respetuoso y cortes
3. En el aspecto de escuchar, ¿Qué nos puede decir del médico que le atendió?	0. No me dejo hablar 1. Si me escucho, pero poco 2. Me dejo hablar, pero no escucho lo que tenía que decir 3. Me escucho todo lo que tenía que decirle
4. En el aspecto de comprensión hacia usted, ¿Qué tan comprendido se sintió cuando estaba con su médico?	0. No me comprendió 1. Me comprendió, pero poco 2. Si me comprendió, pero no totalmente 3. Me sentí totalmente comprendido
5. En el aspecto de sensibilidad hacia su problema, ¿Qué tan sensible fue su médico?	0. No tuvo tacto 1. Fue poco sensible 2. Medianamente 3. Totalmente sensible

6. En el aspecto de confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?	0. No le tengo confianza 1. Muy poca 2. Mediana 3. Confió plenamente
7. En el aspecto de explicación de su problema de salud, ¿Entendió la explicación de su médico?	0. No me explico / No entendí nada 1. Entendí muy poco 2. Entendí medianamente 3. Entendí claramente
8. En el aspecto de explicación del procedimiento a seguir con usted, ¿Entendió la explicación de su médico?	0. No me explico / No entendí nada 1. Entendí muy poco 2. Entendí medianamente 3. Entendí claramente
9. ¿Estuvo conforme con los procedimientos que realizó su médico?	0. No 1. Si
10. ¿Le pidió otras opciones de procedimiento?	0. No 1. Si
11. ¿Su médico le dio otras opciones?	0. No 1. Si
12. ¿Recomendaría usted a un familiar o amigo que se atienda con el mismo médico que le atendió hoy?	0. No 3. Si
13. Por favor, califique del 0 al 20 su satisfacción en esta consulta: _____	
BLOQUE II: DATOS GENERALES DE SU MEDICO	
Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del médico que atendió al entrevistado:	
Sexo del médico:	0. Femenino 1. Masculino
Edad del médico:	0. Adulto joven 1. Mediana edad 2. Adulto mayor
En esta oportunidad, usted eligió al médico:	0. No 1. Si

Número de consultas anteriores:	0. Ninguna 1. 1-4 2. Mas de 4
BLOQUE III: DATOS GENERALES DEL PACIENTE Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del entrevistado y solo serán usadas con el fin de esta investigación:	
Sexo del paciente:	0. Femenino 1. Masculino
Año de nacimiento del paciente:	
Tipo de paciente:	0. Paciente nuevo 1. Continuador 2. Chequeo medico
Grado de estudios que alcanzo el paciente:	0. Ninguno 1-2. Primaria 3-4. Secundaria 5-6. Estudios superiores
Interpretación de resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Para el análisis se realizará una suma de la puntuación, y consideramos en la relación médico-paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada: Igual o mayor de 15 puntos ▪ Medianamente adecuada: 9-14 puntos ▪ Inadecuada: Igual o menor de 8 puntos • La pregunta 13, acerca de la satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal. Este valor fue transformado a grados de satisfacción donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy satisfecho: Igual o mayor de 15 puntos ▪ Medianamente satisfecho: 9-14 puntos ▪ Poco satisfecho: Igual o menor de 8 puntos 	

- **ANEXO 4: Instrumento:** Escala MMAS-8 (Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems).

 ESCALA MMAS-8 (ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY DE 8 ÍTEMS)	
Instrucciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea detenidamente cada pregunta ▪ Cada pregunta tiene 2 respuestas posibles (SI o NO) a excepción de la última que tiene 5 respuestas posibles. ▪ Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta. 	
1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?	0. SI 1. NO
2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomara su medicamento?	0. SI 1. NO
3. ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?	0. SI 1. NO
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?	0. SI 1. NO
5. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?	0. NO 1. SI
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?	0. SI 1. NO
7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?	0. SI 1. NO

<p>8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?</p>	<p>A. Nunca / raramente B. De vez en cuando C. A veces D. Usualmente – casi siempre E. Todo el tiempo – siempre</p>
<p>Interpretación de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sume los números de las respuestas obtenidas, en la última pregunta, la opción A equivale a 0 puntos y el resto de las opciones a 1 punto.<ul style="list-style-type: none">▪ Alta adherencia: 8 puntos▪ Media adherencia: 6-7 puntos▪ Baja adherencia: 5 o menos puntos	

– ANEXO 5: Carta de no inconveniencia al director

CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR


Tijuana, Baja California a ____ mes de _____ del año 2022

Dra. Catalina Verdin Bravo

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"

Atentamente,



Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Director

20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutiérrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med* 2016; 16 (1): 14-19.
- 2) Quintero-Bohórquez F, Briceño-Arias C, Suárez-Pareja N. 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 el Hospital Bosa II Nivel ESE, Bogotá, D.C. *Salud Areandina* 2016; 15(2): 74-83.
- 3) Aguilar-Fleitas B. Etimología en medicina: un viaje al origen y sentido de las palabras. *Rev Urug Cardiol.* 2019; 34: 8-11.
- 4) Casanova-Saldarriaga, JF. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. *Horiz Med (Lima).* 2017; 17(3): 43–49.
- 5) Mejía-Estrada A, Romero-Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2017 [citado: 12 junio, 2021]; 39 (1): S832-842. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/3536>
- 6) Vijaykumar H, Krishna KR, Preeti S, Mahesh G. El enigma de la relación médico-paciente. *Indian J Soc Psychiatry.* 2019; 61 (4): 776-781.
- 7) Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía-Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017; 80 (2): 125-136.
- 8) Velázquez-Tamez LE. Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II. *Revi Conamed.* 2019; 24 (2): 64-72.
- 9) Pascacio-Vera GD, Ascencio-Zarazua GE, Cruz-León A, Guzmán-Priego GC. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 *Salud en Tabasco.* 2016; 22 (1-2): 23-31.
- 10) Hosseini-Marznaki Z, Tabari-Khomeiran R, Taheri-Ezbarami Z, Kazemnejad E. Adherence to treatment and its predictive factors among adults with type 2 diabetes in northern Iran. *Med J Nutrition Metab.* 2019; 12 (1): 45-59.
- 11) Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam.* 2016;23(2):43-47.

- 12) Rezaei M, Valiee S, Tahan M, Ebtekar F, Gheshlagh RG. Barriers of medication adherence in patients with type-2 diabetes: a pilot qualitative study. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019; 12: 589–599.
- 13) Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Analysis of the Impact of Disease Acceptance, Demographic, and Clinical Variables on Adherence to Treatment Recommendations in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 1-18.
- 14) Hernández I, Sarmiento N, Gonzalez I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, col. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Rev Metro Ciencia.* 2018; 26(1): 07-11.
- 15) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes care.* 2021; 44 (1): 15-33.
- 16) Dendup T, Feng X, Clingan S, Astell-Burt T. Environmental Risk Factors for Developing Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15 (1): 1-25.
- 17) Patil R, Gothankar J. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An urban perspective. *Indian Journal of Medical Sciences.* 2019; 71 (1): 16-21.
- 18) Artasensi A, Pedretti A, Vistoli G, Fumagalli L. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Multi-Target Drugs. *Molecules.* 2020; 25 (8): 1-20.
- 19) Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, et al. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2019; 127(1): 1-7.
- 20) Zheng Y, Ley S, Hu B. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol.* 2020; 14: 88-98.
- 21) Gallardo-Rincón H, Cantoral A, Arrieta A, Espinal C, Magnus MH, Palacios C, col. Review: Type 2 diabetes in Latin America and the Caribbean: Regional and country comparison on prevalence, trends, costs and expanded prevention. *Prim Care Diab.* 2020; 15 (2): 352-359.
- 22) Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México. 2020.
- 23) Bello-Chavolla OY, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Hernández-Ávila M. Epidemiology of diabetes mellitus in México. *Nutr Rev.* 2017; 75 (1):4-12

- 24) Peláez S, Lamontagne AJ, Collin J, Gauthier A, Grad RM, Blais L, et al. Patients perspective of barriers and facilitators to taking long-term controller medication for asthma: a novel taxonomy. *BMC pulmonary medicine*. 2015; 15 (1); 42.
- 25) Ruiz-Lurdury RA, Torres-Torres LI, Velandia-Novoa KL. Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Cienc Humanismo Salud*. 2017; 4 (1): 29-37.
- 26) Vargas-Sánchez CG, Toledo-Hernández A. 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.
- 27) Drossman A, Chang L, Deutsch J, Ford A, Halpert A, Kroenke K, et al. A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient–Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*. 2021; 161: 1670–1688.
- 28) Ramírez-García MC, Anlehu-Tello A, Rodríguez-León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horiz sanitario*. 2019; 18 (3): 383-392.
- 29) González-Rojas JM, Hamui-Sutton A, Rossi I, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA. *Rev. Conamed*. 2020; 25 (1): 23-33.
- 30) Fariño-Cortez J, Cercado-Mancero A, Vera-Loreti E, et al. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *Revista Espacios* 2018; 39 (32): 22.
- 31) Del Carmen-Sara J. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36 (2): 288-295.
- 32) Espinosa-Arroyo MD, Suarez-Cuenca JA, Canela-Mayoral JA, col. Impacto del grado de empatía en la relación médico-paciente en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev REDNUTRICIÓN*. 2022; 13(2): 959-963.
- 33) Pascasio-Vera GD, Ascencio-Zarazua GE, Cruz-Leon A, col. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *SALUD EN TABASCO*. 2016; 22 (1-2): 23-31.

- 34)Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutierrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med.* 2016; 16 (1): 14-19.
- 35)Farias-Vilchez BA, Bardales-Ruiz D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. *Acta Med Peru.* 2021;38(1):34-41.
- 36)Londoño KJ, Caicedo-Galindez J, Naranjo-Lerma E, col. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos de Jamundí (Valle), Colombia. *Revista Cubana de Farmacia.* 2020;53(2): 1-10.
- 37)D'Anello-Koch S, Barreat Y, Escalante G, col. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina.* 2009; 18 (1): 33-39.
- 38)Ramos-Rodriguez CC, Perales-Cabrera A. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Peru.* 2008; 1-39.
- 39)Rios-Alvarez M, Acevedo-Giles O, Gonzalez-Pedraza A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 2011; 19 (4): 149-153.