



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**“ASOCIACION ENTRE LA RELACION
MEDICO-PACIENTE Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES
MELLITUS EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO 2 EN UN CENTRO DE
SALUD TIPO B DE MANABI, ECUADOR”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA
EN DIABETES Y OBESIDAD
CON MENCIÓN EN MANEJO NUTRICIONAL**

VIVIANA ANNABELLE MACIAS MACIAS

LIMA - PERÚ

2022

ASESOR DE TESIS

ScD©, MSc, TM, JORGE LUIS MAGUIÑA QUISPE

Jurado Evaluador:

Presidente

Dra. Lucy Nelly Damas Casani

Vocal

Mg. Carolina Castrillon Liñan

Secretario (a)

Mg. Sonia Gisella Chia Gonzales

DEDICATORIA

A mi amado esposo e hijos
con mucho amor les dedico todo
el esfuerzo y sacrificios
realizados para la culminación
de este ansiado proyecto

AGRADECIMIENTO

Al ScD(c), MSc, TM, Jorge Luis Maguiña Quispe
por su asesoramiento permanente en los momentos
más difíciles vividos durante la pandemia del covid-19

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Esta tesis fue realizada con financiamiento propio

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

1	INTRODUCCIÓN	1
2	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	3
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	3
2.2	MARCO TEORICO:.....	4
2.3	HIPOTESIS.....	21
2.4	JUSTIFICACION.....	22
2.5	OBJETIVOS:	24
3	METODOLOGIA:	25
3.1	Diseño del estudio	25
3.2	Lugar de estudio	25
3.3	Población de estudio.....	25
3.4	Muestra y muestreo	25
3.5	Criterios de selección o elegibilidad:.....	26
3.6	Variables:	27
3.7	Instrumentos.....	27
3.8	Técnica y procedimientos de medición y recolección de información:	28
3.9	Plan de análisis	29
3.10	Aspectos éticos.....	29
4	RESULTADOS:.....	31
5	DISCUSIÓN	36
6	CONCLUSIONES	40
7	RECOMENDACIONES	41
8	BIBLIOGRAFIA:	43
9	ANEXOS	

Resumen

En el presente trabajo se analiza la asociación entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimiento acerca de la diabetes mellitus tipo 2. Se utilizan instrumentos como el cuestionario de preguntas de relación médico-paciente (CREM-P), la escala de conocimientos Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24) y un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos. Se trabajó con una muestra de 256 pacientes de la parroquia Calderón, Manabí, Ecuador. Los resultados del cuestionario CREM-P determinaron una representativa buena relación médico-paciente. El cuestionario DKQ 24 demuestra que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes en dicha comunidad no es destacable. Los resultados obtenidos, tabulados, analizados y discutidos concluyen que no existe una relación directa entre las variables: relación médico-paciente y el nivel de conocimiento acerca de la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo, se determinó que existen otros factores sociodemográficos como la edad, etapa de diagnóstico y escolaridad que si se relacionan con el nivel de conocimiento de los pacientes de dicha comunidad que padecen diabetes mellitus tipo 2.

Palabras clave: Asociación, relación médico-paciente, diabetes mellitus tipo 2.

Abstract:

The present study analyzes the association between the doctor-patient relationship and the level of knowledge about type 2 diabetes mellitus. It has been used instruments such as the physician-patient relationship questionnaire (CREM-P), the Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24), and a questionnaire for the collection of sociodemographic data. A sample of 256 patients from the parish of Calderón, Manabí, Ecuador, was used. The results of the CREM-P questionnaire determined an apparently good doctor-patient relationship. The DKQ 24 questionnaire shows that the level of knowledge about the disease among patients in this community is not prominent. The results obtained, tabulated, analyzed and discussed conclude that there is no direct relationship between the variables: doctor-patient relationship and the level of knowledge about type 2 diabetes mellitus; however, it was determined that there are other sociodemographic factors such as age, stage of diagnosis and schooling that are related to the level of knowledge of patients with type 2 diabetes mellitus in this community.

Key words: Association, doctor-patient relationship, type 2 diabetes mellitus.

1 INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), actualmente catalogadas y convertidas en un problema general de salud pública, por los niveles de sufrimiento ocasionados en quienes las padecen acompañadas de perjuicio socioeconómico existente a nivel local y mundial (1,2). Según datos estadísticos efectuados en el año 2014 determinaron que alrededor de 422 millones de personas adultas en la mayor parte del mundo padecían de diabetes, esto comparado a los 108 millones que tenían esta enfermedad en 1980. Como se aprecia en la comparación la diabetes se ha duplicado en ese periodo de tiempo, prevaleciendo según estimaciones por edades en una variación del 4,7% al 8,5% en la población adulta mundial. Esto por consiguiente refleja un incremento considerado de factores de riesgo conexos, entre los que sobresalen el sobrepeso y la obesidad (3). Es importante mencionar que durante la última década esta enfermedad ha aumentado de manera acelerada más que todo en países en vías de desarrollo, es decir donde los ingresos son de categoría baja y mediana (4). En Ecuador, se estimó que, de las 5 mil defunciones registradas durante el año 2012, el 68 % (3.800) fueron por causas de enfermedades no transmisibles, donde alrededor de las dos terceras partes (2.800) se dieron en sectores de bajo o mediano ingreso. Las principales defunciones se debieron a enfermedades de tipo cardiovascular, cancerígenas, pulmonares crónicas y obviamente por diabetes; patologías que pueden ser evitables siempre y cuando se realice un trabajo multisectorial que regule y promocióne temas de salud preventiva y dirigida (5).

Una de las maneras de mantener una perfecta relación médico-paciente es a través de la formación e información otorgada al paciente, la cual debe incentivar la prevención en salud ligada al tratamiento que debe realizarse (6). En este sentido, hay factores que tienen un papel principal y preponderante para que los pacientes sean o no participes de los tratamientos, entre estos factores se destaca principalmente la relación médico-paciente (7). Por esta razón, el proceder del médico ha sido y es resaltada por la amplitud de conocimiento sobre la enfermedad y la forma de tratarla; viéndose alterada cuando estos no otorgan información autentica a los pacientes, utilizando un lenguaje técnico de poco o nulo entendimiento en ellos, lo que genera dudas en la mayoría de los casos (8). En este panorama, es primordial la capacidad del médico para lograr mantener una adecuada y continua relación con el paciente, la cual es una condición fundamental que permite la rápida recuperación (9), recordando además que el paciente es una persona con autonomía y capacidad de decisión frente a esta problemática; esto va de la mano con la manera en que el paciente, el médico y demás personas que forman parte de la atención y tratamiento, maneja sus actitudes y sus conceptos (10). Es necesario entender bajo un diferente contexto la relación médico paciente, dejando a un lado el modelo tradicional de paternalismo al modelo deliberativo donde manejen un mismo tipo de información veraz, respetando derechos, que dejen explícitos los riesgos y beneficios, y definir y compartir responsabilidades (6,11,12).

2 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la asociación entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus que tienen los pacientes con diabetes tipo 2 en un centro de salud tipo B de Manabí, Portoviejo, Ecuador?

2.2 MARCO TEORICO:

3.2.1. Relación médico paciente:

La relación médico paciente, es entendida como una interacción de carácter comunicativa que en esencia permite, facilita y media todo lo que abarca el proceso diagnóstico, pronóstico y terapéutico, así como la transformación y desarrollo humano en todas sus dimensiones de la contraparte (paciente); todo esto como un resultado del aprendizaje teórico, vivencial y práctico (13).

Para alcanzar la utopía de la comunicación en la relación médico-paciente, se precisa no solamente de un intercambio de información sino también del establecimiento de una relación interpersonal con el paciente, esta relación interpersonal debe ahondarse en los principios básicos del proximismo y de la confianza, que, más allá del lenguaje técnico característico, fundamenta en la categorización humana. Para lo cual, el diálogo se define como un pilar fundamental que funciona como una interacción creativa de la que surgen elementos emocionales, sentimentales y conductuales que pueden dirigir, a nivel personal, el curso de la relación, los estados y acciones del paciente y en cuanto a la atención médica, el trascendente estado de salud de la persona (13).

Dentro del mutualismo intelectual que supone la relación médico-paciente, existen contrariedades que, aunque comúnmente se creen que son inevitables, como lo es la deshumanización, se emplean diversas medidas en el intento por contrarrestar la parte negativa y alcanzar la máxima calidad de atención para el paciente, como lo son: la empatía, la continuidad y estabilización de la relación, la idoneidad profesional, albedrío personal, conductual e intelectual y ausencia de conflictos de

intereses de todo tipo, entendidos también como la humanización, que se espera maduren y desarrollen con la experiencia clínica (13).

Por otro lado, la comunicación médico-paciente, que hace referencia directa como determinante de la relación, se entiende como un proceso de carácter investigativo que tiene como fundamento el método científico desde una perspectiva no solamente académica, sino también profesional, legal y social consolidado a través de la historia clínica, y por consiguiente, la entrevista clínica; que a su vez se define como un método investigativo propio del empirismo y que tiene como objetivo la sistematización de hechos acontecidos al momento del encuentro entre el médico y su paciente, el registro y memoria del suceso, análisis de la causa del problema, planteamiento de una hipótesis, su resolución y establecimiento del diagnóstico para poner en marcha el plan terapéutico (13).

Remontando a un pasado cercano, la relación médico-paciente se limitaba a un modelo paternalista, pero conforme la evolución se ha hecho presente, se ha optado por una relación más inclusiva, centrando su atención en el paciente, en la que se definen, conocen y exigen los valores del paciente, su persona y todo ámbito involucrado en su estado de salud (14).

Dentro de los aspectos relevantes de la relación profesional e interpersonal que el médico guarda con su paciente, es de vital importancia que incluya: el respeto proporcionado por la dignidad técnica que representa una profesión de alto perfil social, la expectativa de comportamiento acorde al nivel de responsabilidad, el papel como mediador en el proceso de prestación de un servicio vital como lo es el restablecimiento de la salud, alta disposición en aras del altruismo, meticulosidad

en cada acción para evitar potencialidades iatrogénicas(15); así como también es fundamental que el médico sea consciente de sus debilidades, nivel de conocimiento, carácter, temperamento y actuar frente a situaciones determinadas y cuando es necesaria una segunda opinión(15).

Así mismo, la decisión compartida que, es parte fundamental de la relación médico paciente representa una óptima moción, pues promovería el decrecimiento en el sobreuso de opciones no beneficiosamente relevantes e incrementaría el uso de opciones asociadas con beneficios, así como incluiría más activamente la participación de los pacientes ejercida como derecho y procuraría la sustentabilidad de la salud pública (16).

3.2.2 Nivel de conocimiento acerca de la diabetes

3.2.2.1 Definición

La palabra conocimiento es definida como una interacción entre una persona y el entorno que lo rodea, dentro del cual se presentan un conglomerado de representaciones sobre las que veracidad no es cuestionable. El conocimiento puede ser entendido desde varios puntos objetivos: si conocer es ver, el conocimiento es una contemplación, también como una asimilación, pues el conocimiento es nutrición o el conocimiento podría ser una creación, debido a que se engendra (17) (18).

Es también una construcción realizada por la persona, en base a lo que se amolda a su realidad y los elementos que la conforman y disponen, pero que puede sufrir modificaciones según el transcurso del tiempo. Además, es la habilidad del ser humano de recolectar experiencias a lo largo de su vida a manera de saber, y hacer

uso de estos en un momento determinado que lo amerite, para entender las contrariedades de su enfermedad, lo que supone que el individuo es un ente activo en la creación de conocimiento y no se arraiga a lo que el exterior le limita (18).

3.2.2.2 Nivel de conocimiento de los pacientes sobre la diabetes mellitus

El conocimiento es considerado como la manera más primordial, esencial y fundamental de combatir en la lucha contra la diabetes mellitus 2, ya que, la información obtenida es de beneficio para los pacientes a la hora de determinar sus riesgos y complicaciones, al incentivo de buscar atención médica y su tratamiento si el caso lo requiere y a tener más responsabilidad frente a su padecimiento. Por lo que en la diabetes mellitus, es de vital importancia que el paciente no solo conozca acerca de su patología, sino también del autocuidado requerido, ya que la capacidad que estos tengan para emplear este conocimiento en beneficio del control de su salud y de las complicaciones que la diabetes mellitus conlleve es crucial en el transcurso y evolución de su enfermedad (18).

En la diabetes mellitus, el conocimiento como herramienta para la efectividad en el control metabólico, presenta relación directamente proporcional con la información que el paciente, su entorno familiar y el plan estratégico en conjunto con el personal de salud (médico) posean. A pesar de esto, es necesaria la implementación de técnicas y estrategias para promover el conocimiento de la salud integral, así como sus factores de riesgos y complicaciones, además de la aplicación de protocolos de diagnóstico, manejo y tratamiento de pacientes con DM2 (18).

Diversos estudios resaltan que la participación del paciente y su entorno familiar, junto al tener un nivel de conocimiento sobre la diabetes caracterizado como bueno,

su práctica y gestión, influyen de manera sustancial en el manejo de la diabetes y su adherencia terapéutica. La aplicación pobre de las prácticas y la actitud de autocuidado es uno de los principales factores que adjudican condiciones negativas ante las complicaciones inherentes de la diabetes mellitus. Por lo cual, es fundamental tener un registro e identificación del nivel de conocimientos que los pacientes con diabetes poseen acerca de su enfermedad, y basado en esto, hacer hincapié en las estrategias educativas existentes, así como también, implementar medidas que promuevan el cuidado de la salud integral (18).

Si bien, la asociación entre el conocimiento acerca de la diabetes y comportamiento de los pacientes en la práctica de cuidados y autogestión puede ser significativa, existen otros factores como la tercera edad, enfermedades terminales adicionales o un nivel bajo de escolaridad que inciden en nuestra población e interfieren en la relación directa entre estas variables (19).

3.2.2.3 Conocimiento acerca de la diabetes y su correspondencia con la relación médico-paciente

Las consultas médicas radican en la colaboración, intercambio médico-paciente y el empoderamiento de estos; el sistema de salud y sus miembros tienen como deber asumir el trato a los seres humanos de manera íntegra como una necesidad, procurando que aspectos claves como la comunicación y el trato sean cumplidos debido a su influencia en el porcentaje de eficacia en el tratamiento terapéutico y su cumplimiento (20).

La diabetes y sus correspondientes tratamientos y complicaciones a menudo resultan en una vivencia traumática emocionalmente, lo que supone una fuente de

estrés que puede o no tener influencia en la evolución de la enfermedad. Sin embargo, el modo de enfrentamiento y la comunicación que los profesionales de la salud involucren, tendrán una correlación más directa con el grado de aceptación y las expectativas a futuro que los pacientes presentan (20).

Existen estudios que reflejan que la asociación entre las variables satisfacción en la relación médico-paciente y el control glucémico es nula, aún si el paciente presenta un nivel de conocimiento destacable, pero si una asociación con significancia estadística relacionando otras variables como sexo, grupos de edad, ocupación en el hogar; por lo cual se confirma un precedente en el que a pesar que la población estudiada determinó una buena relación con su médico, el control glucémico como parte del tratamiento era deficiente. Sin embargo, existen estudios con un enfoque distinto, como en el que se determina que existe una demanda por parte de pacientes que padecen diabetes hacia sus médicos en cuanto a la cercanía en su relación, lo que resultaría en una mejora en el manejo y enfrentamiento del trastorno, así como en el tratamiento (20).

Para lo cual, es vital que los profesionales de la salud promuevan ciertas actitudes y prácticas en el transcurso de la relación con sus pacientes, desde el diagnóstico, hasta su tratamiento; como lo es la escucha activa, interés por el paciente, actitudes abiertas y flexibles frente a preferencias y circunstancias individuales, el conocimiento sobre la repercusión de la enfermedad en el aspecto psicológico frente a un problema de salud (20).

Una comunicación efectiva sobre el diagnóstico y la información relacionada a la enfermedad así como un interés genuino en informarse sobre su padecimiento,

tomando en cuenta que el objetivo de comunicar una noticia es lograr la tranquilidad y alivio en mayor medida posible influye positivamente en la respuesta y actitud del paciente para con la diabetes, por lo que es recomendable que siempre se acompañen de opciones y alternativas adaptadas en orden de respetar la individualidad del paciente y su contexto, y evitar en primeras instancias adelantar las condiciones adversas de la enfermedad, dando pauta a los sentimientos y la respuesta emocional del paciente, ya que si se obtiene lo contrario, la transmisión del mensaje puede llegar a ser tener efectos contraproducentes como la negación y el bloqueo (20).

También se recomienda utilizar un lenguaje accesible y comprensible, asegurando una apertura a las preguntas y dudas que pueda tener el paciente, ya que la educación diabetológica es esencial para promover el compromiso del paciente con su tratamiento, lo que debe estar condicionada bajo un apoyo asistencial, que puede ser por vía telefónica o presencialmente, con el objetivo de lograr una mayor autonomía y participación, ya que la creencia de la autoeficacia, provee mejores expectativas en la calidad de vida (20).

Existen también estudios que determinan que una confrontación activa está relacionada con un mejor control de glucosa en la sangre, pero que también determinan que informar al paciente sus deberes, no es suficiente, entendiéndose que la responsabilidad en el tratamiento es conjunta, por lo que mejorar los cuidados y su evolución, así como promover una participación activa que aumente el conocimiento del paciente con su enfermedad (diabetes) , mejora el compromiso con el tratamiento, un compromiso con el tratamiento mejora la satisfacción en la relación médico-paciente (20).

3.2.3 Enfermedades crónicas no transmisibles:

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), se posicionan en la actualidad como la causa número 1 de mortalidad a nivel mundial, atribuyéndose un porcentaje mayor al 50%. Cuantitativamente hablando, 38 millones de personas fallecieron a causa de estos padecimientos en el año 2012 y aproximadamente tres cuartos de estas cifras tuvieron lugar en países de tercer mundo y países en vías de desarrollo. Como causas de mortalidad encontramos: las enfermedades cardiovasculares (17.5 millones de muertes, o 46.2% del total de las disfunciones de las ECNT), cáncer (8.2 millones, o 21.7% del total de las disfunciones de las ECNT), enfermedades respiratorias crónicas (4.0 millones, o 10% de las disfunciones de las ECNT) y diabetes (1.5 millones, o el 4% de las disfunciones de las ECNT) (21).

Acorde a datos revelados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) EN EL AÑO 2013, la principal causa de mortalidad en la republica del ecuador fue la diabetes mellitus (4695), seguida por enfermedades hipertensivas (4189) y enfermedades cerebrovasculares posicionándose en el puesto número 4 con (3567), cifras en referencia a la población de la fecha en el Ecuador de 15.774.749. En el preciso año se reportaron también 96.967 casos de diabetes y 189.820 casos de hipertensión arterial, concluyendo un alto número en tasas de incidencia de morbilidad y mortalidad (22,23).

Pacientes que padecen de alguna ECNT y cuentan con apoyo social, presentan una mejoría en cuanto a la respuesta del afrontamiento de la enfermedad, disminución de la ansiedad, aislamiento y depresión y un mayor control en los niveles de estrés

(24), por lo cual hace referencia o llamado a los gobiernos y autoridades a tomar iniciativa en la intervención del caso.

Por otro lado, 63.104 muertes fueron registradas en Ecuador en el año 2013, prevaleciendo como la causa principal de mortalidad la diabetes mellitus, seguida de otros padecimientos como lo son, enfermedades de la presión arterial, neumonía, enfermedades cerebrovasculares, accidentes de transporte, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías aéreas y algunas neoplasias malignas (22).

3.2.4. DIABETES MELLITUS:

Se entiende por Diabetes Mellitus a un grupo de afecciones caracterizados por anormalidades o alteraciones metabólicas en la secreción y acción de insulina, así como en la sensibilidad a la hormona, dando como resultado hiperglucemia crónica, acompañada también de anormalidades para metabolizar lípidos, proteínas y carbohidratos, lo cual es directamente asociado con afecciones crónicas en tejidos y órganos como ojos, nervios, vasos sanguíneos, corazón y riñones (25).

El diagnóstico de la diabetes mellitus puede establecerse mediante la comparación con una serie de parámetros: glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l en muestras obtenidas en cualquier momento e independiente de la ingesta de alimentos) y la presentación de síntomas como poliuria, pérdida injustificada de peso, polidipsia, característicos de la Diabetes Mellitus; glucemia en periodos de ayuna (GPA no ingesta en periodos menores a 8h) ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l); glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) valores referenciales de un tiempo

transcurrido de 2h después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG, qué, según la OMS debe realizarse con 75g de glucosa disuelta en agua) (26).

Para la clasificación de la Diabetes Mellitus ya no se emplean los términos insulino-dependientes-no insulino-dependientes, sino que la característica en las que difieren los distintos tipos, se limitan a Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, aunque existen además otros tipos asociados a anormalidades en las células β , de carácter genético, anormalidades en la fisiología de la insulina, acción de fármacos, endocrinopatías, etc (26).

3.2.4.1. Diabetes mellitus tipo 1:

La destrucción de las beta-células del páncreas y por consiguiente la deficiencia de la insulina parcial o totalmente, es comprendida dentro del concepto de Diabetes mellitus tipo 1 (24). Lo cual se deriva en la acumulación de glucosa en la sangre produciendo hiperglucemia y obsoletismo metabólico en las célula (28,29). El proceso de afección o destrucción celular puede tomar meses o años, pero la patología presenta su aparición clínica cuando quede un remanente de tejido indemne de 10 o 20%, dónde existe la posibilidad de que se mantenga cierta funcionalidad residual de las beta células presentes en los islotes de Langerhans, lo cual permite la correcta regulación metabólica. Este padecimiento puede surgir indistintamente de la edad de la persona, pero tiene una notoria tasa de incidencia entre los ochos y doce años, sin distinción de género o estrato social (30).

Durante el proceso de destrucción se constituye un periodo preclínico sin duración específica, donde el paciente generalmente no presenta síntomas, pero cuando los valores cuantitativos de células productoras de insulina llegan a niveles críticos, se

procede a la respectiva sintomatología caracterizada por: poliuria. Polifagia, polidipsia, pérdida considerable de peso y tendencia a la cetosis (27).

Como toda enfermedad autoinmune, los desencadenantes pueden ser bien factores genéticos poco conocidos o factores ambientales (fragmentos de proteínas en la leche de vaca, virus tipo coxsackie, etc.) (27).

Por otro lado, también existe la diabetes tipo 1B o idiopática, la cual se define como una afección caracterizada por propensión a la cetosis, insulinopenia inicial fluctuante o fulminante (depende de características demográficas de la población), sin contar con el factor de autoinmunidad o haplotipos (27).

3.2.4.2 Diabetes mellitus tipo 2:

3.2.4.2.1. Generalidades:

Es el subtipo de diabetes más frecuente, con una incidencia del 90% de total de casos. La causa específica no está del todo establecida, pero es de conocimiento general, que puede derivarse de dos procesos: la alteración de las beta-células del páncreas lo cual interfiere en la secreción normal de insulina o el aumento de resistencia a la hormona en células específicas, tales como células del tejido hepático, muscular o adiposo, pudiéndose estar ambos procesos relacionados entre sí (31).

Factores medioambientales pueden también tener una influencia importante, debido a que la naturaleza de la enfermedad se considera poligénica y multifactorial (32).

La condición variable de insulinodependencia también actúa como un factor condicionante en la enfermedad, pues mientras se conserve la capacidad de

secreción, el paciente no será propio de esta, pero con el transcurso del tiempo y el aumento de la reducción fisiológica del páncreas, se ocasiona la dependencia a la insulina (27).

Es común también que la enfermedad se presente en adultos a partir de los cuarenta años, debido a que la acumulación de tejido adiposo en la región abdominal, sumado a un estilo de vida sedentario son factores de riesgo preponderantes para la diabetes mellitus tipo 2, pero no es del todo exclusivo pues cada vez es más habitual el diagnóstico en infantes y jóvenes adultos. La progresión de la enfermedad puede ir desde niveles altos de glucemia en sangre después de la ingesta calórica alta, hasta la alteración de la glucemia en sangre sin ingesta en lo absoluto (32).

Los factores genéticos también son considerados relevantes, pues existe una amplia probabilidad de incidencia dentro del círculo familiar (32).

3.2.4.2.2. Factores de riesgo

Dentro de las potenciales causas para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, predominan dos sub-clasificaciones: los factores de riesgos modificables, entendidos como aquellos que guardan dependencia del ritmo de vida del individuo, su alimentación, consumo de sustancias etílicas y narcóticas, consumo de grasas saturadas y alimentos transgénicos, sal, niveles de actividad física; y los factores de riesgo no modificables, entendidos como aquellos presentes en la vida de la persona desde su concepción, pero que se modifican durante la vida de hasta alcanzar su máxima expresión en la vida adulta: edad, sexo, raza y factores genéticos (33).

Según lo demuestran diversos estudios, tanto los factores de riesgos modificables como los no modificables, influyen en la tendencia y propensión al desarrollo de la

enfermedad, por ejemplo, el sedentarismo presente en conjunto con la tendencia a una dieta alta en grasas saturadas e hidratos de carbono, se deriva en otras afecciones como la obesidad que subsecuentemente provoca la resistencia a la hormona insulina (34), así como anomalías durante el crecimiento fetal y bajo peso al nacer también se encuentran relacionados al desarrollo neuroendocrino y a una mayor prevalencia de la enfermedad (34).

3.2.4.2.3. Diagnóstico

Aunque la diabetes mellitus tipo 2 ciertamente puede no presentarse con manifestaciones clínicas, a excepción de la hiperglucemia, también puede hacerlo en adición de síntomas como: polifagia, poliuria, polidipsia, dislipidemia, hipertensión o cuadros de hipertensión (30).

Llegando al extremo, también puede venir acompañada de sus respectivas complicaciones como lo son: cardiopatías isquémicas, neuro y retinopatías o accidentes cerebro vasculares; en dependencia de los síntomas manifestados existen diversos métodos por los cuales se puede hacer diagnóstico de la enfermedad:

1. Medición de glucemia en sangre, independiente del tiempo e ingesta calórica previa, si los valores son igual o mayores a 200mg/dl en conjunto con los síntomas característicos, se confirma el diagnóstico (30).
2. Medición de glucemia plasmática basal mínimo 8 horas antes de cualquier ingesta calórica, si los valores son iguales o mayores a 126mg/dl, se confirma el diagnóstico (30).
3. . Medición de glucemia en sangres en un periodo posterior a 2 horas desde una ingesta oral de 75 gr de glucosa disuelta en agua, si los valores son

iguales o mayores a 200mg/dl, se confirma el diagnóstico. Se tiene que tomar en cuenta que la medición de glucemia plasmática basal y medición de glucemia en sangre posterior a la ingesta de 75gr de glucosa, no se pueden realizar el mismo día (30).

4. . Medición de hemoglobina glicosilada A1C, si los valores son iguales o mayores a 6.5%, se confirma el diagnóstico (32).

La medición de la hemoglobina glicosilada y la determinación de los valores, debe ser regulada bajo un método certificado por el Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina de Estados Unidos y regirse a los estándares del Estudio Control y Complicaciones de la Diabetes para reducir las fluctuaciones en los resultados de laboratorio, por lo cual, bajo las debidas regulaciones, prueba HbA1c amplía su rango de uso para tamizaje y diagnóstico (35).

Además, existen estadios intermedios entre la homeostasis alterada de la glucemia y un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: glucemia basal alterada en la cual los valores de glucemia basal están en un rango entre 110-125mg/dl y no llegan a ser considerados pues son inferiores a 126mg/dl e intolerancia a la glucosa; estadio en el cual los valores de glucemia plasmática basal bordean entre 140-199mg/dl 2 horas después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), pero tampoco son considerados pues no llegan a 200mg/dl (31).

3.2.4.2.4. Tratamiento

Además del terapia farmacológica, se debe acompañar el tratamiento con un cambio en el estilo de vida del paciente, y en cada aspecto de su vida relevante, como lo es la alimentación, actividad física y regulación de la ingesta calórica así como de

grasas transgénicas y saturadas, y educación diabetológica; todo esto a manera de prevención de complicaciones propias de la enfermedad como lo son: comas diabéticos, gangrenas en miembros, pues así se procurará brindarle al paciente toda la información relevante para la comprensión y seguimiento de su enfermedad (31).

En algunos casos la dieta puede constituir el único tratamiento requerido para tratar la enfermedad teniendo como objetivo la normalización cuantitativa de glucemia en sangre y sus fluctuaciones, mantenimiento de un peso adecuado y, esta radica su importancia en las posibles complicaciones existentes de no regularse correctamente: cetoacidosis, hiperglicemia, etc (31).

Otro factor importante dentro de la terapia no farmacológica de la diabetes tipo 2 es la actividad física, en específico el ejercicio aeróbico pues este reduce la desensibilización a la insulina y disminuye los valores de glucemia basal, reduce la aparición de otros factores de riesgo de la enfermedad como la obesidad y sobrepeso, reducción de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad, y aumenta las de alta densidad y disminuye los niveles altos de presión arterial. Este debe realizarse con moderación, o existe el riesgo de consecuencias contraproducentes, como la hipoglucemia (31).

Si no existe mejoría significativa después de 2-4 meses con la dieta, actividad física y la educación diabetológica, se recomienda la terapia farmacológica con antidiabéticos de suministro oral, pero este solo conserva su eficacia en casos en los que exista un remanente fisiológico de las beta-células del páncreas, de no ser así, el tratamiento con fármacos puede tornarse inadecuado (31).

3.2.5. Valores estadísticos sobre pacientes con diabetes en Ecuador:

El Instituto Nacional de Estadística y Censos, reportó en 2014 a la diabetes mellitus como la segunda causa de mortalidad general en el Ecuador, primera causa de mortalidad femenina y tercera causa de mortalidad masculina (36).

En el Ecuador, el porcentaje de prevalencia de la enfermedad en una selecta población de 10-59 años es de 2.75%, remarcado el hecho de que dicho valor aumenta durante la tercera década de vida hasta en un 10.3%, sigue aumentando para cuando se alcanza la sexta década de vida en un 12.3% y finalmente se establece en valores aproximados de 15.2% entre los 60-64 años (37).

En el país, se puede constatar un aumento importante en las cifras de mortalidad del último lustro, como consecuencia de la diabetes mellitus tipo 2, sumando en total 4895 defunciones en el 2017 y con potencial de incremento debido a factores de riesgos. En Ecuador y el mundo, la arterosclerosis es la causa número 1 de mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, llegando a 16.000.000 por año en el mundo (38).

Por otro lado, las cifras de mortalidad a causa de la diabetes mellitus en una población de entre 20 y 79 años es del 29.18%. En el año 2017 4895 defunciones tuvieron lugar en el Ecuador, donde 2289 fueron hombres y 2606 fueron mujeres, de los cuales la diabetes mellitus tipo 2 representa el 90.3% del total de casos (39).

3.2.6. Factores que afectan el nivel del de conocimiento de pacientes sobre sus enfermedades:

Entre los factores sociodemográficos influyentes tanto en la progresión de la enfermedad como en el conocimiento de esta, el nivel económico y cultural,

predominantemente en áreas rurales es de vital importancia, pues estas regiones tienen una importante desventaja en el conocimiento y práctica de cultura sanitaria correcta, así como una también lo es la presencia de creencias y prácticas religiosas (40).

Especialmente en países tercermundistas, poblaciones rurales presentan también afectaciones en el grado de escolaridad y la atención sanitaria comparadas con sectores urbanos que tienen a disposición mejores recursos educativos, culturales, estructurales para la atención médica (41).

Los niveles socioeconómicos poblacionales de categoría media, media-baja, baja e incluso llegando a la pobreza extrema, está relacionado con un grado de escolaridad baja (analfabetismo y educación primaria inconclusa), predominando la tendencia a acudir a tradiciones ancestrales y políticas culturales para el manejo de enfermedades, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad indistinto del nivel de conocimiento sobre la enfermedad adquirido (40).

La mayor prevalencia en mujeres en estudios también refleja al género como un factor influyente pues nos da una idea del nivel de responsabilidad frente a la salud propia de los varones en comparación a las mujeres, derivando en el aumento en riesgo de complicaciones de la enfermedad, al subestimar por falta de conocimiento o por falta de responsabilidad ante este, la importancia de la dieta, actividad física y educación diabetológica (40,41).

2.3 HIPOTESIS

Una buena relación médico-paciente permite un mejor nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes tipo 2 sobre su enfermedad.

2.4 JUSTIFICACION

En Ecuador, la diabetes afecta a su población con tasas cada vez más elevadas, esto según la encuesta ENSANUT del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC (40), donde las afecciones de diabetes en las edades comprendidas entre 10 a 59 años es de 1.7%, la cual sube a partir de los 30 años de edad, hasta llegar a los 50, donde uno de diez ecuatorianos es poseedor de diabetes. Teniendo en cuenta los 4 factores de riesgo que tienen relación con las enfermedades no transmisibles: alimentación no saludable, inactividad física, consumo alcohol y cigarrillos (3).

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas(4), la diabetes mellitus la más habitual y en la mayoría de pacientes trae como consecuencia múltiples complicaciones(44), debido al desconocimiento, mala información o poca importancia dada por estos a la enfermedad; bajo este contexto es relevante realizar el presente trabajo de investigación, el cual permitirá medir los niveles de conocimiento que tienen los pacientes del centro de salud de Calderón, con la finalidad de realizar una intervención oportuna en la consulta médica y a su vez reforzar conocimientos obtenidos previamente, elaborando estrategias, planes, programas y proyectos de educación dirigidos al paciente y su círculo familiar respecto a los cuidados en el hogar que ayuden a prevenir las dificultades, y de esta manera permitir la adopción de estilos de vida saludables en pro de la mejoría en la vida de los pacientes diabéticos(45).

La relación médico-paciente

De la misma manera que la relación médico-paciente positiva cuenta con las potencialidades de ayuda interpersonal referidas y con otros efectos favorables derivados del reforzamiento de la seguridad del paciente (estabilidad del sistema inmune y la tensión arterial, aceleración de la cicatrización, entre otros), la relación médico-paciente negativa cuenta con iguales potencialidades, pero en sentido inverso, las que posibilitarían la comisión de iatrogenia.

Bajo este contexto es preponderante la aplicación de metodologías que permitan tener un clara realidad de los conocimientos que las personas con diabetes tienen sobre la enfermedad y su tratamiento(8,11), por esta razón la presente investigación estará enfocada en conocer la actual relación médico-paciente; determinar las características socio-demográficas y clínicas de la población que forma parte del estudio; obtener una base de datos que permita manejar cifras y estadísticas reales que sirvan también para que los organismos competentes en área de salud y otros relacionados puedan tomar como base para implementar las acciones que se consideren necesarias dentro de sus políticas públicas; y, finalmente valorar otro tipo de factores relacionados con los niveles de conocimiento acerca de la diabetes mellitus.

2.5 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la asociación entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2 en un centro de salud tipo B de la parroquia Calderón del cantón Portoviejo, Manabí, Ecuador.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población en estudio.
- Evaluar el grado la relación médico-paciente en pacientes con diabetes tipo 2.
- Evaluar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2.
- Explorar la relación de otros factores sociodemográficos y clínicos con el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus.

3 METODOLOGIA:

3.1 Diseño del estudio

Se ejecutó un estudio observacional transversal analítico de tipo prospectivo.

3.2 Lugar de estudio

El estudio e investigación se realizó en el centro de salud de Calderón de la zona rural del Distrito 13D01 de la provincia de Manabí. La parroquia consta de una superficie de 123,8 km², con una población de 14.164 habitantes conformado por 7.204 hombres y 6.960 mujeres. Las comunidades pertenecientes a la parroquia Calderón y que son objeto de estudio serán: Miguelillo, El Jobo, Quebrada de Guillén, La Balsa, Bijahual, El Hormiguero, Florestal, Maconta, Pimpiguasi.

3.3 Población de estudio

La población de estudio fueron todos los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en el centro de salud de Calderón en el periodo de julio a diciembre del 2019.

3.4 Muestra y muestreo

El presente estudio incluye a todos los pacientes diabéticos tipo 2 que se atienden en el centro de salud de Calderón del distrito 13D01, y mediante muestreo por conveniencia, se determinó un total de 500 pacientes en un periodo de seis meses; tomando en consideración la literatura previa que reporta un percentil 60/40 en cuanto a la buena y mala relación médico paciente respectivamente y el nivel bueno de conocimientos acerca de la

diabetes mellitus tipo 2, se calculó el tamaño de muestra del estudio equivalente a 230 pacientes, mínimo. Sin embargo, asumiendo pérdidas, por datos incompletos o mal llenados del 10%, el número total de sujetos es: **256 pacientes**

Tamaño muestral: transversal, de cohorte, y ensayo clínico			
Nivel de significación de dos lados(1-alpha)			95
Potencia (1-beta,% probabilidad de detección)			80
Razón de tamaño de la muestra, Expuesto/No Expuesto			2.3
Porcentaje de No Expuestos positivos			40
Porcentaje de Expuestos positivos			60
Odds Ratio:			2.3
Razón de riesgo/prevalencia			1.5
Diferencia riesgo/prevalencia			20
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Expuestos	70	70	77
Tamaño de la muestra- No expuestos	161	160	176
Tamaño total de la muestra	231	230	253
Referencias			
Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15			
Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19			
CC= corrección de continuidad			

3.5 Criterios de selección o elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus 2
- Pacientes que estén dentro del rango de edad de 30 a 70 años
- Personas o pacientes que deseen formar parte del estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus 1
- Pacientes que no vivan en la parroquia Abdón Calderón
- Pacientes analfabetas

Criterio de eliminación:

- Pacientes que se excusen de participar en el estudio durante su ejecución.

3.6 Variables:

- Variable independiente: Relación médico-paciente.
- Variable dependiente: nivel de conocimiento.
- Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO	FUENTE
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE VARIABLE INDEPENDIENTE	CARACTERÍSTICAS QUE PROMUEVEN LA INTERACCIÓN ENTRE MÉDICO-PACIENTE	CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS	CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS	EDAD	<50	ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	PACIENTES DIABÉTICOS
					50-59		
					>60		
				SEXO	FEMENINO		
				MASCULINO			
			CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	ETNIA	BLANCO		
					MESTIZO		
					MONTUBIO		
			CARACTERÍSTICAS CULTURALES	NIVEL DE ESCOLARIDAD	INDÍGENA		
		AFRODESCENDIENTE					
		OTRO					
		PRIMARIA INCOMPLETA					
PRIMARIA							
SECUNDARIA INCOMPLETA							
AÑOS DE ENFERMEDAD	<11						
	11-20.						
	>20						
SASTIFICACION	RELACION MÉDICO PACIENTE	RELACION MÉDICO PACIENTE	EXCELENTE	CUESTIONARIO RELACION MEDICO-PACIENTE (CREM-P)	PACIENTES DIABÉTICOS		
			MUY BUENA				
			BUENA				
			REGULAR				
NIVEL DE CONOCIMIENTO VARIABLE DEPENDIENTE	CONJUNTO DE INFORMACIÓN ALMACENADA POR LA EXPERIENCIA O EL APRENDIZAJE	CONOCIMIENTO	NIVEL DE CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO	NIVEL SUFICIENTE	Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)	PACIENTE DIABÉTICO
					NIVEL NECESARIO		
					NIVEL INSUFICIENTE		

3.7 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron son: la versión española del cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P) (46), Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24) (47), que fueron aplicados en base a las

variables de estudio y analizados con los programas estadísticos respectivos.

3.8 Técnica y procedimientos de medición y recolección de información:

Primero mediante una ficha de recolección de datos se registrarán las características sociodemográficas de los pacientes (ANEXOS).

Se aplicación de 2 cuestionarios: el primero Diabetes Knowledge Questionnaire 24 adaptado y validado al español por The Starr County Diabetes Education Study, el cual consta de 24 preguntas, de fácil aplicación y que posee un margen de confiabilidad de 0.78, validada para su uso en la población de habla hispana(44); el segundo cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ), instrumento internacional adaptado al idioma español y validado de manera psicométrica del cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P), mismo que está conformado por 13 ítems, siendo también fiable y de fácil ejecución e implementación(46).

Para la recolección de datos se realiza inducción del cuestionario DKQ24 y del cuestionario CREM-P a 2 enfermeras de planta de la unidad de salud; durante la reunión mensual de los pacientes en el centro de salud de Calderón se aplican los cuestionarios a la población de estudio.

El personal de enfermería a cargo les indica:

- Primero llenar cuestionario de recolección de datos sociodemográficos

- Segundo responder cuestionario DKQ24 leyendo la pregunta y marcar con una X la respuesta: SI, NO o NOSE.
- Tercero responder el cuestionario CREM-P, leer cada pregunta y marcar con una X la siguiente escala: NADA APROPIADO, ALGO APROPIADO, APROPIADO, BASTANTE APROPIADO y MUY APROPIADO.

3.9 Plan de análisis.

La información recopilada, precedida bajo los métodos y procedimientos de medición, se determinaron mediante tabulaciones en tablas estadísticas. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico Stata 14.2. Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias absolutas, análisis de frecuencias relativas, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, un análisis bivariado empleando las pruebas Chi-cuadrado y T de Student o U-Mann-Wihtney. Finalmente, para evaluar el nivel de asociación se calcularon las razones de prevalencias (RP) para lo cual se utilizó un modelo lineal generalizado con familia *poisson* y función de enlace *log*.

3.10 Aspectos éticos.

El estudio se realizó con previo consentimiento de las autoridades Distrito de salud 13D01 y de los sujetos en estudio los pacientes con diabetes tipo 2. Por ser un estudio observacional analítico, se rige por los principios y

lineamientos de la Declaración de Helsinki ya que existe un riesgo mínimo para los participantes.

El presente estudio fue evaluado por el COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El formato de consentimiento informado explicó el propósito del estudio, los procedimientos realizados, los beneficios que traerá su ejecución, la confidencialidad de la información y la posibilidad de retirarse del estudio cuando el participante crea conveniente sin repercusión alguna. Los resultados de la investigación permanecerán almacenados en base de datos por 5 años, al concluir este tiempo serán descartados.

Confidencialidad: La información de los participantes se registró mediante códigos, no se utilizó nombres propios. De ser publicado el estudio o investigación no se mostrará ninguna información que permita la identificación del participante del mismo. Los participantes después del llenado de los cuestionarios recibirán una charla educativa y entrega de un tríptico informativo y validado sobre la enfermedad.

4 RESULTADOS

La tabla 1 indica las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2. Un total de 256 participantes que reciben atención médica en el centro de salud tipo B de Calderón de los cuales del 100% el 46.01% fueron hombres y el 53,9 % mujeres, entre las edades de los participantes que va que desde los 30 a más de 70 años se agrupa en tres rangos donde del 100% corresponde <50 años 24,61 %, 50 a 59 años el 33,98 % y >60 años 41,41%. En lo que se refiere a la escolaridad: primaria incompleta 26,17%, primaria 40,62 %, secundaria incompleta 22,66%, Secundaria 10,55%, de los participantes ninguno llego a obtener un grado universitario. Teniendo en cuenta los años con diagnóstico de diabetes tipo 2 tenemos que del 100% corresponde <11 año 40,62%, 11 – 20 años 40,62%, >20 18,76%.

Tabla 1: Características sociodemográficas de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el centro de salud Calderón tipo B de Manabí, en el periodo de enero a abril del 2020. (n 256)

Características	N	%
Sexo		
Hombre	118	46.1
Mujer	138	53.9
Edad		
<50	63	24,61
50 – 59	87	33,98
>60	106	41,41
Escolaridad		
Primaria incompleta	67	26,17
Primaria	104	40,62
Secundaria incompleta	58	22,66
Secundaria	27	10,55
Años con la enfermedad		
<11	104	40,62

	11 – 20	104	40,62
	>20	48	18,76

La tabla 2 muestra los factores asociados al conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad.

En la asociación de la variable conocimiento con el sexo, edad, escolaridad, años de enfermedad y con el CREM-P tenemos: según sexo del 100% que respondieron correctamente de 12 a 18 preguntas el 60,17% de los hombres predominó en comparación al 55,07% de mujeres con un nivel de conocimiento necesario ; según la edad, se puede apreciar que en correspondencia con un aumento de la edad desde los parámetros: menores de 50 años, rango de 50-59 años y mayores de 60, existe un aumento porcentual en el nivel de desconocimiento. La escolaridad también se evidenció como un factor esencial e influyente sobre el conocimiento de su enfermedad. Dentro de la categorización en terciles bajo, medio y alto, según el CREM-P, la asociación entre la variable relación médico-paciente y el conocimiento denota resultados de 67.82 %, 55.1%, 47.89% de conocimientos, en base a un percentil 100%, respectivamente.

Tabla 2: Factores asociados a conocimiento sobre diabetes en pacientes atendidos en el centro de salud Calderón en el periodo de enero a abril 2020. (n 256)

Características	Nivel de conocimiento				Valor p
	Insuficiente		Necesario		
	n	%	n	%	
Sexo					0.411
Hombre	47	39,83	71	60,17	
Mujer	62	44,93	76	55,07	
Edad					0.564
<50	24	38,09	39	61,91	
50 – 59	36	41,38	51	58,62	
>60	49	46,23	57	53,77	

Escolaridad					0,633
Primaria incompleta	33	49,25	34	50,75	
Primaria	41	39,42	63	60,57	
Secundaria incompleta	24	41,38	34	58,62	
Secundaria	11	40,74	16	59,56	
Años con la enfermedad					0,318
<11	39	37,5	65	62,5	
11 – 20	46	44,23	58	55,77	
>20	24	50	24	50	
RMP					0,035
Bajo	28	32,18	59	67,82	
Medio	44	44,9	54	55,1	
Alto	37	52,11	34	47,89	

RMP. Relación médico-paciente

En la tabla 3 se describe la distribución de cada una de las 13 preguntas con su media y desviación estándar y el puntaje de 1 (nada apropiado) hasta 5 (muy apropiado)

Tabla 3: Distribución de respuestas del cuestionario CREM-P						
		Escala de Likert				
		Nada apropiado	algo apropiado	Apropiado	Bastante apropiado	Muy apropiado
Pregunta	Media (DE)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Mi médico me entiende	3.4 (1.34)	34 (13.3)	35 (13.7)	39 (15.2)	85 (33.2)	63 (24.6)
2. Confió en mi médico	3.6 (1.19)	23 (8.9)	19 (7.4)	50 (19.5)	98 (38.2)	66 (25.7)
3. Mi médico se esfuerza en ayudarme	3.2 (1.65)	41 (16)	46 (17.9)	33 (12.8)	89 (34.7)	47 (18.3)
4. Puedo hablar con mi médico	3.6 (1.24)	20 (7.8)	34 (13.2)	45 (17.5)	85 (33.2)	72 (28,1)
5. Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico	3.6 (1.11)	15 (5.8)	25 (9.7)	65 (25.3)	97 (36.3)	58 (22,6)
6. Mi médico me ayuda	3.4 (1.18)	25 (9.7)	26 (10.1)	64 (25)	94 (36.7)	47 (18.3)
7. Mi médico me dedica suficiente tiempo	3.2 (1.32)	34 (13.2)	39 (15.2)	62 (24.2)	63 (24.6)	58 (22.6)
8. El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando	3.8 (1.14)	12 (4.6)	25 (9.7)	35 (13.6)	89 (34.7)	95 (37.1)
9. Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas	3.5 (1.35)	29 (11.3)	38 (14.8)	28 (10.9)	84 (32.8)	77 (30)
10. Encuentro a mi médico muy accesible	2.9 (1.42)	50 (19.5)	60 (23.4)	47 (18.3)	46 (17.9)	53 (20.7)

11. Gracias a mi médico me encuentro mejor	3.3 (1.35)	33 (12.8)	40 (15.6)	48 (18.7)	69 (26.9)	66 (25.7)
12. Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud	3.4 (1.37)	36 (14)	33 (12.8)	24 (9.3)	94 (36.7)	69 (26.9)
13. Ahora control mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)	3.3 (1.24)	41 (16)	14 (5.4)	47 (18.3)	123 (48)	31 (12.1)

Tabla 4 se describe la distribución de cada una de las 24 preguntas con su porcentaje según sea la respuesta correcta, incorrecta o que marcara que no sabe.

Sobre conocimientos básicos de la enfermedad tenemos las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 donde se observa que en la pregunta 6 del 100% un 83.53 % respondió de forma correcta, La pregunta 7 del 100% el 71.9 % respondió de forma correcta. La pregunta 8 del 100% un 75.78% respondió de forma correcta.

Sobre conocimiento del control de la Glucemia tenemos las preguntas 11, 12, 13, 14, 15 ,16 y 17 donde se observa que la pregunta 11 del 100% un 84.77% respondió de forma correcta, la pregunta 14 del 100% un 57.81% respondió de forma correcta, la pregunta 15 del 100% el 71,48% respondió de forma correcta. La pregunta 16 del 100% el 74.61 % respondió de forma correcta.

Sobre conocimientos de las complicaciones de la enfermedad tenemos las preguntas 18 ,19, 20, 21, 22, 23 y 24 donde observa que las respuestas fueron incorrectas o respondieron que NO SÉ en su mayor porcentaje.

Pregunta	Incorrecto		Correcto		No sabe	
	n	%	n	%	n	%
1. El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes	58	22.66	105	41.02	93	36.33
2. La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo	82	32.03	79	30.86	95	37.11
3. La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina	72	28.13	53	20.70	131	51.17
4. Los riñones producen la insulina	110	42.97	134	52.34	12	4.69
5. En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube	109	42.58	134	52.34	4	1.56
6. Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos	42	16.41	214	83.59		
7. Se puede curar la diabetes	64	25	182	71.09	10	3.91
8. Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto	62	24.22	194	75.78		
9. La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina	72	28.13	173	67.58	11	4.30
10. El ejercicio regular aumenta la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes	76	29.69	124	48.44	56	21.88
11. Hay dos tipos principales de diabetes: tipo 1(dependiente de insulina) y tipo 2(no-dependiente de insulina)	31	12.11	217	84.77	8	3.13
12. Una reacción de insulina es causada por mucha comida	117	45.70	124	48.44	15	5.86
13. La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar la diabetes	121	47.27	122	47.66	13	5.08
14. La diabetes frecuentemente causa mala circulación	92	35.94	148	57.81	16	6.25
15. Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabetes	64	25	183	71.48	9	3.52
16. Los diabético deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies	60	23.44	191	74.61	5	1.95
17. Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol	172	67.19	74	28.91	10	3.91
18. La manera que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.	94	36.72	111	43.36	51	19.92
19. La diabetes puede dañar mis riñones	99	38.67	84	32.81	73	28.52
20. La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies	102	39.84	85	33.20	69	26.95
21. El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre	85	33.20	78	30.47	93	36.33
22.El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre	99	38.67	96	37.50	61	23.83
23. Los calcetines y las elásticas apretadas no son malos para los diabéticos	115	44.92	85	33.20	56	21.88
24. Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales	126	49.22	74	28.91	56	21.88

5 DISCUSIÓN

Dentro del objetivo general, previamente planteado en la investigación, que incluía la evaluación de la asociación, entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2 aplicado a un centro de salud en la parroquia Calderón, Portoviejo, Ecuador; se pudo efectivizar la correcta asociación de variables y su relación. Para fines académicos, se centrará la discusión tanto en los aspectos más relevantes que han sido extraídos de los resultados obtenidos del estudio, como en la comparación de punto específicos con otros elementos en los que sea posible contrastar nuestros resultados y evidencias, así como también, la respectiva relación con la hipótesis anteriormente planteada.

Dentro de los resultados del estudio, es de vital importancia destacar que, dentro de las características sociodemográficas de la población estudiada, se refiere un porcentaje ligeramente mayor de pacientes femeninas que masculinos, siendo este 53,9% con comparado al 46.01% de pacientes masculinos, datos que, aunque cuantitativamente varía con Ríos-Álvarez. (50) en su artículo “satisfacción de la relación-medico paciente su asociación entre el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2” que expresa un porcentaje mayor de población femenina en el estudio siendo un 41.9% de pacientes masculinos y 58.1% de pacientes femeninas, y con un estudio de carácter transversal analítico acerca de la evaluación en el nivel de conocimiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un hospital de Lima publicado en AMP Peruana. (51) en el cual el 63.3% fueron mujeres y 36.7% hombres, desvela cierto patrón que evidencia aspectos, como una preocupación mayor en la salud propia por parte de pacientes femeninas, o evidencia de que la

diabetes mellitus tipo 2, por diversos factores, tiene una incidencia más significativa en mujeres que en hombres.

De un total de 256 participantes, que se pueden agrupar en rangos primarios de edad de <50, 50-59 años y >60 años, en cuestión a factores puntuales, el 26.17% de los pacientes refiere no haber concluido el nivel primario de escolaridad, lo cual, dentro de los parámetros establecidos influye en los resultados del estudio y el proceso de verificación de la hipótesis. Erika López en su publicación “Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes con baja o nula escolaridad” (54) destaca la existencia de una relación directamente proporcional entre el porcentaje de analfabetismo y las limitaciones en el conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento, que, aplicado al estudio en cuestión, denota importancia puesto que solo el 10.55% de los participantes, pudo alcanzar un grado de escolaridad secundaria.

En la asociación de la variable conocimiento con el sexo, edad, escolaridad, años de enfermedad y con el CREM-P tenemos: según sexo del 100% que respondieron correctamente de 12 a 18 preguntas el 60,17% de los hombres predominó en comparación al 55.07% de mujeres con un nivel de conocimiento necesario, lo cual no se corresponde con el estudio descriptivo sobre nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de Vicente Sánchez. (55) que demuestra un predominio del sexo femenino sobre el masculino con un 68,3 % y 31,7 % respectivamente, pero que es respaldado Xiap (56), que atribuye cifras similares a la existencia de desigualdad de género en el analfabetismo, predominando las mujeres en comparación a los varones.

Según la edad, se puede apreciar que en correspondencia con un aumento de la edad desde los parámetros: menores de 50 años, rango de 50-59 años y mayores de

60, existe un aumento porcentual en el nivel de desconocimiento, patrón que es igualmente evidenciado por Xiap (56) que afirma que en relación a la edad, el grupo que se encuentra entre los 40-60 años, representa en conjunto el 98.8% de los pacientes con conocimientos inadecuados y según lo afirmado por la publicación misma, coincide con valores reportados por National Diabetes Information Clearinghouse and National Diabetes Statistics donde mencionan que durante el año 2005, la mayor incidencia correspondió al grupo de 40-59 años de edad en Estados Unidos. Y en las personas mayores de 60 años la cifra de prevalencia es de 20.9% (56).

También se puede evidenciar que dentro del parámetro Años con la enfermedad, los pacientes con un diagnóstico menor a 11 años presentan un mayor nivel de conocimiento acerca de la diabetes mellitus tipo 2, con un predominante 62.5%, que es compatible con el 1,37 en razón de prevalencia de un buen nivel de conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes con un diagnóstico 12 años con la enfermedad de Katherine Cántaro. (49).

Cuestionario DKQ-24

En la tabla 4, se muestran las 24 preguntas del cuestionario de DKQ-24, en la cual, se observa que, a diferencia de las otras preguntas, el ítem 6 (Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos), presenta una notoria compatibilidad con la opción correcta, siendo esta equivalente a un 83.53%, que se corresponde con Karina Casanova, en su publicación de nivel de conocimiento de pacientes con diabetes mellitus diagnosticados en un servicio médico de Venezuela. (58) con el 64% de respuestas correctas y el 91.43% en este ítem en el artículo de la Acta

medica Peruana. (51) en la misma pregunta, sobre el mismo cuestionario DKQ-24. El ítem 7 (Se puede curar la diabetes) del 100% el 71.9 % respondió de forma correcta, lo que coincide con el 71.67%% del estudio de Carolina Caballero. (57), lo que comprueba un cierto nivel estándar en el tema a tratar en la pregunta sobre la cura de la diabetes.

El 75.78% de los encuestados, respondió de manera correcta el ítem 8 (Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto) del cuestionario, lo cual difiere del 69.3% de pacientes que respondió de manera errada en Karina Casanova, en la publicación de la revista Diabetes Internacional Y Endocrinología. Volumen IX. No 2 (58).

Acerca del nivel de conocimiento de las complicaciones que pueden presentarse en la enfermedad, lo cual es engloba preferentemente en las preguntas 18 ,19, 20, 21, 22, 23 y 24, se refleja principalmente un bajo o nulo nivel, pues las respuestas puntúan en su mayoría incorrectas o respondidas bajo el término “no sé”.

A través de la exhaustiva exposición y comparación con investigaciones análogas, se puede apreciar a simple vista que la respuesta a la hipótesis planteada en el escrito desvaría en efecto, pues se demostró que no existe una relación entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimiento y la presencia de factores externos que tendrían más significancia relativa para el caso, en este, y otros artículos.

6 CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que el tercil bajo de la relación médico paciente tuvo un nivel necesario de conocimiento de la enfermedad y el tercil alto de la relación médico paciente un nivel insuficiente de conocimientos de la enfermedad con una P obtenida de 0.035, lo que muestra que no hay asociación entre la RMP y el nivel de conocimientos.

En base a los resultados obtenidos se determinó que la asociación entre la relación médico-paciente y el nivel de conocimiento es inexistente o nula en pacientes con diabetes tipo 2 en un centro de salud tipo B de la parroquia Calderón del cantón Portoviejo, Manabí, Ecuador.

Indistintamente de factores demográficos y limitaciones geográficas del estudio, se ha demostrado también que la escasa relación entre la relación del médico con el paciente y su nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, no solamente se precisa en Ecuador, sino también en otros países de América del norte y del sur, donde se destaca que la edad, etapa de diagnóstico y escolaridad, ejercen mayor importancia como determinantes, en contraste con el porcentaje de la relación médico-paciente, predominantemente en pacientes femeninas y pacientes de mediana edad, lo cual respalda la existencia de un patrón del cual el estudio forma parte; sin embargo, no se pretende desmerecer o subestimar la importancia en el mejoramiento de la calidad de atención brindada, que una buena relación médico-paciente representa.

7 RECOMENDACIONES

Tomar conciencia como parte del personal de salud, de la importante función que cumple la aplicación de cursos y talleres sobre la diabetología, como ente fundamental en la prevención, tratamiento y mejoramiento en la relación del médico no solo con el paciente, si no con su entorno familiar; con el objetivo de evaluar si la información brindada en el actual sistema sanitario público se apega a una planificación estratégica satisfactoria.

Realizar un seguimiento minucioso de la gestión y autocuidado del paciente, ratificando el cumplimiento de las medidas preventivas y el tratamiento, mediante campañas regulares y talleres supervisados por el personal sanitario capacitado.

El actual Ministerio de Salud Pública debe enfatizar sus políticas sanitarias en la creación y el reforzamiento de proyectos direccionados a promover el cambio en el estilo de vida de la población ecuatoriana, trabajando en conjunto con un equipo multidisciplinario como parte de una estrategia de prevención de la diabetes, con especial atención en pacientes con factores de riesgos.

Fomentar el control glucémico, mediante la institución diabetológica de los pacientes y sus familiares a nivel comunitario, así como la organización de visitas grupales a pacientes en los que las complicaciones diabetológicas sean evidentes, como método para lograr la reflexión mediante ejemplos gráficos/demostrativos.

Se recomienda también, incentivar el trabajo investigativo en este campo, así como el análisis minucioso de los resultados, buscando identificar y profundizar las áreas problemáticas en cuanto a los factores determinantes en la actitud del paciente frente a su enfermedad y el autocuidado, en el conocimiento de estos sobre su

padecimiento; para así fomentar estrategias que aporten en la meta del mejoramiento no solo por parte de la conducta del paciente, si no en las falencias que como sistema de salud público, pueden presentarse.

8 BIBLIOGRAFIA:

1. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [citado 27 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. Gaceta Sanitaria. 2002;16(6):511-20.
3. Ezzati M, Riboli E. Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. N Engl J Med. 5 de septiembre de 2013;369(10):954-64.
4. OMS. OMS | Enfermedades crónicas [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
5. Rosas-Saucedo J, Caballero AE, Brito-Córdova G, García-Bruce H, Costa-Gil J, Lyra R, et al. Consenso de Prediabetes. Documento de posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Alad [Internet]. 21 de diciembre de 2017 [citado 12 de enero de 2019];7(4). Disponible en: http://www.revistaalad.com/files/alad_v7_n4_184-202.pdf
6. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Revista Médica Electrónica. 2017;39:832-42.

7. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*. octubre de 2002;76(5):561-75.
8. Facchini M. CAMBIO DE CONDUCTAS EN TRATAMIENTOS DE LARGA DURACION RELACION MEDICO-PACIENTE. 2004;5.
9. Rosales H, Josefa M. El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*. septiembre de 2013;42(3):255-7.
10. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica [Internet]. [citado 14 de mayo de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011
11. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. :15.
12. González Menéndez R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. *Revista Cubana de Salud Pública*. diciembre de 2006;32(4):0-0.
13. Góngora FB. El Dialogo como Mediador de la Relación Médico-Paciente. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*. 1 de julio de 2004;6(3):24-33.
14. Duffy FD. Dialogue: The Core Clinical Skill. *Ann Intern Med*. 15 de enero de 1998;128(2):139-41.

15. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Revista Cubana de Salud Pública. diciembre de 2006;32(4):0-0.
16. Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez K. Paternalismo médico. Revista Médica Electrónica. abril de 2013;35(2):144-52.
17. Martínez Marín, Andrés, Ríos Rosas, Francy, Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología yParadigma, como Base Diferencial en la OrientaciónMetodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio [Internet]. 2006; (25):0. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>
18. Garcia EAV. “INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA” [Internet]. [FACULTAD DE MEDICINA]: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR; 2017 [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12898/TESIS%20FINAL%20ERIKA.pdf?sequence=1>
19. Belkis Mercedes Vicente SánchezI , Gisela Zerquera TrujilloI , Elodia M. Rivas AlpizarI , José A. Muñoz CocinaI , Yaremy Teresita Gutiérrez CanteroII , Eduardo Castañedo Álvarez. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. Centro de Atención y Educación al Diabético, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba II Policlínico Docente Universitario “Manuel Piti

Fajardo”, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba [Internet]. nov,.dic. 2010 [citado el 13 de junio de 2022];8(6). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X201000060000420.

20. Fernández-Fernándezb y Joan Carles March-Cerdà MJE-CMÁP-RI. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. Elsevier España SL [Internet]. 2006 [citado el 13 de junio de 2022];38(1):8–18. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82144681.pdf>

21. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. :15.

22.. 15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf [Internet]. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1

23. Censos IN de E y. Estadísticas de Nacimientos y Defunciones – 2013 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2013/>

24. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. junio de 2005 [citado 23 de diciembre de 2020];17(5-6).Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. junio de 2009;(16):0-0.
26. Diabetes mellitus [Internet]. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13095504>
27. Conget I. Diagnosis, Classification and Pathogenesis of Diabetes Mellitus. *Rev Esp Cardiol*. 1 de mayo de 2002;55(5):528-38.
28. LA DIABETES MELLITUS EN LA PRACTICA CLINICA | F. J. TEBAR MASSO | Comprar libro 9788479034504 [Internet]. casadellibro. 2009 [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-la-diabetes-mellitus-en-la-practica-clinica/9788479034504/1260404>
29. Endocrinología clínica Pallardo Sánchez 9788479789305 [Internet]. editdiazdesantos. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/libros/pallardo-sanchez-luis-felipe-endocrinologia-clinica-L03009300101.html>
30. Digital Content [Internet]. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dct.digitalcontent.com.co/sview/default.aspx>
31. Ferraro M, Ramos O, Strasnoy I. Diabetes Diabetes mellitus tipo. 4:9.

32. Mediavilla Bravo J. la diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Integral*. 2002;39(1):25-35.
32. Diabetes-mellitus_GPC.pdf.
33. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Dirección Nacional de Normatización; 2017 [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
34. Mediavilla Bravo JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 1 de enero de 2001;27(3):132-45.
35. Medición de la hemoglobina glucosilada capilar como tamizaje en diabetes mellitus tipo 2 – Medicina Interna de México [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/medicion-de-la-hemoglobina-glucosilada-capilar-como-tamizaje-en-diabetes-mellitus-tipo-2/>
36. Censos IN de E y. Diabetes, segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-segunda-causa-de-muerte-despues-de-las-enfermedades-isquemicas-del-corazon/>
37. Diabetes Care: 38 (Supplement 1). *Diabetes Care* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 23 de diciembre de 2020];38(Supplement 1). Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1

38. Khavandi M, Duarte F, Ginsberg HN, Reyes-Soffer G. Treatment of Dyslipidemias to Prevent Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *Curr Cardiol Rep.* 28 de enero de 2017;19(1):7.
39. Censos IN de E y. Nacimientos y Defunciones -2017 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 23 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-2017/>
40. R BS, A BM, G LH, E SN, R PP, J IG. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Arch Med Fam.* 2007;9(3):147-55.
41. Saldaña RB, Aguayo LYF, Hernández GL, Sánchez E. Conocimientos usuales de los pacientes diabéticos en los estudiantes de medicina del occidente de México”. 2007;8.
42. Diouri A, Slaoui Z, Chadli A, El Ghomari H, Kebbou M, Marouan F, et al. [Incidence of factors favoring recurrent foot ulcers in diabetic patients]. *Ann Endocrinol (Paris).* diciembre de 2002;63(6 Pt 1):491-6.
43. Censos IN de E y. Instituto Nacional de Estadística y Censos » ENSANUT [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
44. Ramos EV, Arjona M del CC. Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico

- reciente. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 15 de mayo de 2020];29(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45191>
45. Gómez-Pérez R. Cambio en el estilo de vida en Diabetes tipo 2: una leyenda urbana. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. agosto de 2013;11(2):56-8.
46. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz López P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Españolas de Psiquiatría. 2009;37(2):94-100.
47. Garcia AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care. 1 de enero de 2001;24(1):16-21.
48. (PDF) Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2 [Internet]. ResearchGate. [citado 23 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293814683_Satisfaccion_de_la_relacion_medico_paciente_y_su_asociacion_con_el_control_metabolico_en_el_paciente_con_diabetes_tipo_2
49. Cántaro K, Jara JA, Taboada M, Mayta-Tristán P. Association between information sources and level of knowledge about diabetes in patients with type 2 diabetes. Endocrinol Nutr. 1 de mayo de 2016;63(5):202-11.

50. Avilés MR-ÁÓA-G. 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* [Internet]. Octubre-Diciembre 2011;19(4):149–53. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2011/er114d.pdf>
51. Peruana, Acta, et al. “ARTÍCULO ORIGINAL.” *Acta Med Peru*, vol. 36, no. 2, 2019, pp. 96–103, www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a04v36n2.pdf.
52. Mata-Cases, Manuel, et al. “Incidencia de Diabetes Tipo 2 Y Análisis Del Proceso Diagnóstico En Un Centro de Atención Primaria Durante La Década de Los Noventa.” *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, no. 2, 2021, pp. 124–131, scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200007,
53. Arteagoitia, J. M., et al. “Incidence, Prevalence and Coronary Heart Disease Risk Level in Known Type 2 Diabetes: A Practice Network Study in the Basque Country, Spain.” *Diabetologia*, vol. 46, no. 7, 1 July 2003, pp. 899–909, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12830379/, 10.1007/s00125-003-1137-1.
54. López López, Erika, et al. “Intervención Educativa Sobre El Nivel de Conocimientos En Pacientes Con Diabetes Y Baja O Nula Escolaridad.” *Investigación En Educación Médica*, vol. 5, no. 17, Jan. 2016, pp. 11–16, reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S200750571500040X?token=2F5CEF360B9CDF828967F26C11039D82610D546244EDA6936AD562613C827C523299341228519A46229C3EC566C7C4EB&originRegion=us-east-1&originCreation=20210417050940, 10.1016/j.riem.2015.08.003.

55. Sánchez, Vicente, et al. “Nivel de Conocimientos Sobre Diabetes Mellitus En Pacientes Con Diabetes Tipo 2.” *MediSur*, vol. 8, no. 6, 2021, pp. 412–418, [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600004#:~:text=La%20encuesta%20nacional%20de%20factores,los%2040%20y%2070%20a%C3%B1os,)

[897X2010000600004#:~:text=La%20encuesta%20nacional%20de%20factores,los%2040%20y%2070%20a%C3%B1os, .](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600004#:~:text=La%20encuesta%20nacional%20de%20factores,los%2040%20y%2070%20a%C3%B1os,)

56. UNIVERSIDAD SAN CARLOS de GUATEMALA FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA de ESTUDIOS de POSTGRADO NIVEL de CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO SOBRE SU ENFERMEDAD ELISA LILIANA XIAP SATEY Tesis Presentada Ante Las Autoridades de La Escuela de Estudios de Postgrados de La.

57. Carolina, Patricia, et al. “Evaluación Del Conocimiento Sobre Diabetes de Los Pacientes Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, de 21 a 90 Años Que Consultan En El Primer Nivel de Atención En Salud: UCSF-b El Chaperno, Santa María Ostuma, La Paz; UCSF-I Las Vueltas de Chalatenango Y UCSF-b de San Felipe, Concepción Batres, Usulután En Los Meses de Junio Y Julio de 2018 - Repositorio Institucional de La Universidad de El Salvador.” *Ues.edu.sv*, Nov. 2018, ri.ues.edu.sv/id/eprint/19063/, <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19063/1/TESIS%20DM.pdf>.

58. Karina, Casanova. *Diabetes Internacional Y Endocrinología*. Volumen IX. No 2. , 2017.

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Por favor llene los siguientes datos:

Edad:

Sexo: HOMBRE MUJER

Etnia:

Blanco

Mestizo

Montubio

Negro

Indígena

Afrodescendiente

Nivel de escolaridad:

Primaria

Secundaria

Superior

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Cuantos años tiene diagnosticado diabetes tipo 2 :

Diabetes Knowledge Questionnaire

POR FAVOR RESPONDA CON UNA x LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Ítem	Preguntas	Si	No	No Sabe
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes		x	
2	La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo	x		
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina		X	
4	Los riñones producen la insulina		X	
5	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube	X		
6	Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos	X		
7	Se puede curar la diabetes		X	
8	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto	X		
9	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina		X	
10	El ejercicio regular aumenta la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes		X	
11	Hay dos tipos principales de diabetes: tipo 1(dependiente de insulina) y tipo 2(no-dependiente de insulina)	X		
12	Una reacción de insulina es causada por mucha comida		X	
13	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar la diabetes		X	
14	La diabetes frecuentemente causa mala circulación	X		
15	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabetes	X		
16	Los diabético deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies	X		
17	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol		X	
18	La manera que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.	X		
19	La diabetes puede dañar mis riñones	X		
20	La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies	X		

21	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre		X	
22	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre		X	
23	Los calcetines y las elásticas apretadas no son malos para los diabéticos		X	
24	Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales		X	

Cuestionario Relación médico-paciente (CREM-P)

POR FAVOR PUNTEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SIENDO EL 5 LA RESPUESTA MEJOR VALORADA Y EL 1 LA RESPUESTA PEOR VALORADA

	1	2	3	4	5
1. Mi médico me entiende					
2. Confió en mi medico					
3. Mi médico se esfuerza en ayudarme					
4. Puedo hablar con mi medico					
5. Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi medico					
6. 6. Mi médico me ayuda					
7. Mi médico me dedica suficiente tiempo					
8. El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando					
9. Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas					
10. Encuentro a mi médico muy accesible					
11. Gracias a mi médico me encuentro mejor					
12. Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud					
13. Ahora control mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)					