

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

**“INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES
CON DIABETES TIPO 2 “**

T E S I S

Que para obtener el título de la
Especialidad en medicina familiar

P R E S E N T A:

DRA. LOURDES OROZCO POSADAS

Médico residente de la especialidad

De medicina familiar

Matrícula 99363887

luliorpo@yahoo.com

TEL. 57 36 75 92

ASESORA:

DRA. ANA MARIA CORTES AGUILERA

Directora de la unidad de medicina familiar 94. IMSS

MATRICULA 3668281

anacortes@miss.gob.mx

2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIDADES

Dra. Guadalupe Grafías Garnica

Coordinador Delegacional de Educación Médica

Dra. Ma. Elena A. Vilchis Guisar

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. Ana María Cortes Aguilera

Director de la UMF. 94
Asesor de Tesis

Dra. Patricia Ocampo Barrio

Jefe de Educación e Investigación en Salud UMF. 94

Dra. Lidia Bautista Samperio

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar

DEDICATORIAS

A Dios

Por darme el regalo de la vida y las fuerzas para seguir adelante.

A mis padres:

Por la educación, cuidados y cariños que siempre me dieron. Por su apoyo incondicional en todo momento y por su ejemplo de fortaleza.

A mis Hermanos

René, Made y Magy, porque juntos aprendimos a vivir y hemos tomado diferentes caminos pero siempre estaremos juntos.

A mi esposo

Porque encendió la chispa del amor en mi corazón y llena de alegría mi existir.

INDICE

Autoridades	2
Dedicatorias	3
Resumen	4
Índice	5
Marco teórico	6
Planteamiento de problema	11
Pregunta de investigación	11
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Hipótesis	12
Identificación de variables	12
Cuadro de variables	13
Universo de trabajo	17
Población en estudio	17
Muestra	17
Determinación estadística del tamaño de muestra	17
Tipo de muestreo	17
Diseño del estudio	17
Procedimiento para integrar la muestra y recolectar la información	17
Criterios de selección de la muestra	18
Características y validación del instrumento	18
Análisis estadístico	19
Difusión del estudio	19
Recursos del estudio	19
Programa de trabajo	19
Consideraciones éticas del estudio	20
Resultados	21
Análisis de resultados	25
Conclusiones	26
Sugerencias	26
Bibliografía	27
Anexos	29

INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Orozco Posadas Lourdes* Ana Maria Cortés Aguilera**
Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

RESUMEN.

Introducción: La autoestima es importante para el éxito o fracaso en la vida de las personas, relacionándose estrechamente con el proceso salud-enfermedad, afectando directa o indirectamente el funcionamiento individual, familiar y social.

Objetivo: Determinar la influencia del sexo sobre la autoestima de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) atendidos en la UMF 94.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y ambilectivo, en 346 pacientes, con DM2, mayores de 30 años de edad, divididos en 2 grupos de 173 para cada género (masculino y femenino), evaluándose la autoestima mediante el cuestionario de Coopersmith (confiabilidad 0.81) que consta de 25 reactivos, con respuesta dicotómica. Se aplicó estadística descriptiva para variables demográficas (edad, escolaridad, estado civil y ocupación). Como prueba de hipótesis Kruskal Wallis y U de Mann Whitney, para comprobar asociación entre las variables con relación a la autoestima.

Resultados: El sexo mostró influencia estadísticamente significativa sobre la autoestima ($p= 0.000$), siendo mayor para el sexo masculino con respecto al femenino. Los datos demográficos también presentaron influencia sobre la autoestima ($p<0.05$), en cambio tanto la presencia de otras enfermedades como el tiempo de evolución, no mostraron influencia significativa.

Conclusiones: El sexo presentó influencia sobre la autoestima, sin embargo, otros factores como edad, escolaridad, ocupación y estado civil, también influyen en dicho proceso; por lo que un enfoque global nos permitirá diseñar y aplicar acciones en la atención integral del paciente diabético, para poder contribuir en un mejor desarrollo personal.

Palabras clave: Sexo, Autoestima, Diabetes Mellitus.

*Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar .UMF 94. IMSS.

luliorpo@yahoo.com

**Asesora de tesis. Directora de la UMF 94. IMSS
anacortes@imss.gob.mx

MARCO TEORICO.

Para efectos de la Norma Oficial Mexicana (NOM), La DM2 es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas, y carbohidratos. Esta alteración se encuentra asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a esta.

De acuerdo con la NOM vigente, se establece el diagnóstico de DM2 si cumple cualquiera de los siguientes criterios:

1. Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl.
2. Glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl
3. Glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.

En ausencia de Hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba. ⁽¹⁾

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada como una pandemia con tendencia ascendente.

La DM2 se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez. Es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario. ⁽²⁾

Las condiciones sociales y el proceso de urbanización de los últimos 50 años, han condicionado el incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas.

La DM2 ocupó el décimo lugar mundial en 1995 con casi 4 millones de enfermos. Se estima que en el año 2025 ocupará el séptimo lugar mundial con 12 millones de enfermos. Si se toman en cuenta estos datos aunado a que actualmente 65% de los diabéticos padecen de hipertensión arterial, y 60% tiene daño moderado a severo en el sistema nervioso, y tienen 2.4 veces mayor riesgo de sufrir un evento vascular cerebral, insuficiencia renal, ceguera, amputación de extremidades y ataques cardíacos, se considera que el problema será mucho más severo de lo que actualmente representa. ⁽³⁾

En lo que respecta a la mortalidad pasó del cuarto lugar en 1990 al tercero en el 2001. ⁽⁴⁾

Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por muchos síntomas de estos padecimientos, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.

En cuanto al área psicosocial, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con DM2 se ve traducido en los aspectos emocionales, tales como ansiedad, temores, preocupaciones o depresión, al presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica.⁽⁵⁾

La autoestima es un logro que debemos alcanzar a lo largo de la vida. Esto supone trabajar dos aspectos importantes:

Confianza en la capacidad de pensar y de enfrentar los desafíos básicos de la vida. La confianza en el derecho a triunfar y a ser felices. El sentimiento de ser respetables, de ser dignos, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias y alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

La autoestima debe ser la meta adecuada de la crianza de los padres, que consiste en preparar a un hijo para sobrevivir en forma independiente en la edad adulta⁽⁶⁾

La autoestima es la base y centro del desarrollo humano; es conocimiento, concientización y práctica de todo el potencial de cada individuo.

La autoestima es fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización física y mental, productiva y creativa, es decir, la comprensión de sí mismo.

En este sentido, la asertividad constituye un elemento importante ya que el manejo de la asertividad en la persona es mediante una autoestima alta, el autoperdón y el uso de la razón. Ser asertivo es ser consciente de sí mismo, de la realidad de los sentimientos y conducta.

La no asertividad se maneja por medio de una autoestima baja, con autodestrucción, tristeza y depresión, con sentimientos de culpa y remordimiento que llevan a explicaciones y disculpas, provocando enfermedades y autodestrucción.⁽⁷⁾

Se sabe que la autoestima no solo es importante para el éxito o fracaso en la vida de las personas, sino también esta relacionada con los procesos de salud o enfermedad de manera estrecha. Afectando así directa o indirectamente el funcionamiento del individuo, su familia y la sociedad.

Considerando la autoestima como la habilidad que tenemos para enfrentar los desafíos de la vida y asumir el derecho a ser feliz, lo que permitirá un mayor desarrollo personal.

Para Rogers y Maslow la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y la autorrealización, productividad y creatividad de sí mismo.

La autoestima está conformada por 3 dimensiones esenciales:

- Cognitiva: En donde los padres y maestros juegan un papel muy importante ya que las creencias y juicios que con mayor facilidad quedan grabados en nosotros se realizan durante los primeros años de vida.
- Afectiva: Significa sentirse a gusto o a disgusto consigo mismo.
- De comportamiento: Lo que hacemos está en función de nuestras creencias y emociones

La autoestima se desarrolla gradualmente y se transforma durante toda la vida.

La autoestima baja es un factor de riesgo para la presentación, mala evolución o perpetuación de diversas enfermedades, incluso se puede mencionar que gran parte de la patología social está relacionada con la autoestima baja.

Los pasos para la reestructuración de la autoestima comprenden el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y finalmente el autorespeto. ⁽⁸⁾

En lo que respecta al género se describe como aquella categoría en la que se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de feminidad-masculinidad, y que es producto de un proceso histórico de construcción social. Al analizar este concepto vemos que el género va más allá del sexo, dado que este se limita a las características biológicas y anatómicas, mientras que en el género se integran características económicas, sociales, políticas, jurídicas y psicológicas, además de las sexuales. ⁽⁹⁾

Tradicionalmente en el ámbito familiar, el cuidado de los hijos y los quehaceres domésticos fueron considerados como exclusivos de la mujer, éste era el ámbito destinado para ella, desde niña, se le preparaba para más adelante cuando se casara estuviera “capacitada”, para asumir este papel en forma satisfactoria. Otro mecanismo es su escolarización, que le permite la visión de otros espacios laborales a los cuales accede.

Si bien es cierto que la familia es el ámbito en donde se desarrollan las relaciones y las interacciones de las personas que conviven en el mismo espacio, considerado espacio de privilegio por ser éste donde se producen y transmiten pautas y prácticas culturales; es ahí donde se inculcan hábitos, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos y se establecen los primeros esquemas de formación de identidades en particular de género, en lo relativo a los papeles asignados socialmente a las mujeres, destacando la autoridad, jerarquía, poder y dominación que tienen los hombres sobre las mujeres.

La condición a la que han sido confinadas las mujeres, ha determinado que su forma de enfermar y morir se encuentre determinada por los patrones sociales, psicológicos, culturales y laborales impuestos por la dominación masculina; de ello dan cuenta las múltiples relaciones elaboradas a través de la historia.

La lucha de las mujeres por el acceso a la educación, al trabajo remunerado, a la organización social y política, lo que se conoce como lucha por la igualdad, es una constante y poco a poco ha ido ganando terreno; sin embargo vemos que si bien ha tenido logros todavía tiene muchos retos que vencer, la organización de las mujeres puede darle mayores logros a esta lucha. Existen pocos cambios significativos en cuanto a logros alcanzados por la mujer trabajadora en lo que respecta a la autonomía e igualdad.⁽¹⁰⁾

En el desarrollo histórico de la humanidad se han ido transmitiendo valores a través de la cultura, la religión, las costumbres etc. Relacionadas con el papel y rol que deben asumir los diferentes sexos en la sociedad. Por lo general la mujer se destinaba a la procreación, el cuidado de los hijos y del hogar, mientras que del hombre se esperaba que fuera capaz de garantizar la satisfacción de las necesidades de la familia y su subsistencia. La mujer, por tanto, era relegada al ámbito doméstico y el hombre era el que mantenía un vínculo con el exterior del sistema familiar.

A lo largo del desarrollo de la sociedad los individuos fueron aprendiendo a través del proceso de socialización el comportamiento que cada uno debe asumir según fuera hombre o mujer. Esta diferencia, que abarca normas de comportamiento, actitudes, valores, tareas y donde lo femenino se debe supeditar a lo masculino, trasciende a todas las esferas de la vida y provoca una relación de poder donde el hombre es el dominante mientras que la mujer, su papel y tareas son devaluados socialmente.

El sexo es una categoría en la que se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad – masculinidad y que es producto de un proceso histórico de construcción social.

Según Arce M, a la mujer se le exige una actitud de servicio y atención en forma incondicional a las demandas y necesidades de los otros, lo que inhibe sus posibilidades de autonomía y autoafirmación.

En cambio en el hombre se fomenta la actitud de dominar a otros, para ejercer poder y para resolver conflictos, mientras se les restringe en cuanto a la manifestación de los afectos.⁽¹¹⁾

La perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud pertenece a un campo de investigación reciente y todavía poco explorado. A medida que aparecen los diversos trabajos en el mundo con el enfoque de género, se afianza cada vez más la hipótesis central acerca del significado que la sociedad confiere al hecho de ser hombre y de ser mujer, y lo que esto influye diferencialmente en la salud de las poblaciones al organizar comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo.

Los múltiples y complejos problemas de salud que existen en el mundo actualmente hacen necesario buscar estrategias, enfoques y mecanismos de trabajo más efectivos y que expliquen mejor la realidad para poder modificar las condiciones de las más diversas enfermedades y para propiciar la salud, tanto a nivel social (políticas saludables), como a nivel individual (cambios de comportamiento y estilos de vida no saludables) con eficiencia y equidad.⁽¹²⁾

En 1999, Wilfredo Guibert, publica un estudio descriptivo, retrospectivo, en donde determinó las diferencias de género en cuanto a características biológicas y sociales, roles productivo, reproductivo, comunitario y aspectos que afectan la salud.

Los principales resultados encontrados fueron: que los hombres tenían mayor ingreso salarial, satisfacción laboral y posibilidades de superación. Se concluyó además que el rol productivo es favorable para el hombre debido a un mayor nivel de realización personal y social. Y finalmente la mujer tiene un mayor número de variables que afectan su salud.

La inequidad de géneros encontrada con respecto a las variables que afectan la salud pudieran ser explicadas por múltiples factores entre los cuales se encuentra para las mujeres la sobrecarga de roles que tienen, que no les permite recrearse adecuadamente ni dedicar tiempo a actividades de interés personal.

Además muchas veces la recreación de ellas se convierte en una prolongación del rol reproductivo pues la realizan con los niños y no cesa la tensión del rol de padre. Por sus características biológicas la mujer sufre una gran cantidad de intervenciones quirúrgicas que están relacionadas con la esfera ginecológica y su función reproductiva. ⁽¹²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La DM2 es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada como una pandemia, con tendencia ascendente. En México, la DM2 constituye uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta del primer nivel de atención y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez. Es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario. Por todo lo anterior es una prioridad institucional en la que es necesario llevar a cabo acciones integrales y específicas, que eviten o retrasen su aparición y modifiquen en lo posible su evolución en frecuencia y magnitud de las complicaciones agudas y crónicas.⁽²⁾

La DM2 es una enfermedad crónico degenerativa que afecta la esfera psicológica, familiar, laboral y social, el grado de afección dependerá de los recursos con los que cuente la persona.

La enfermedad somática siempre va a vivirse como algo que altera el equilibrio físico y psíquico del individuo en mayor o menor grado, por lo que para recuperar éste equilibrio, el sujeto debe realizar una serie de cambios en sus cogniciones, emociones, actitudes y conductas. Es decir, tiene que afrontar la nueva situación de la mejor manera posible, que será aquella que modifique las relaciones individuo-entorno mejorándolas.

Al satisfacer el conjunto de necesidades básicas, biológicas y psicosociales de afecto, de pertenencia, seguridad y autoestima podrá orientarse mejor y más fácilmente hacia un proceso de madurez e independencia, que lo conduzca hacia una autorrealización en el plano emocional, afectivo, laboral, intelectual, económico y social.

Dado que la autoestima es un indicador de bienestar psicológico, podemos decir que un nivel alto de esta, ayudará a enfrentar mejor las situaciones adversas, colaborando en la calidad de vida como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial.

En el presente estudio se pretende analizar, la influencia del género sobre la autoestima que presentan los pacientes portadores de DM2 de la UMF 94, a fin de poder implementar programas encaminados al fortalecimiento de la autoestima con orientación del género.

La UMF. 94 cuenta con la infraestructura para realizar éste estudio sin contraponerse a las políticas de salud y a la ética, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cómo influye el sexo sobre la autoestima en pacientes con diabetes tipo 2?

OBJETIVOS GENERAL:

Analizar la influencia del sexo sobre la autoestima del paciente con DM2.

ESPECIFICOS:

- 1) Determinar el nivel de autoestima de los pacientes hombres y mujeres portadores de DM2 adscritos a la UMF No. 94 del IMSS.
- 2) Comparar el nivel de autoestima entre hombres y mujeres con DM2 de la UMF 94 IMSS

HIPÓTESIS

Los pacientes portadores de DM2 de género masculino, tienen mayor autoestima que los del género femenino.

VARIABLES

- a) Independiente: Sexo
- b) Dependiente: Autoestima
- c) Universales : Edad, ocupación, Escolaridad y Estado civil
- d) Confusoras: Tiempo de evolución de la Diabetes y Presencia de patologías asociadas

CUADRO DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Dependiente Autoestima	Conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que conforman la personalidad	Valoración de la auto percepción del ser	Valores metas ideas emociones	cualitativa	ordinal	0) Significativa-mente baja 1) Media baja 2) Media 3) Media alta 4) Significativa-mente alta
Independiente Sexo	Categoría en la que se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de feminidad y masculinidad	Conjunto de características y rasgos físicos que permiten diferenciar hombres y mujeres	Masculino Femenino	cualitativa	Nominal	0) Masculino 1) Femenino

VARIABLES UNIVERSALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION
Edad	Tiempo que ha vivido una persona medida en años.	Tiempo de vida transcurrida desde el nacimiento al momento del estudio.	Cuantitativa	De intervalo	0) 30-40 1) 41-50 2) 51-60 3) MAYOR DE 60
Escolaridad	Periodo de tiempo en la cual se asiste a la escuela.	Nivel escolar obtenido por el paciente hasta el momento del estudio	Cualitativa	ordinal	0) Sabe leer y escribir 1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Postgrado
Ocupación	Tipo de trabajo retribuido que desempeña la persona	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento.	Cualitativa	ordinal	0) Ama de casa 1) Obrera 2) Profesionista 3) Pensionado
Estado civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere	Situación civil que el paciente tenga al momento de recabar la información.	Cualitativa	nominal	0) Soltero 1) Unión libre 2) Casado 3) Divorciado 4) Viudo

VARIABLES CONFUSORAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Tiempo de evolución de la diabetes mellitus	Tiempo transcurrido desde la fecha del diagnostico hasta el momento del estudio.	Tiempo en años a partir del día que se dio diagnostico de diabetes	cuantitativa	Intervalo	0) Menor de 5 años 1) De 6 a 10 años 2) Mas de 10 años
Presencia de otras patologías	Existencia de entidades nosológicas en el paciente además de la diabetes mellitus	Presencia de otras patologías además de la diabetes mellitus en el paciente al momento del estudio. Tales como hipertensión e insuficiencia renal	cualitativa	nominal	0) no 1) si

UNIVERSO

Personas portadoras de DM2

POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico de DM2 adscritos a la UMF 94 del IMSS

MUESTRA

Pacientes con DM2 adscritos a la UMF 94 IMSS, que asistan a control con su médico en la UMF.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Utilizando el programa estadístico STATA:

Con un nivel de confianza de 95%

Y una población total de pacientes con diagnóstico de DM2 de 3,370

Se integró una muestra de 346 pacientes con 173 para cada género.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, comparativo, transversal, ambilectivo.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA Y RECOLECTAR LA INFORMACION.

Se realizó invitación directa a los usuarios en la sala de espera, del área de consulta externa de la unidad, a los pacientes que se conocieran portadores de DM2 y aceptaran participar en el presente estudio, se les entregó hoja de consentimiento informado, previa explicación del fin de la investigación, así como el tiempo aproximado para su contestación (15 minutos), firmando de conformidad. Se otorgó el cuestionario de Coopersmith el cual contestaron y entregaron al término. Se confirmó el diagnóstico de DM2, así como la comorbilidad con otras patologías, a través del expediente clínico o electrónico, en su consultorio correspondiente

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de DM2 adscritos en la UMF No. 94 del IMSS.
Que acepte participar y firme su consentimiento informado.
Del turno matutino o vespertino.
Con atención médica por el médico familiar de la UMF. 94
Que sepan leer y escribir.
Contesten en su totalidad el instrumento aplicado.
Con edad mayor a 30 años.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Pacientes portadores de alteraciones psiquiátricas que impidan la aplicación de la escala de medición de la autoestima.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que completen las respuestas del cuestionario de manera confusa o con doble respuesta.

CARACTERÍSTICAS Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicó la escala de autoestima de Coopersmith (1967), usada por Lara (1993), la cual consta de 25 preguntas cerradas, con dos opciones de respuesta (me describe o no me describe). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.81. La máxima puntuación que una persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos.

Esta prueba cuenta con una clave de corrección en donde el puntaje alcanzado se traducirá en el nivel de autoestima, de acuerdo a la siguiente escala:

0 – 9	Significativamente baja
10-14	Media baja
15-16	Media
17-21	Media alta
22-25	Significativamente alta

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para analizar los datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 13. Se aplicó estadística descriptiva para los datos demográficos, expresando los resultados a través de tablas de contingencia. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas.

Para la contrastación de la hipótesis establecida, considerando que se tiene una variable con escala ordinal, con categoría policotómica, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para determinar la significancia estadística las diferencias encontradas del sexo sobre la autoestima. Se estableció un nivel alfa de 0.05.

Para determinar la influencia de las variables confusoras sobre la variable de estudio se utilizó Kruskal Wallis para la variable tiempo de evolución debido a que se establecieron más de dos categorías y la prueba U de Mann Whitney para la coexistencia con otras patologías debido a que se estableció una escala de medición nominal con categoría dicotómica.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizará a través de sesión general de Médicos Residentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 94. La publicación se propuso en la Revista del IMSS

RECURSOS

Físicos: Unidad de Medicina Familiar No. 94

Humanos: Investigador

Materiales: Hoja de Captación de Datos, Lápiz o pluma, computadora, impresora, tinta, hojas bond.

Financieros: Los del investigador.

PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo (folio 3515) por el Comité Local de Investigación de la UMF 94, se procedió a dar inicio a la recolección de los datos, en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2005.

La integración de la muestra se conformó de acuerdo a lo descrito en el apartado correspondiente. Una vez que al paciente aceptó participar, se le entregó la hoja de consentimiento informado para contar con su autorización, posterior a ello se le entregó la escala de autoestima de Coopersmith, pidiéndole que fuera contestada, para ello se le proporcionó lápiz y tiempo libre para ello, al termino de su llenado se recabo por el investigador.

El vaciado de los datos se realizó en la hoja de cálculo diseñada para ello.

CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético en: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, Art.17 frac. 1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención para la modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros) Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13). Apegándose al los Art. 13, 14, 16 y 18. Se le solicitara su autorización (en base al Art. 21 y 22) y de acuerdo al Art. 23 se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose solo que a petición del paciente este lo solicite.

La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989 y 2001.

Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1º de Enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización. El manual de la organización de Fomento de la Investigación Médica (FOFOI) en 1999.

En caso de encontrarse pacientes con afección importante en su autoestima se procederá a informar a su médico familiar para que en su calidad de medico tratante considere esta afección para la toma de decisiones útiles para el manejo integral del paciente.

RESULTADOS

Se integró una muestra de 346 personas con diabetes tipo 2, las cuales se distribuyeron en 2 grupos de 173 para cada sexo. El rango de edad en el grupo femenino fue de 30 a 85 años \pm 12, con media de 61, mientras que en el grupo masculino se presentó de 32 a 86 años \pm 10, y media de 62. El 61% del sexo masculino cuenta con escolaridad primaria, en tanto que en el femenino, se encontró un 45%. En cuanto a la ocupación predominó el hogar con 81% para el sexo femenino y obrero para el masculino con 53%. En lo que respecta al estado civil predominaron las personas casadas tanto en el grupo masculino como en el femenino, con 78 y 65 % respectivamente. (Cuadro 1).

Cuadro 1 Datos demográficos

Variables	Masculino		Femenino	
	No.	%	No	%
ESCOLARIDAD				
sabe leer y escribir	4	(2.3)	42	(24.3)
primaria	106	(61.3)	79	(45.7)
secundaria	38	(22.0)	26	(15.0)
bachillerato	8	(4.6)	20	(11.6)
licenciatura	15	(8.7)	6	(3.5)
postgrado	2	(1.2)		
OCUPACION				
hogar	17	(9.8)	141	(81.5)
obrero	92	(53.2)	25	(14.5)
profesionista	14	(8.1)	3	(1.7)
pensionado	50	(28.9)	4	(2.3)
ESTADO CIVIL				
soltero	11	(6.4)	9	(5.2)
unión libre	8	(4.6)	2	(1.2)
casado	136	(78.6)	114	(65.9)
divorciado	3	(1.7)	5	(2.9)
viudo	15	(8.7)	43	(24.9)

FUENTE: Encuesta de autoestima en el paciente con diabetes tipo 2
UMF 94 / 2006

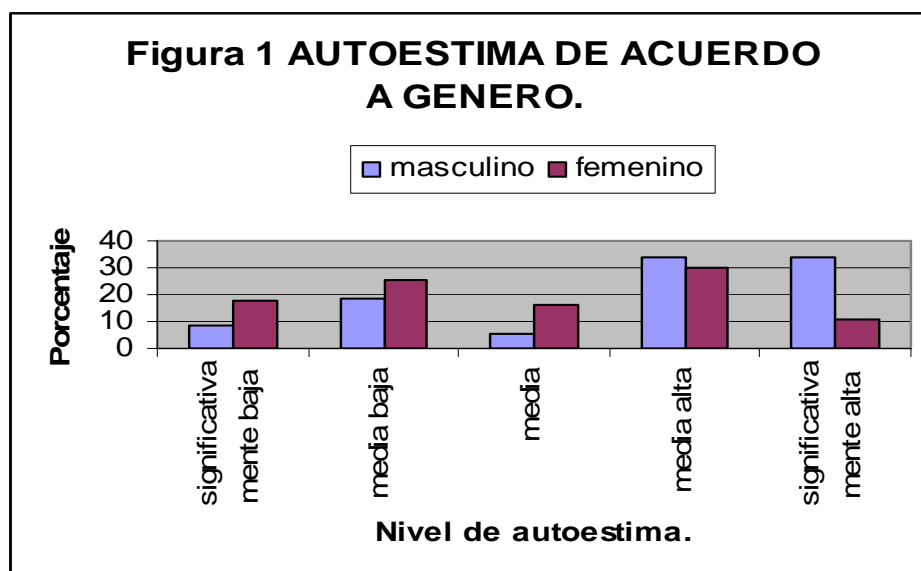
Se aplicó Kruskal Wallis para determinar la influencia de las variables demográficas, sobre el nivel de autoestima reportado en ambos grupos, encontrándose una influencia estadísticamente significativa para todas las variables ($p < 0.05$).

En el sexo masculino predominó el nivel de autoestima significativamente alta y media alta con 34% para cada uno, mientras que en el sexo femenino se encontró un predominio del nivel medio alto con 30% seguido de media baja con 25% del total. (Cuadro 2, figura1)

Cuadro 2 Autoestima de acuerdo al sexo

NIVEL DE AUTOESTIMA	Masculino (No. %)	Femenino (No. %)
significativamente baja	14(8.1)	31 (17.9)
media baja	32(18.5)	44 (25.4)
Media	9(5.2)	28(16.2)
Media alta	59 (34.1)	52(30.1)
significativamente alta	59(34.1)	18 (10.4)

FUENTE: Encuesta de autoestima en el paciente con diabetes tipo 2
UMF 94 / 2006



FUENTE: Encuesta de autoestima en el paciente con diabetes tipo 2
UMF 94 / 2006

Al analizar la influencia del sexo sobre el nivel de autoestima, mediante la prueba Kruskal Wallis se encontró $p= 0.000$.

Con respecto a la presencia de otras enfermedades, en el sexo masculino prevaleció el nivel de autoestima significativamente alta y medio alto (con y sin otra patología respectivamente) en el grupo femenino predominó el nivel medio alto en el grupo sin otra patología y media baja con un mismo puntaje que la media alta en el grupo con patología. (Cuadro 3)

En cuanto a la presencia de otras patologías, la aplicación de la prueba estadística U de Mann Whitney, reporto una p de 0.821 para el grupo masculino y 0.631 para el femenino.

CUADRO 3 Autoestima de acuerdo a la presencia o ausencia de otra patología

Autoestima	MASCULINO		FEMENINO	
	Sin otra patología (No. %)	Con otra patología (No. %)	Sin otra patología (No. %)	Con otra patología (No. %)
Significativamente baja	5 (6.1)	9 (9.9)	15 (19.5)	16 (16.7)
Media baja	17 (20.7)	15 (16.5)	17 (22.1)	27 (28.1)
Media	2 (2.4)	7 (7.7)	11 (14.3)	17 (17.7)
Media alta	33 (40.2)	26 (28.6)	25 (32.5)	27 (28.1)
Significativamente alta	25 (30.5)	34 (37.4)	9 (11.7)	9 (9.4)

FUENTE: Encuesta de autoestima en el paciente con diabetes tipo 2
UMF 94 / 2006

De acuerdo a la relación entre el tiempo de evolución de DM 2 y la autoestima, se encontró un nivel de autoestima medio alto, durante los primeros 5 años de evolución para ambos grupos, el sexo masculino reporto nivel significativamente alto y el femenino medio bajo de los 6 a 10 años de evolución y significativamente alta y media alta, respectivamente, después de los 10 años de evolución, como se observa en el cuadro 4.

Se aplicó Kruskal Wallis, reportándose un valor de $p=0.722$ en el grupo masculino y 0.659 para el femenino.

CUADRO 4 Nivel de autoestima de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad

NIVEL DE AUTOESTIMA	Tiempo de evolución de la enfermedad					
	menos de 5 años		de 6 a 10 años		mayor de 10 años	
	Masculino (No. %)	Femenino (No. %)	Masculino (No. %)	Femenino (No. %)	Masculino (No. %)	Femenino (No. %)
significativamente baja	4 (6.3)	15(17.4)	3(8.6)	7(18.9)	7(9.3)	9(18)
media baja	10 (15.9)	22(25.6)	9(25.7)	11(29.7)	13(17.3)	11(22)
media	5 (7.9)	11(12.8)	2(5.7)	8(21.6)	2(2.7)	9(18)
media alta	28 (44.4)	30(34.9)	7(20)	7(18.9)	24(32)	15(30)
significativamente alta	16(25.4)	8(9.3)	14(40)	4(10.8)	29(28.7)	6(12)

FUENTE: Encuesta de autoestima en el paciente con diabetes tipo 2
UMF 94 / 2006

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El propósito de este estudio fue medir la influencia de sexo sobre la autoestima en dos grupos de pacientes (masculino y femenino) portadores de DM2.

La edad de los pacientes encuestados presento un rango muy parecido para ambos grupos, con una diferencia de 2 años mayor para el grupo masculino.

Los datos demográficos, son similares a lo reportado por Landeros ⁽³⁾ debido al estilo de vida tradicional que prevalecía, en donde la mujer era destinada a las labores del hogar y el hombre era el encargado de trabajar fuera y de proveer económicamente a su familia. Por tanto la educación escolarizada era baja.

Las variables demográficas presentaron influencia estadísticamente significativa sobre el nivel de autoestima, ya que este proceso incluye también aspectos de carácter social o colectivo, es decir, los que se derivan de la pertenencia a grupos. ⁽¹⁴⁾

Al igual que lo reportado en el estudio de Guibert ⁽¹²⁾ el nivel de autoestima fue mayor en el sexo masculino, en comparación con el femenino, con un alto nivel de significancia estadística. Aunque algunos estudios que han analizado las diferencias de sexo sobre la autoestima muestran resultados discrepantes. ⁽¹⁶⁾

En lo que respecta a la presencia de otras patologías y el tiempo de evolución de la enfermedad, no mostraron tener influencia significativa sobre el nivel de autoestima en ambos grupos.

Como limitación del estudio se puede destacar que siendo los datos de naturaleza correlacional, poco aportan sobre la relación causal directa que puede existir entre dichas variables. Debido a que la autoestima es un aspecto dinámico y multifactorial, en estudios complementarios a futuro, se podrían abarcar otros factores que la determinan

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el sexo influye sobre la autoestima, sin embargo, existen además múltiples factores que influyen también en dicho proceso, que se determinan desde la infancia y se van transformando a través de los distintos estilos de vida que presenta cada persona, constituyendo así un factor de protección o de riesgo, dependiendo de la autoestima prevalente, para afrontar las situaciones adversas de la vida, tales como la presencia de enfermedad.

SUGERENCIAS.

Debido a que la DM2 ocupa los primeros lugares dentro de la demanda de atención en la UMF 94, el médico familiar deberá realizar una atención integral en el paciente diabético, para poder identificar la autoestima que prevalece en ellos y orientar en la búsqueda de alternativas para la reestructuración o mejoría para preservar un estado de bienestar biopsicosocial y poder incidir en la mejor evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 para la Prevención tratamiento y Control de la Diabetes.
2. IMSS. Guía clínica práctica para el manejo de la Diabetes Mellitus. Agosto 1999.
3. Landeros O E. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. 2000; 8:56-59
4. Flores LF, Cabeza FA, Calarco ZE. Endocrinología. 4ta. Ed. México: Méndez Editores, 2004: pp. 391.
5. De los Ríos CJ. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Rev Med Hosp. Gen Mex. 2005; 68(3): 82-94
6. Rage AE. Ciclo vital de la pareja y la familia. 1ra. Ed. México: Plaza y Valdés Editores, 1997: pp. 41-58
7. Rodríguez EM. Autoestima: Clave del éxito personal. 2da. Ed. México: El manual moderno,1988:1-53
8. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 2da. Ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 2004: pp.73-89
9. Dulanto GE. La Familia. 1ra. Ed. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004:pp.543
10. Urbina CC. La participación de la mujer en actividades productivas. Un enfoque de género. Revista Latinoamericana de salud en el trabajo. 2003;3 (1): 30-35.
11. Herrera SP. Rol de género y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(6): 568-73
12. Guibert RW. Influencia en la salud del rol de género. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1): 7-1

13. Serrano GM. La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. 2da. Ed. España: Díaz de Santos, 2002. pp. 107-117
14. Sánchez SB. Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. Anales de psicología 1999; 15(2): 251-260.
15. Riveros A, Cortazar PJ, Alcázar F. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. Int J Clin Health Psicol. 2005; 5(3): 445-462.
16. Garaigordobil M, Durá A, Pérez JI. Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima. Annuary of clinical and Health Psychology. 2005; 1: 53-63.

Anexo 1 INSTRUMENTO DE EVALUACION

Por favor, conteste a las siguientes preguntas colocando una cruz en el recuadro según la respuesta que considere adecuada:

EDAD	ESTADO CIVIL
ESCOLARIDAD	OCUPACION
OTRA ENFERMADAD	SEXO
TIEMPO CON DIABETES	

	Me describe	No me describe.
1. Más de una vez he deseado ser otra persona.		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo.		
3. Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera.	—	—
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.	—	—
5. Conmigo se divierte uno mucho.	—	—
6. En casa me enfado a menudo.	—	—
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.	—	—
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.	—	—
9. Mi familia espera demasiado de mí.	—	—
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos.	—	—
11. Suelo ceder con bastante facilidad.	—	—
12. No es nada fácil ser yo.	—	—
13. En mi vida todo está muy embarullado.	—	—
14. La gente suele secundar mis ideas.	—	—
15. No tengo muy buena opinión de mi mismo.	—	—
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.	—	—
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo.	—	—
18. Soy más feo que el común de los mortales.	—	—
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.	—	—
20. Mi familia me comprende.	—	—
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.	—	—
22. Me siento presionado por mi familia.	—	—
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.	—	—
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho.	—	—
25. No soy una persona muy de fiar.	—	—

Clave de corrección de la Escala de Autoestima de Coersmith

Puntúan con 1 punto las siguientes respuestas:

Item nº	Puntúa si ha respondido:
1	No me describe
2	No me describe
3	No me describe
4	Me describe
5	Me describe
6	No me describe
7	No me describe
8	Me describe
9	No me describe
10	Me describe
11	No me describe
12	No me describe
13	No me describe
14	Me describe
15	No me describe
16	No me describe
17	No me describe
18	No me describe
19	Me describe
20	Me describe
21	No me describe
22	No me describe
23	No me describe
24	Me describe
25	No me describe

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA DETERMINAR NIVEL DE AUTOESTIMA

0-9 Destaca signitivamente Baja.

10-14 Media- Baja.

15-16 Media.

17-21 Media alta.

22-25 Destaca Significativamente Alta.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Influencia del sexo del paciente portador de diabetes mellitus 2 en su nivel de autoestima" de la UMF No. 94, registrado ante el comité local de investigación médica con el número 3515 el objetivo de este estudio es: Comprobar si el género del paciente diabético influye en su nivel de autoestima.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar los datos que se me preguntan a través de un cuestionario elaborado específicamente para ello.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

Riesgos: Ninguno

Inconvenientes: Inversión de tiempo para contestar la encuesta que tiene como promedio 10 minutos para ello.

Beneficios: ninguno en forma inmediata aunque existe la posibilidad de que el estudio contribuya a la mayor capacitación de los médicos que me atienden y por ello obtener un beneficio a largo plazo en una mejor atención médica.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que llevare a cabo. Para lo cual se me ha indicado que la responsable es la Dra. OROZCO POSADAS LOURDES quien puede ser localizada en la jefatura de enseñanza de la UMF No.94 del IMSS o al teléfono 57 36 75 92

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte, la atención médica que recibo en esta institución.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Así mismo entiendo que el investigador no se constituye en mi médico tratante por lo que de encontrarse alguna alteración en los resultados de mi encuesta mi médico familiar será informado para que a su criterio, como médico tratante, determine las acciones necesarias para llevar a cabo un tratamiento integral.

Nombre y Firma
Paciente