



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
T E S I S

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

P R E S E N T A

DR. TORRES AVILÉS FELIPE DE JESÚS
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 997371499 Teléfono: 5581464428 Fax: No Fax
Correo: apolo_zero@hotmail.com

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Correo: gilberto.espinoza@imss.gob.mx

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. SANCHEZ PINEDA JORGE
ASESOR CLÍNICO

Médico Familiar Jefe de servicio de Medicina Familiar Turno Vespertino del
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99379893 Teléfono: 5540432008 Fax: No Fax
Correo: jorge.sanchezpi@imss.gob.mx

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO ENERO 2019
No. DE REGISTRO:



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Dr. Torres Avilés Felipe de Jesús¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dr. Sánchez Pineda Jorge⁴

1 Médico Residente de Especialización en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
4 Médico Especialista en Medicina Familiar Adscrito al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

OBJETIVO:

Evaluar el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, descriptivo, no comparativo, prospectivo, observacional con una muestra de 139 pacientes, de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS. Intervalo de confianza 95%, amplitud del intervalo de confianza 0.10. Instrumento de medición: Evaluación de autoeficacia al tratamiento en diabetes tipo 2.

RESULTADOS:

Se estudió 139 pacientes portadores de Diabetes tipo 2, en la consulta externa del HGZ/UMF 8, con una edad promedio de 56 años. En el estudio se encontró que el nivel de autoeficacia al tratamiento que predominó en la unidad fue autoeficacia moderada con 38.1%, seguido de autoeficacia alta con 32.4% y al final autoeficacia baja con 29.5%.

CONCLUSIONES:

El nivel de autoeficacia que predominó en los pacientes portadores de diabetes tipo 2 es autoeficacia moderada, se encontró que efectivamente está relacionada con un mejor control de niveles de glucosa, se pueden implementar grupos para ampliar el conocimiento acerca de la enfermedad por parte de los pacientes y aumentar el nivel de autoeficacia del HGZ/UMF 8, se pueden realizar estudios en otras UMF para determinar y comparar resultados.

PALABRAS CLAVE

Autoeficacia, Diabetes tipo 2, Glucosa.

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE
AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. JORGE SANCHEZ PINEDA
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO FAMILIAR JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR TURNO
VESPERTINO DEL HGZ/UMF 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que me han apoyado, han estado a mi lado en cada momento y siempre me han dado ánimos, las personas que a pesar de todo siempre han creído en mí, infinitas gracias.

A mis hermanos por haberme dado ánimos aun en los momentos más difíciles, por darme la fuerza para salir adelante y por el apoyo en los momentos de mayor necesidad.

A todos los médicos que colaboraron para este proyecto, al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio por haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores y al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro quien siempre ha sido un facilitador, admiración respeto y cariño, Dr. Jorge Sánchez Pineda, asesor clínico quien con su valiosa experiencia contribuyo de forma sustancial para la realización de trabajo

A Vianny Fernanda, la persona que inesperadamente llego a mi vida, la cual me ha apoyado incondicionalmente, me ha hecho muy feliz y con la que quiero escribir una gran historia en el futuro.

A mis compañeros de residencia por compartir este trayecto juntos, por el apoyo en las noches de guardia y por estar siempre para escuchar

Gracias totales...

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Marco teórico	7
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Objetivos	17
Hipótesis	18
Material y métodos	19
Diseño de la investigación	20
Población o universo	21
Ubicación temporal y espacial de la población	22
Muestra	23
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	24
Variables	25
Diseño estadístico	30
Instrumento de recolección	31
Método de recolección	32
Maniobras para evitar y controlar sesgos	33
Cronograma de actividades	34
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	36
Consideraciones éticas	37
Resultados	40
Tablas y gráficas	44
Discusión	61
Conclusiones	64
Bibliografía	65
Anexos	68

MARCO TEÓRICO

DIABETES

Definición y clasificación:

La diabetes es una enfermedad que ha estado presente a lo largo del tiempo, esta ha sido identificada y señalada desde los antiguos griegos, egipcios y comunidades asiáticas, la primera vez que se reporta esta palabra fue en el año 250 A.C. por Apollonius Memphis, diabetes proviene de la palabra griega para denominar sifón. Siglos después el investigador Thomas Willis en 1670, nota un sabor característico y dulce en la orina de los pacientes, por lo que decide agregar la palabra mellitus al nombre de esta enfermedad.¹

La diabetes es una enfermedad multifactorial, crónica y compleja que requiere de atención médica continua, está caracterizada por una elevación de niveles de glucosa séricos y por defectos en la secreción o acción de insulina. Aparte de los factores ya mencionados se ven involucrados en su aparición la destrucción de células beta del páncreas, hasta múltiples alteraciones que conducen a presentar resistencia a la insulina.²

La clasificación respecto a la diabetes ha cambiado a lo largo de los años, la que se usa en la mayoría de las ocasiones es la utilizada por la American Diabetes Association (ADA) la cual clasifica a la diabetes en 4 categorías: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes mellitus gestacional (DMG), Tipos específicos de diabetes debido a otras causas.³

La diabetes tipo 1 hasta el momento se cree que es producida por un componente inmune asociado, el cual se encarga de destruir las células beta pancreáticas productoras de insulina. Normalmente este tipo de diabetes se consideraba un trastorno en niños y adolescentes, pero estudios realizados en la última década ha hecho cambiar de opinión, por lo que la edad ya no es considerada un factor diagnóstico. Se acompaña en la mayoría de las ocasiones de poliuria, polidipsia, polifagia (el trio de síntomas clásico que acompañan el inicio de esta enfermedad), junto con hiperglucemia. Un sello característico de esta patología es el la necesidad de insulina.⁴

La diabetes tipo 2 puede ir desde un componente predominantemente basado en una gran resistencia de insulina con deficiencia relativa en la producción de insulina, hasta una resistencia relativa de insulina con una gran deficiencia en la producción de insulina, del 90% al 95% de los pacientes con diabetes padecen la tipo 2, no se asocia con las etiologías de los demás tipos de diabetes, es de origen multifactorial, su evolución e inicio es lento e insidioso, puede no causar síntomas, está caracterizada por manejar niveles de glucosa elevados, con una producción de insulina normal o elevada al principio de la enfermedad, razón por la cual no se puede detectar clínicamente, los diferentes factores que predisponen a esta enfermedad pueden ser desde la edad, hasta la predisposición genética, sin olvidar hábitos alimenticios y estilos de vida. Se ha asociado directamente a la obesidad, ya que se relaciona directamente con resistencia a la insulina, principalmente los pacientes que presenta mayor grado de distribución de grasa a nivel abdominal.⁵

En México es muy importante ya que como se verá más adelante es una de las enfermedades con aumento en su prevalencia y que más cuesta a las instituciones como el IMSS, por lo que importante la identificación temprana y oportuna de las complicaciones agudas y crónicas.⁶

La Diabetes gestacional, es un tipo de diabetes que se diagnostica durante el embarazo y que no es de tipo 1 o 2, está caracterizada por aumento en los niveles de glucosa debido a un déficit en la producción de insulina y resistencia a la insulina en tejidos periféricos, esto secundario a hormonas liberadas durante la gestación.⁷

La glucosa en niveles altos afecta también al feto, se acumula en forma de lípidos, por lo que aumenta la probabilidad de que él bebe sea obeso o tenga sobrepeso en su infancia y adolescencia y que de adulto sufra de hipertensión, enfermedades cardiacas y diabetes tipo 2.⁸

El cuarto rubro de clasificación de diabetes según ADA se clasifica en otros tipos en las que podemos encontrar: endocrinopatías, infecciones, defectos genéticos de las células beta pancreáticas, enfermedades del páncreas exocrino, inducida por fármacos o sustancias químicas, otros síndromes genéticos asociados a diabetes. En este tipo de padecimientos tiene más peso el componente extrínseco y genético.⁹

También existe un término llamado prediabetes, el cual se caracteriza por concentraciones de glucosa más elevada de lo normal, pero sin llegar a clasificarse como diabetes. Este padecimiento es reversible y predispone a la aparición de diabetes. El sobrepeso y el sedentarismo son los factores de riesgos principales para padecer esta enfermedad, se debe prestar especial atención a este término, ya que como en su definición menciona es reversible, por lo que podremos incidir directamente en ella para evitar su evolución en diabetes.¹⁰

Otras enfermedades pueden asociarse a la prediabetes como: enfermedad cardiovascular, enfermedad periodontal, disfunción cognitiva, enfermedad microvascular, presión arterial anormalías, apnea obstructiva del sueño, baja testosterona, síndrome metabólico, varios biomarcadores, hígado graso enfermedad y cáncer.¹¹

Epidemiología

La diabetes es una pandemia a nivel mundial, esta se ha incrementado bastante y seguirá haciéndolo, se calcula que para el 2045 llegue a duplicarse. Esta enfermedad afecta hoy día a más de 425 millones de personas, una tercera parte de las cuales son personas mayores de 65 años. Se espera que el número de personas con diabetes aumente a 693 millones para 2045. Los 5 países con mayor incidencia a nivel mundial son: China, India, Estados Unidos, Brasil y México. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. La mortalidad a nivel mundial se calcula en aproximadamente 4,0%, lo que equivale cerca de 3,2 a 5,0 millones de personas, con edades entre 20 y 79 años. La diabetes ha sido responsable del 10,7% de la mortalidad mundial por cualquier causa en personas de este grupo de edad. El país con el gasto sanitario más alto es Estados Unidos, México ocupa el octavo lugar.¹²

En México la esperanza de vida al nacer es de 75.3 años, se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. La edad promedio de muerte en personas con diabetes es de 66.7 años en el 2010.¹³

Del total de la población de adultos en México, 9.17% reportó tener un diagnóstico previo de diabetes por un médico, lo que equivale a 6.4 millones de personas. Por sexo, este porcentaje fue de 8.60%, entre los hombres y 9.67%, entre las mujeres, lo que equivale a 2.84 millones de hombres y 3.56 millones de mujeres. Las entidades con mayor proporción de individuos con diagnóstico de diabetes son el Distrito Federal 12.7%, Estado de México 11.5%, y Veracruz 10.7%, en tanto que para las mujeres, las entidades con mayor proporción de personas con diagnóstico de diabetes son Nuevo León 15.5%, Tamaulipas 12.8, y Distrito Federal 11.9%.¹⁴

La ENSANUT 2014 es la mayor encuesta realizada a nivel nacional reporta lo siguiente: Los datos identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. Del total de personas que se identificaron como diabéticas, 16% (poco más de un millón) son del grupo que reportan no contar con protección en salud, en tanto que 42% (2.7 millones) son derechohabientes del IMSS, 12% (800 mil) de otras instituciones de seguridad social, y 30% (1.9 millones) refieren estar afiliados al SPSS. Los últimos datos son muy importantes ya que observamos la magnitud de pacientes que se atienden por el instituto.¹⁵

La mortalidad en el 2015 secundaria a diabetes se calcula en 15% de la mortalidad general.¹⁶

Diagnóstico

Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico de diabetes son los siguientes:

Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dl (con ayuno de por lo menos ocho horas). Glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl luego de que se le haya aplicado una prueba de tolerancia oral a la glucosa al paciente (según la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud), por medio de la administración previa de una carga de glucosa anhidra de 75 g disuelta en agua.¹⁷

Otros valores que se utilizan para ello son: hiperglucemia o glucemia ≥ 200 mg/dl. Intravenosa. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado por pruebas repetidas, hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c) ≥ 6.5 % (prueba estandarizada y realizada en el laboratorio).¹⁸

Existen pacientes en los cuales no podemos obtener un resultado para diagnosticar diabetes, pero las cifras de glucosa que manejan no se encuentran dentro de parámetros normales, a esos pacientes se les clasifica como prediabéticos o con intolerancia a la glucosa, para su diagnóstico se pueden emplear dos criterios, el primero es con una curva de tolerancia a la glucosa la cual se lleva a cabo con una toma de 75 mg de glucosa disuelta en 300 ml de agua, la cual debe beberse en menos de 5 minutos, se toma un control a las 2 horas posteriores a la carga y si los valores de glucosa plasmática se encuentran entre 140 y 199 mg/dl, se da diagnóstico de prediabetes. La segunda forma de diagnóstico es con una glucosa después de un ayuno de 8 horas los valores de diagnóstico deben ser entre 100 y 125 mg/dl.¹⁹

Una tercera prueba que se utiliza es la hemoglobina glucosilada, según la Asociación Americana de Diabetes las cifras que se consideran como diagnosticas son 5.7 a 6.4%, mientras que el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de Reino Unido, toma como valores 6 a 6.4%. Recordar que en México no está normado el uso de hemoglobina glucosilada.²⁰

Las intervenciones deberían ser más intensivas en aquellos individuos con HbA1c $> 6\%$, por considerarles de muy alto riesgo.²¹

Factores de Riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus

Existen múltiples factores de riesgo, por los cuales las personas sanas o con prediabetes pueden desarrollar esta enfermedad los cuales se pueden dividir a su vez en modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables son: edad >45 años, familiar de primer grado con diabetes tipo 2, Raza Áfrico-Americano, Hispano, Asiático, de Islas del Pacífico, nativo Americano, Historia previa de diabetes gestacional.²²

Los Factores de riesgo modificables: sobrepeso, obesidad estrés oxidativo, tabaquismo, dieta alta en carbohidratos, sedentarismo Hay que prestar especial atención a los factores de riesgo modificables, ya que es en los cuales podemos incidir de manera directa, en ellos podemos llevar acciones y campañas para prevenir la aparición de la enfermedad.²³

Tratamiento

El tratamiento es importante, con este se busca mantener glucosa en cifras más cercanas a lo normal durante el mayor tiempo posible, evitando complicaciones como hipoglucemias.

El tratamiento con el que disponemos vía oral son los siguientes: sulfonilureas de segunda generación: glibenclamida, gliclazida, glimepirida, glipizida. Biguanidas: metformina. Tiazolidinedionas: pioglitazona, rosiglitazona. Inhibidores de la alfa glucosidasa: carbosa, miglitol, voglibosa. Inhibidores de la DPP4: alogliptina, sinagliptina, saxagliptina, sitagliptina, vildagliptina. Glinidas, nateglinida, repaglinida. Agonistas del receptor de dopamina: bromocriptina. Tratamiento para diabetes inyectable: Análogos del polipéptido amiloide de los islotes (amilina):pramlintide. Agonistas del receptor GLP-1: exenatide, liraglutida, lixisenatide. Insulina de acción rápida y de acción corta, insulina soluble (también conocida como insulina regular), insulina aspart, insulina glulisina, insulina lispro, insulina zinc amorfa (también conocida como insulina semilenta), insulina de acción intermedia, insulina isofánica (también conocida como insulina NPH), insulina de zinc (también conocida como insulina lente). Insulina de acción prolongada, insulina zinc-cristalina (también conocida como insulina ultralenta), insulina detemir, insulina glargina. El tratamiento contra la diabetes debe ser integral, siempre hay que recalcarle al paciente que el tratamiento a base de medicamentos constituye menos de un 50% del total siempre mencionar que las otras dos pautas del tratamiento son la dieta y el ejercicio.²⁴

Existen nuevos tratamientos hipoglucemiantes vía oral los cuales son: inhibidores del cotransportador renal de sodio-glucosa tipo 2. Actualmente se comercializan tres fármacos: la dapagliflozina, la empagliflozina y la canagliflozina. Estos actúan reduciendo los niveles de glucosa y mejorando la sensibilidad de la insulina, además de que hay efectos favorables en la reducción de la presión arterial y el peso, pero también modifican otros parámetros como la adiposidad visceral, la rigidez arterial, la albuminuria y la concentración de ácido úrico.²⁵

Existen artículos en los cuales se recomiendan distintos tipos de dietas para estos pacientes, pero se han realizado metaanálisis en los cuales se revisan dietas específicas como la mediterránea y se llega a la conclusión de que no hay una dieta mejor que otra.²⁶

Siempre es necesario que el paciente sea enviado con el especialista y este modifique la dieta dependiendo del estado socioeconómico, lugar de residencia, no solo se requiere una sesión, sino múltiples.²⁷

Complicaciones

Las complicaciones se dividen clásicamente en microvasculares y macrovasculares, estas pueden ser enfermedades cardiovasculares como accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía, además de existir complicaciones agudas como cetoacidosis y estado hiperosmolar.²⁸

AUTOEFICACIA

Las bases del modelo de autoeficacia se dan en términos de una triada, para Bandura existen 3 componentes, interactúan de manera recíproca, estos tres determinantes son: personales, la conducta, influencias ambientales. Bandura propone que la conducta humana es el resultado de la interacción entre los determinantes personales y las fuentes de influencia externa y medioambiental. Para el proceso de autoeficacia se debe dar: primero, las personas se deben comprometer a una conducta, segundo, interpretar el resultado de sus acciones, tercero, desarrollar creencias sobre si son capaces o no de llevar a cabo conductas subsecuentes en contextos similares. La observación y vivencia de los éxitos pasados crean una fuerte sensación de autoeficacia personal percibida. Modelo de aprendizaje vicario: tiene mayor probabilidad de éxito, este se da observando y escuchando un modelo, la persuasión verbal se utiliza en este modelo para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir aquello que se desea realizar.²⁹

La autoeficacia es un concepto clave en la Teoría Cognitiva de Bandura, y se define como juzgamiento de la persona para organizar y realizar acciones, las dimensiones de la autoeficacia que influyen el comportamiento humano son la magnitud, que es la percepción del grado de dificultad para desempeñar una tarea determinada, la fuerza que es la convicción personal para realizar dicha tarea y la generalidad que es la capacidad de usar lo aprendido en otras situaciones. Estos son los tres aspectos importantes para la autoeficacia.³⁰

Este constructo se introdujo por primera vez en 1977, bajos niveles de autoeficacia se han asociado con depresión, ansiedad, desamparo, mientras que niveles altos de autoeficacia se asocian a inversión de tiempo con fines de alcanzar metas, mayor esfuerzo, más persistencia y mayor compromiso. En relación con las conductas a la salud y la autoeficacia se ha encontrado que a mayor autoeficacia mayor probabilidad de iniciar cuidados preventivos y búsqueda de tratamientos tempranos. Influye positivamente en varias áreas, algunas de ellas pueden ser: el ejercicio, en el estrés, en control de dolor. Una definición alterna de autoeficacia es la siguiente: creencia que tiene una persona para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Se han identificado que altos niveles de autoeficacia se relacionan con mayor bienestar tanto físico como mental y en relación a la diabetes con un mejor apego a tratamiento y mejor control de la enfermedad. Esto se podría entender en el paciente diabético como el conocimiento que tiene de su enfermedad y acciones que lleva a cabo para un mejor control.³¹

En México no hay muchas investigaciones acerca de este tema. Existe validados pocos instrumentos para uso en México sin embargo se desarrolló un nuevo instrumento en el 2010 el cual lleva el nombre de autoeficacia al tratamiento en diabetes. Este instrumento se construyó en 2010 para medir la autoeficacia que los pacientes perciben al realizar las conductas señaladas en su tratamiento, se incluye toma de medicamento, seguimiento del plan alimenticio y realización de actividad física. Los reactivos se construyeron con base en los lineamientos propuestos por Bandura (2005) para la construcción de instrumentos que miden esta variable, entre ellos se consideraron los siguientes: 1) uso de la palabra capacidad (qué tan capaz se percibe el sujeto de realizar cierta conducta) como inicio de la pregunta y como opción de respuesta; 2) adecuado análisis conceptual del dominio a evaluar que considere los distintos factores que incidan en la capacidad del sujeto para realizar la conducta (en el caso de la autoeficacia para seguir el plan alimenticio los reactivos incluyeron factores como la presión social o el cambio de ambiente que dificultan la realización de esta conducta); 3) incluir en los reactivos la realización de la conducta en distintas condiciones (en el caso de la autoeficacia a la realización de la actividad física se incluyen preguntas en las que se explora esta conducta dentro de casa, fuera de casa, solo o acompañado de algún familiar). Es una escala autoaplicable tipo Likert pictórica con cuatro opciones de respuesta que van desde 1 no me siento capaz, a 4 me siento muy capaz, el total de preguntas son 16, tiene un alpha de Cronbach de 0.83, duración aproximada de aplicación 5 minutos, tiempo de análisis del mismo 2 minutos. Para su evaluación se utiliza la media aritmética, en donde los valores que estén más cerca de la medida central se determinaron como autoeficacia moderada, los que se encontraron cerca del 16 son autoeficacia baja y los que estuvieron cerca del 64 fueron una autoeficacia alta.³² (ANEXO 2)

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio en Chile, con 118 pacientes de ambos sexos, de entre 35 y 64 años, de la ciudad de Concepción (Chile), quienes respondieron la Escala de Autoeficacia Generalizada en donde encontraron que se relaciona de manera significativa con la adherencia al tratamiento y un mejor control y evolución de la enfermedad.³³

Se ha realizado un estudio en Cuba pero solo fue para pacientes con diabetes en tratamiento con hemodiálisis, se utilizó la escala de autoeficacia generalizada, se realizó en 2015 con un total de 80 pacientes 46 son hombres y 34 mujeres, en rango de edades entre 36 y 79 años, nivel educativo predominante primaria, estado civil, casado, la autoeficacia que se encontró fue alta.³⁴

Otro estudio realizado en España a 220 pacientes residentes de ese país con enfermedades crónicas se encontró que el grado de autoeficacia era de moderado a alto, de igual manera que a menor autoeficacia menor apego a dieta y ejercicio.³⁵ En México, en la UMF 48 del IMSS se realizó un estudio similar en donde estudiaban autoeficacia y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, se realizó en esta unidad ya que es la más grande en la región de occidente, los participantes totales fueron 314, se calculó la muestra con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 95%, la muestra fue conformada por 206 mujeres y 108 hombres, edad de 23 a 90 años, con una media de 61.66 años, estado civil 223 (71%) 91 (29%) casados, nivel educativo 73.6% primaria, 15% secundaria 6.7% preparatoria y 4.8% licenciatura. Respecto al IMC, 36.6% (115) tenía sobrepeso; 27.7% obesidad grado I (87); 8.9% obesidad grado II (28) y 2.5% obesidad grado III (8). En torno a la autoeficacia el 81.5% (256) son autoeficaces mientras que el 18.5% (58) resultaron no autoeficaces ³⁶

En el 2012 se analizó nuevamente el instrumento, en donde encuestaron 240 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 seleccionados de forma intencional en centros de salud del estado de Hidalgo. De la muestra total, 63 (26.3%) eran hombres y 177 (73.8%) mujeres. Con respecto a la escolaridad, 181 (75.4%) de los participantes contaban con primaria, 35 (14.6%) con secundaria, 18 (7.5%) preparatoria y 6 (2.5%) con licenciatura. Por lo que respecta al estado civil, 158 (65.8%) de los participantes estaban casados o vivían en unión libre, mientras que 82 (34.2%) vivían solos. Como conclusión del estudio se determinó que la escala puede emplearse sin problema, anué después de este estudio no se encuentran otros con la misma escala.³⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población, para ser precisos en México se reportaron del total de la población, 9.17% tiene diagnóstico de diabetes, lo que equivale a 6.4 millones de personas. Por sexo, este porcentaje fue de 8.60% en los hombres y 9.67% en las mujeres, lo que equivale a 2.84 millones de hombres y 3.56 millones de mujeres.

Se reportan gastos para México de 3,430 millones de dólares (68,600,000 millones de pesos) al año en su atención y en el manejo de las complicaciones.

Con los datos anteriores observamos un aumento en incidencia y prevalencia de la enfermedad, que conlleva a un incremento en gastos secundario a tratamiento y complicaciones.

Es necesario identificar el nivel de autoeficacia ya que entre mayor sea el nivel de autoeficacia mayor control se identifica en los pacientes, con ello podemos evitar los costos altos en tratamientos de complicaciones y emplear los recursos a nuevos y mejores tratamientos.

¿Cuál es el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Se prevé que para el año 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones de afectados. Se identifica un alta prevalencia e incidencia de la enfermedad, de igual manera una mortalidad elevada, en el 2012 provocó 1.5 millones de muertes.

El primer nivel de atención en salud es el responsable de enseñar y educar al paciente respecto a sus enfermedades, por lo que debemos involucrar a los pacientes en cada consulta que le podamos ofrecer. Es necesario saber el nivel de conocimiento que tienen a cerca de su enfermedad, y la capacidad para distinguir sus problemas y enfrentarlos.

La autoeficacia es un rubro que puede ser evaluado en el paciente diabético, este término viene de la Teoría Cognitiva de Bandura, y se define como juzgamiento de la persona para organizar y realizar acciones, en otras palabras y aplicado al paciente diabético es la creencia que tiene una persona para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

La autoeficacia en un paciente con diabetes se asocia a mayor control de la enfermedad, mejor calidad de vida, una buena adherencia al tratamiento.

Es necesario conocer el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, ya que se relaciona a una mejoría en distintos aspectos de vida, así como un buen control.

El siguiente estudio se realizó para saber el grado de autoeficacia de los pacientes portadores de diabetes tipo 2, con ello podemos determinar medidas a seguir para aumentar el nivel de autoeficacia actual de los pacientes.

OBJETIVOS

General:

-Evaluar el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Específicos:

- Conocer la relación que guarda el nivel de autoeficacia con el control de la diabetes tipo 2.
- Identificar rango de edad de los pacientes portadores de diabetes tipo 2.
- Definir género predominante en pacientes portadores de diabetes tipo 2.
- Verificar nivel de autoeficacia con la clasificación de peso según OMS.

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis por motivos de formación académica y aprendizaje, ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis.

HIPÓTESIS NULA (H_0):

Los pacientes con diabetes tipo 2 en HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tienen un alto nivel de autoeficacia al tratamiento.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

Los pacientes con diabetes tipo 2 en HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tienen un alto nivel de autoeficacia al tratamiento.

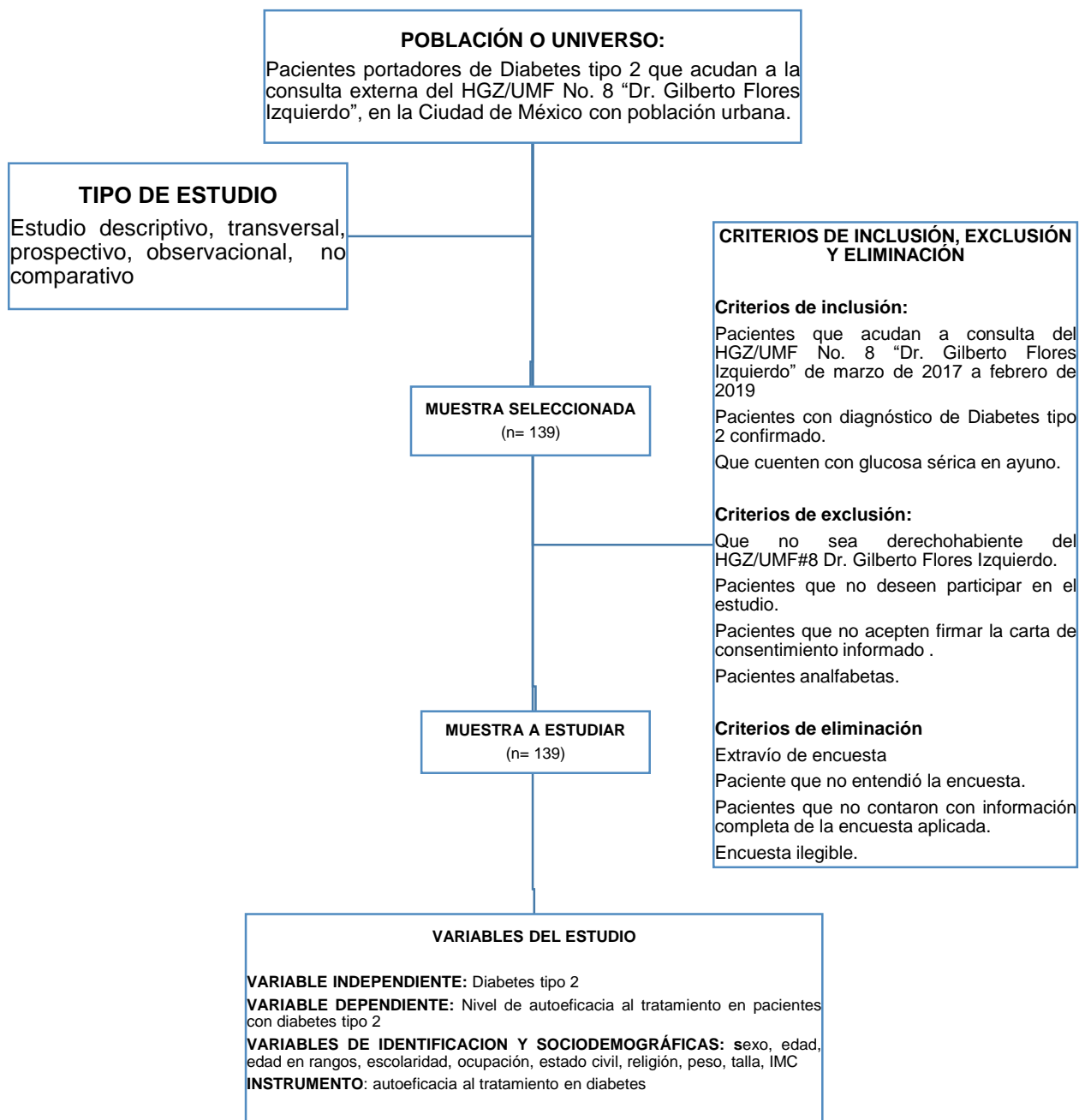
MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús

POBLACIÓN O UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes portadores de Diabetes tipo 2 que acudan a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la Ciudad de México con población tipo urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se llevó a cabo en el HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra ubicado en Av. Río Magdalena No 289, col. Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México. Se realizó en el período comprendido de marzo de 2017 a febrero de 2019.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica fue de 139 pacientes, esto basándose en la prevalencia, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.10, y una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= número total de individuos requeridos

Z alfa= desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= proporción esperada

(1 - p)= nivel de confianza del 95%

W= amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión

Pacientes que acudan a consulta del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” de marzo de 2017 a febrero de 2019

Pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 confirmado

Que cuenten con glucosa sérica en ayuno

Criterios de exclusión

Que no sea derechohabiente del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Pacientes que no deseen participar en el estudio

Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado

Pacientes analfabetas

Criterios de eliminación

Extravío de encuesta

Paciente que no entendió la encuesta

Pacientes que no contaron con información completa de la encuesta aplicada

Encuesta ilegible.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Diabetes tipo 2

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de autoeficacia al tratamiento

VARIABLES DE IDENTIFICACION Y SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Sexo
2. Edad
3. Edad en rangos
4. Escolaridad
5. Estado Civil
6. Ocupación
7. Religión
8. Peso
9. Talla
10. IMC

VARIABLES DE PATOLOGÍA

1. Glucosa sérica en ayuno
2. Clasificación de peso según OMS

VARIABLES DE INSTRUMENTO

1. Instrumento de evaluación de autoeficacia al tratamiento en diabetes

Consta de 16 reactivos, para evaluación y resultados se da un puntaje de 1 a 4 a cada respuesta, posteriormente se determina si es alta autoeficacia, moderada autoeficacia o baja autoeficacia, si se encuentran en la siguiente puntuación, de 16 a 32 puntos: baja autoeficacia, de 33 a 48 puntos moderada autoeficacia y de 49 a 64 alta autoeficacia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN Y SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
SEXO	Género al que pertenece un individuo
EDAD	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento
EDAD EN RANGOS	Tiempo que ha vivido un individuo categorizado por cada 20 años
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente
ESTADO CIVIL	Condición de soltería, matrimonio o viudez, etc. de un individuo
OCUPACIÓN	Trabajo, empleo, puesto u oficio en la cual la población emplea su tiempo
RELIGIÓN	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural
PESO	Medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto
TALLA	Designa la altura de un individuo
IMC	Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE PATOLOGÍA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
GLUCOSA SERICA EN AYUNO	Es la medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo. Durante el ayuno, los niveles normales de glucosa oscilan entre 70 y 99 mg/Dl, en pacientes diabéticos se buscan obtener cifras menores de 130 mg/dl.
CLASIFICACION DE PESO SEGÚN OMS	Es una medida que se aplica tanto a hombres como mujeres en edad adulta propuesto por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud.

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE TEST

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES	<p>Creencia que tiene una persona para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.</p> <p>Escala tipo Likert pictórica con cuatro opciones de respuesta que van de: 1 no me siento capaz a 4 me siento muy capaz.</p> <p>Para evaluación y resultados se da un puntaje de 1 a 4 a cada respuesta, posteriormente se determina si es alta autoeficacia, moderada autoeficacia o baja autoeficacia, si se encuentran en la siguiente puntuación: de 16 a 32 puntos baja autoeficacia, de 33 a 48 puntos moderada autoeficacia y de 49 a 64 alta autoeficacia.</p>

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERÍSTICAS GENERALES

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

VARIABLES IDENTIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
SEXO	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
EDAD	Cuantitativa	Continua	Años
EDAD EN RANGOS	Cualitativa	Ordinal	1.-De 20 a 40 años 2.-De 41 a 60 años 3.-De 61 a 80 años 4. Mayor de 81 años
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Ordinal	1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Bachillerato 4.-Carrera técnica 5.-Licenciatura 6.-Posgrado
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	1.-Casado 2.-Soltero 3.-Viudo 4.-Divorciado 5.-Unión libre
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal	1.-Empleado 2.-Desempleado 3.-Estudiante 4.-Pensionado 5.-Jubilado
RELIGIÓN	Cualitativa	Nominal	1.-Católica 2.-Testigo de Jehová 3.-Cristiano 4.-Catolica 5.-Ateo 6.-Otra

IMC	Cuantitativa	Continua	Kg/m ²
PESO	Cuantitativa	Continua	Kilogramos
TALLA	Cuantitativa	Continua	Centímetros

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
GLUCOSA SERICA EN AYUNO	Cuantitativa	Continua	mg/dl
CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN LA OMS	Cualitativa	Ordinal	1.-Bajo peso <18.5 2.-Peso normal 18.5-24.9 3.- Sobrepeso 25-29.9 4.- Obesidad grado 1 30-34.9 5.- Obesidad grado 2 35.-39.9 6- Obesidad grado 3 >40

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
TEST DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES	Cualitativa	Ordinal	1.-Bajo 2.-Moderado 3.-Alto

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, además de distribución de frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra fue representativa con un nivel de confianza 95% y se calculó a través de su prevalencia que fue del 9.2%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se creó una hoja de recolección de datos (ANEXO 2) donde se registraron las variables sociodemográficas y las variables propias del instrumento.

Este test fue desarrollado pensando en la población mexicana, ya que en la actualidad se cuentan con algunos instrumentos a nivel mundial que miden este tipo de parámetros, sin embargo, no de forma específica a la diabetes, fue desarrollado por Del Castillo Arreola A, y colaboradores.

Este instrumento se construyó en 2010 para medir la autoeficacia que los pacientes perciben al realizar las conductas señaladas en su tratamiento, se incluye toma de medicamento, seguimiento del plan alimenticio y realización de actividad física. Los reactivos se construyeron con base en los lineamientos propuestos por Bandura (2005) para la construcción de instrumentos que miden esta variable, entre ellos se consideraron los siguientes: 1) uso de la palabra capacidad (qué tan capaz se percibe el sujeto de realizar cierta conducta) como inicio de la pregunta y como opción de respuesta; 2) adecuado análisis conceptual del dominio a evaluar que considere los distintos factores que incidan en la capacidad del sujeto para realizar la conducta (en el caso de la autoeficacia para seguir el plan alimenticio los reactivos incluyeron factores como la presión social o el cambio de ambiente que dificultan la realización de esta conducta); 3) incluir en los reactivos la realización de la conducta en distintas condiciones (en el caso de la autoeficacia a la realización de la actividad física se incluyen preguntas en las que se explora esta conducta dentro de casa, fuera de casa, solo o acompañado de algún familiar).

Es una escala autoaplicable tipo Likert pictórica con cuatro opciones de respuesta que van de: 1 no me siento capaz, a 4 me siento muy capaz, el total de preguntas son 16, posteriormente se determina si es alta autoeficacia, moderada autoeficacia, o baja autoeficacia, si se encuentran en la siguiente puntuación, de 16 a 32 puntos: baja autoeficacia, de 33 a 48 puntos moderada autoeficacia y de 49 a 64 alta autoeficacia, tiene un alpha de Cronbach de 0.83, duración aproximada de aplicación 5 minutos, tiempo de análisis del mismo 2 minutos.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó la aplicación del test de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 que asistieron a consulta externa del HGZ/UMF No. 8. Los cuales deben que tener una edad mayor de 18 años, que se hayan realizado glucosa sérica en ayuno.

A las personas objeto de estudio se les dio una breve descripción sobre el test, su utilidad y beneficios, se dio y leyó el consentimiento informado, a las personas que aceptaron participar se les realizó la medición del peso y talla en el consultorio con un equipo que constaba de una balanza con tallímetro, se registraron y se calculó el Índice Masa Corporal.

Posteriormente se realizó preguntas del instrumento el cual tuvo una duración aproximada de aplicación 5 minutos, tiempo de análisis del mismo en 2 minutos.

Por último se verificó el correcto llenado del instrumento de recolección de datos y, se procedió a la estimación de la puntuación obtenida en la hoja de recolección de datos, finalmente se integró la información obtenida en una base de datos electrónica con el uso de programa de Excel, para el análisis correspondiente que se realizará en etapas posteriores de este protocolo en el programa estadístico SPSS versión 22.

Esta información se obtuvo en un plazo de un año.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Control de sesgos de información:

El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos requeridos.

Las fuentes de información fueron ser similares para todos los participantes.

Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.

Definición de la exposición y de la enfermedad debió ser estándar.

Control de sesgos de medición:

El control de la investigación, corrió a cargo del autor, que fue el encargado de aplicar el formulario, de igual manera la determinación de glucosa realizada por el laboratorio de la unidad médica donde se llevara a cabo la investigación.

Control de sesgos de selección:

Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 139 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%.

Se aplicó el test de Autoeficacia al tratamiento en diabetes, a pacientes con diagnostico establecido de diabetes tipo 2.

Control de sesgos de Análisis:

Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.

Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S versión evaluación 22 que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvo medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACION DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
 2017-2018**

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
PROPÓSITOS							X					
DISEÑO METODOLÓGICO								X	X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

Elaboró: Felipe de Jesús Torres Avilés Residente de MF



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
 2017-2019**

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X		
ANALISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	X
CONCLUSION DEL ESTUDIO												X
INTEGRACION Y REVISION FINAL												X
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X
IMPRESION DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con:

RECURSOS HUMANOS

Un investigador: Dr. Torres Avilés Felipe de Jesús

Un aplicador de encuestas: Dr. Torres Avilés Felipe de Jesús

Un recolector de datos: Dr. Torres Avilés Felipe de Jesús

Director de tesis: Dr. Espinoza Anrubio Gilberto

Asesor experimental: Dr. Vilchis Chaparro Eduardo

Asesor clínico: Dr. Sánchez Pineda Jorge

RECURSOS MATERIALES

Instrumento de evaluación (Test de autoeficacia al tratamiento en diabetes).
Computadora portátil LENOVO Windows 8 con Internet Explorer
Memoria USB 16GB para almacenar toda la investigación,
Servicio de fotocopiado para reproducir el test de autoeficacia al tratamiento en diabetes y hoja de recolección de datos
Lápices y plumas
Hoja de papel suficiente

RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones, equipo para medidas antropométricas y análisis clínicos del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos en general se llevaron por parte del médico residente en Medicina Familiar Dr. Felipe de Jesús Torres Avilés

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, toda la información se manejó de forma confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación **“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF # 8, “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”** se encuentra en anexos (ANEXO 3).

El estudio estuvo bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El tesis debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. Fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Considerando

Que con fecha 5 de noviembre de 2009, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de enero de 2010 fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente.

RESULTADOS

Se estudiaron a 139 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 en el HGZ/UMF No. 8.

La media de edad fue de 56 años, con una desviación estándar de 12.953, con una moda de 56 años, un valor mínimo de 32 años y un valor máximo de 90 años.

En la variable de talla se encontró una media de 1.67 cm, la moda de 1.70 cm, con una desviación estándar de 0.085, valor mínimo de 1.38 cm, valor máximo de 1.85 cm.

Respecto al peso la media fue de 72 kg, moda de 70 kg, con una desviación estándar de 13.691, un valor mínimo de 46 kg, y un valor máximo de 140 kg.

Para el rubro de sexo se demostró que 86 (60.9%) fueron mujeres y que 53 (38.1%) fueron hombres. (Ver tabla y grafica 1)

En la categoría de edad por rango se observó: 16 (26.7%) se encontraron en rango de edad de 21-40 años, 71 (51.1%) se encontraron en rango de 41-60 años, 42 (30.2%) se encontraron en rango de edad de 61-80 años, 10 (7.2%) se encontraron en rango de edad mayor a 81 años. (Ver tabla y grafica 2)

Acerca de escolaridad se recabó: 45 (32.4%) contaron con escolaridad primaria, 36 (25.9%) contaron con escolaridad secundaria, 29 (20.9%) contaron con escolaridad preparatoria, 20 (14.4%) contaron con escolaridad carrera técnica, 4 (2.9%) contaron con una escolaridad de licenciatura, 4 (2.9%) contaron con una escolaridad de posgrado. (Ver tabla y grafica 3)

La categoría de estado civil se encontró: 72 (51.8%) fueron casados, 12 (8.6%) se fueron solteros, 22 (15.8%) fueron viudos, 8 (5.8%) fueron divorciados, 25 (18%) se encontraron en unión libre. (Ver tabla y grafica 4)

A cerca de la categoría de ocupación se observó: 65 (46.8%) con ocupación empleado, 6 (4.3%) con ocupación desempleado, 3 (2.2%) con ocupación estudiante, 12 (8.6%) con ocupación pensionado, 21 (15.1%) con ocupación jubilado, 32 (23.0%) con ocupación ama de casa. (Ver tabla y grafica 5)

El apartado de religión se recabó: 110 (79%) con religión católica, 9 (6.5%) con religión cristiana, 3 (2.2%) con religión testigo de jehová, 15 (10.8%) ateos, con otra religión 2 (1.4%). (Ver tabla y grafica 6)

Respecto a índice de masa corporal se encontró: 4 (2.9%) con bajo peso, 46 (33.1%) con peso normal, 56 (40.3%) con sobrepeso, 24 (17.3%) con obesidad grado 1, 7 (5.0%) con obesidad grado 2, 2 (1.4%) obesidad grado 3. (Ver tabla y grafica 7).

En el parámetro de glucosa en ayuno se demostró: 6 (4.3%) con glucosa en ayuno menor de 69 mg/dl, 80 (57.6) con glucosa en ayuno de 70-130 mg/dl, 53 (38.1%) con glucosa mayor de 131 mg/dl. (Ver tabla y grafica 8)

Dentro de la categoría de nivel de autoeficacia se encontró: 41 (29.5%) con bajo nivel de autoeficacia, 53 (38.1%) con moderado nivel de autoeficacia, 45 (32.4%) con alto nivel de autoeficacia. (Ver tabla y grafica 9)

En cuanto a la relación de edad en rangos con nivel de autoeficacia se recabó: 6 (4.3%) en rango de edad de 20 a 40 años y nivel de autoeficacia bajo, 4 (2.9%) en rango de edad de 20 a 40 años con nivel de autoeficacia moderada, 6 (4.3%) en rango de edad 20 a 40 años con nivel de autoeficacia alta, 20 (14.4%) en rango de edad de 41 a 60 años con nivel de autoeficacia baja, 25 (18%) en rango de edad de 41 a 60 con nivel de autoeficacia moderada, 26 (18.7%) en rango de edad de 41 a 60 años, con nivel de autoeficacia alta, 11 (7.9%) en rango de edad de 61 a 80 años con nivel de autoeficacia baja, 21 (15.1%) en rango de edad de 61 a 80 años con nivel de autoeficacia moderada, 10 (7.1%) en rango de edad de 61-80 años con nivel de autoeficacia alta, 4 (2.9%) en rango de edad mayor de 80 años, con nivel de autoeficacia baja, 3 (2.2%) en rango de edad mayor de 80 años con nivel de autoeficacia moderada, 3 (2.2%) en rango de edad mayor de 80, con nivel de autoeficacia alto. (Ver tabla y grafica 10)

A cerca de relación a sexo con nivel de autoeficacia se determinó: 25 (18%) sexo femenino con nivel de autoeficacia baja, 38 (27.3%) sexo femenino con nivel de autoeficacia moderada, 23 (16.5%) sexo femenino con nivel de autoeficacia alta, 16 (11.5%) sexo masculino con nivel de autoeficacia baja, 15 (10.8%), sexo masculino con nivel de autoeficacia moderada, 22 (15.8%) sexo masculino con nivel de autoeficacia alta. (Ver tabla y grafica 11)

La relación entre escolaridad con nivel de autoeficacia se observó: 16 (11.5%) escolaridad primaria con nivel de autoeficacia baja, 19 (13.7%) escolaridad primaria con nivel de autoeficacia moderada, 10 (7.2%), escolaridad primaria con nivel autoeficacia alta, 12 (8.6%) escolaridad secundaria con nivel de autoeficacia baja, 9 (6.5%) escolaridad secundaria con nivel de autoeficacia moderada, 15 (10.8%) escolaridad primaria con nivel de autoeficacia alta, 8 (5.8%), escolaridad preparatoria con nivel de autoeficacia baja, 13 (9.4%), escolaridad preparatoria con nivel de autoeficacia alta, 3 (2.2%) escolaridad carrera técnica con nivel de autoeficacia baja, 8 (5.8%) escolaridad carrera técnica con nivel de autoeficacia moderada, 9 (6.5%) escolaridad carrera técnica con nivel de autoeficacia alta, 3 (2.2%) escolaridad licenciatura con nivel de autoeficacia moderada, 1 (0.7%) escolaridad licenciatura con nivel autoeficacia alta, 1 (0.7%), escolaridad maestría posgrado con nivel de autoeficacia baja, 1 (0.7%), escolaridad maestría posgrado con nivel de autoeficacia moderado, 2 (1.4%) escolaridad maestría posgrado con nivel de autoeficacia alta. (Ver tabla y grafica 12)

En los rubros de estado civil con nivel de autoeficacia se observó: 21 (15.1%) casado con nivel de autoeficacia baja, 22 (15.8%) casado con nivel de autoeficacia moderada, 29 (20.9%) casado con nivel de autoeficacia alta, 2 (1.4%), soltero con nivel de autoeficacia baja, 5 (3.6%) soltero con nivel de autoeficacia moderada, 5 (3.6%) soltero con nivel de autoeficacia alta, 8 (5.8%) viudo con nivel de autoeficacia baja, 11 (7.9%) viudo con nivel de autoeficacia moderada, 3 (2.2%) viudo con nivel de autoeficacia alta, 4 (2.9%) divorciado con nivel de autoeficacia baja, 2 (1.4%) divorciado con nivel de autoeficacia moderada, 2 (1.4%), divorciado con nivel de autoeficacia alta, 6 (4.3%) unión libre con nivel de autoeficacia baja, 13 (9.4%) unión libre con nivel de autoeficacia moderada, 6 (4.3%) unión libre con nivel de autoeficacia alta. (Ver tabla y grafica 13)

Dentro de las categorías de ocupación y nivel de autoeficacia se demostró: 21 (15.1%) empleado con autoeficacia baja, 17 (12.2%) empleado con nivel de autoeficacia moderado, 27 (19.4%) empleado con nivel de autoeficacia alta, 3 (2.2%) desempleado con nivel de autoeficacia baja, 2 (1.4%) desempleado con nivel de autoeficacia moderada, 1 (0.7%) desempleado con nivel de autoeficacia alta, 1 (0.7%) estudiante con nivel de autoeficacia baja, 1 (0.7%) estudiante con nivel de autoeficacia moderado, 1 (0.7%) estudiante con nivel de autoeficacia alta, 3 (2.2%) pensionado con nivel de autoeficacia baja, 5 (3.6%) pensionado con nivel de autoeficacia moderada, 4 (2.9%) pensionado con nivel de autoeficacia alta, 5 (3.6%) jubilado con nivel de autoeficacia baja, 12 (8.6%) jubilado con nivel de autoeficacia moderada, 4 (2.9%) jubilado con nivel de autoeficacia alta, 8 (5.8%) ama de casa con nivel de autoeficacia baja, 16 (11.5%) ama de casa con nivel de autoeficacia moderada, 8 (5.8%) ama de casa con nivel de autoeficacia alta. (Ver tabla y grafica 14)

En relación entre religión y nivel de autoeficacia se observó: 31 (2.3%) católica con nivel de autoeficacia baja, 41 (29.5%) católico con nivel de autoeficacia moderada, 38 (27.3%) católico con nivel de autoeficacia alta, 3 (2.2%) cristiana con nivel de autoeficacia baja, 3 (2.2%) cristiana con nivel de autoeficacia moderada, 3 (2.2%) cristiana con nivel de autoeficacia alta, 2 (1.4%) testigo de jehová con nivel de autoeficacia baja, 1 (0.7%), testigo de jehová con nivel de autoeficacia moderada, 4 (2.9%) ateo con nivel de autoeficacia baja, 7 (5%) ateo con nivel de autoeficacia moderada, 4 (2.9%), ateo con nivel de autoeficacia alta, 1 (0.7%) otra religión con nivel de autoeficacia baja, 1 (0.7%) otra religión con nivel de autoeficacia moderada. (Ver tabla y grafica 15)

Acerca de la relación clasificación de peso según OMS y nivel de autoeficacia se encontró: 2 (1.4%) bajo peso con nivel de autoeficacia baja, 2 (1.4%) bajo peso con nivel de autoeficacia moderada, 4 (2.9%), peso normal con nivel de autoeficacia baja, 14 (10.1%) peso normal con nivel de autoeficacia moderada, 28 (20.1%), peso normal con nivel de autoeficacia alta, 17 (12.2%) sobrepeso con nivel de autoeficacia baja, 26 (18.7%), sobrepeso con nivel de autoeficacia moderado, 13 (9.4%) sobrepeso con nivel de autoeficacia alta, 12 (8.6%) obesidad grado 1 con nivel de autoeficacia baja, 9 (6.5%) obesidad grado 1 con nivel de autoeficacia moderada, 3 (2.2%), obesidad grado 1 con nivel de autoeficacia alta, 4 (2.9%), obesidad grado 2 con nivel de autoeficacia baja, 2 (1.4%) obesidad grado 2 con nivel de autoeficacia moderada, 1 (0.7%) obesidad grado 2 con nivel de autoeficacia alta, 2 (1.4%) obesidad grado 3 con nivel de autoeficacia baja. (Ver tabla y grafica 16)

En relación de glucosa en ayuno y nivel de autoeficacia se encontró: 4 (2.9%) con glucosa en ayuno menor de 69 mg/dl y nivel de autoeficacia baja, 2 (1.4%) glucosa en ayuno menor a 69 mg/dl con autoeficacia moderada, 10 (7.2%) con glucosa en ayuno de 70-130 mg/dl y autoeficacia baja, 33 (23.7%) glucosa en ayuno de 70-130 mg/dl con autoeficacia moderada, 37 (26.6%) glucosa en ayuno de 70-130 mg/dl con autoeficacia alta, 27 (19.4%) glucosa en ayuno mayor a 131 mg/dl con nivel de autoeficacia baja, 18 (12.9%) glucosa en ayuno mayor de 131 mg/dl, con autoeficacia moderada, 8 (5.8%), glucosa en ayuno mayor a 131 mg/dl con autoeficacia alta. (Ver tabla y grafica 17)

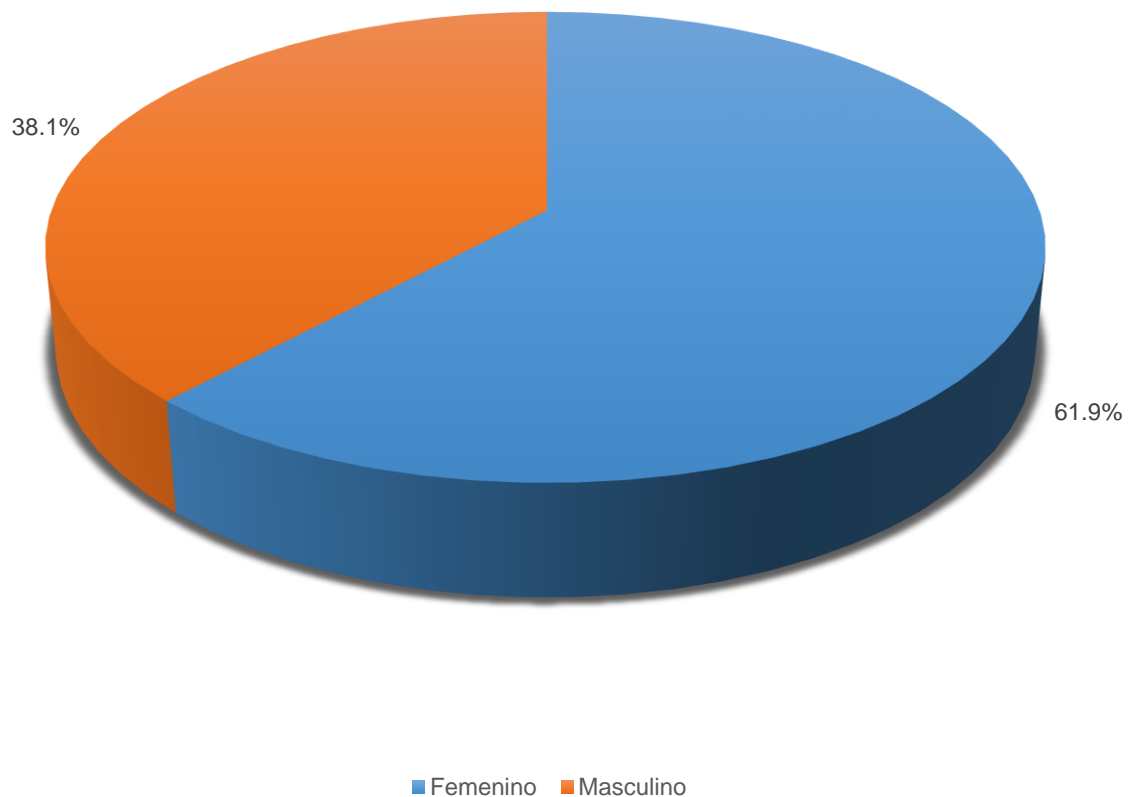
TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. SEXO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	86	61.9
MASCULINO	53	38.1
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 1. SEXO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



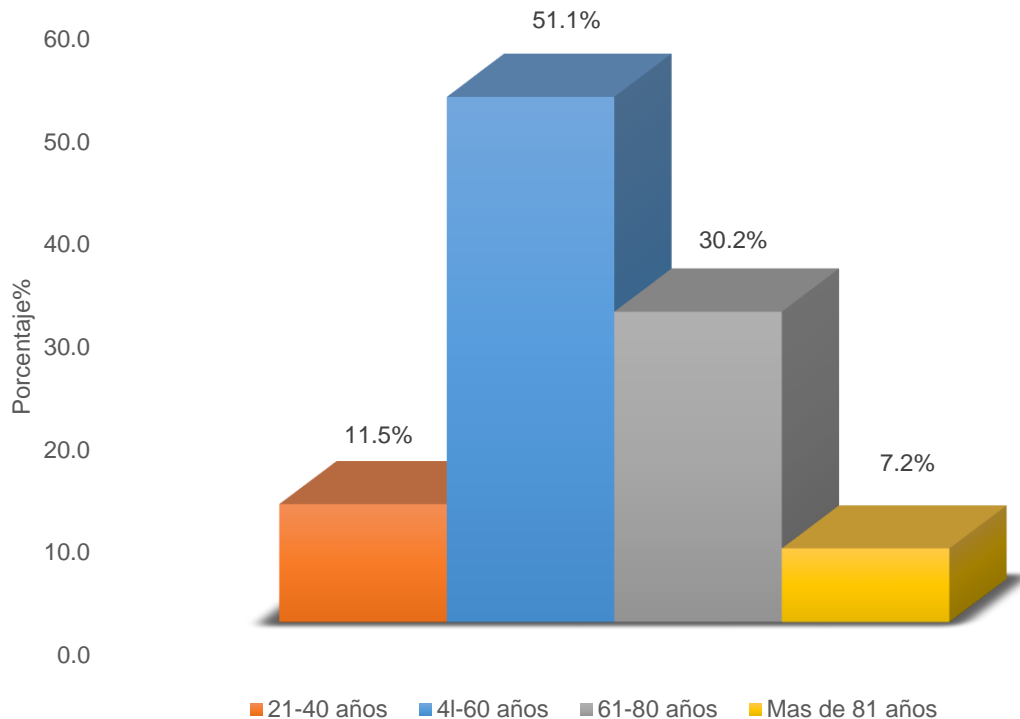
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 2. EDAD EN RANGOS EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

EDAD EN RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
21-40 AÑOS	16	11.5
4L-60 AÑOS	71	51.1
61-80 AÑOS	42	30.2
MÁS DE 81 AÑOS	10	7.2
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 2. EDAD EN RANGOS EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



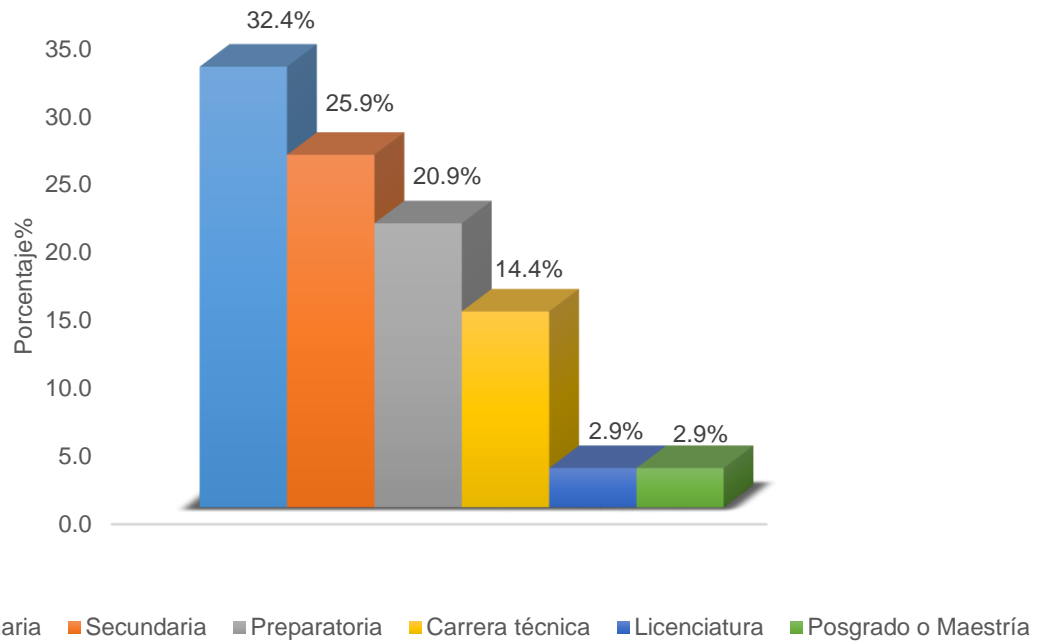
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 3. ESCOLARIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA	45	32.4
SECUNDARIA	36	25.9
PREPARATORIA	29	20.9
CARRERA TÉCNICA	20	14.4
LICENCIATURA	4	2.9
POSGRADO	4	2.9
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 3. ESCOLARIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



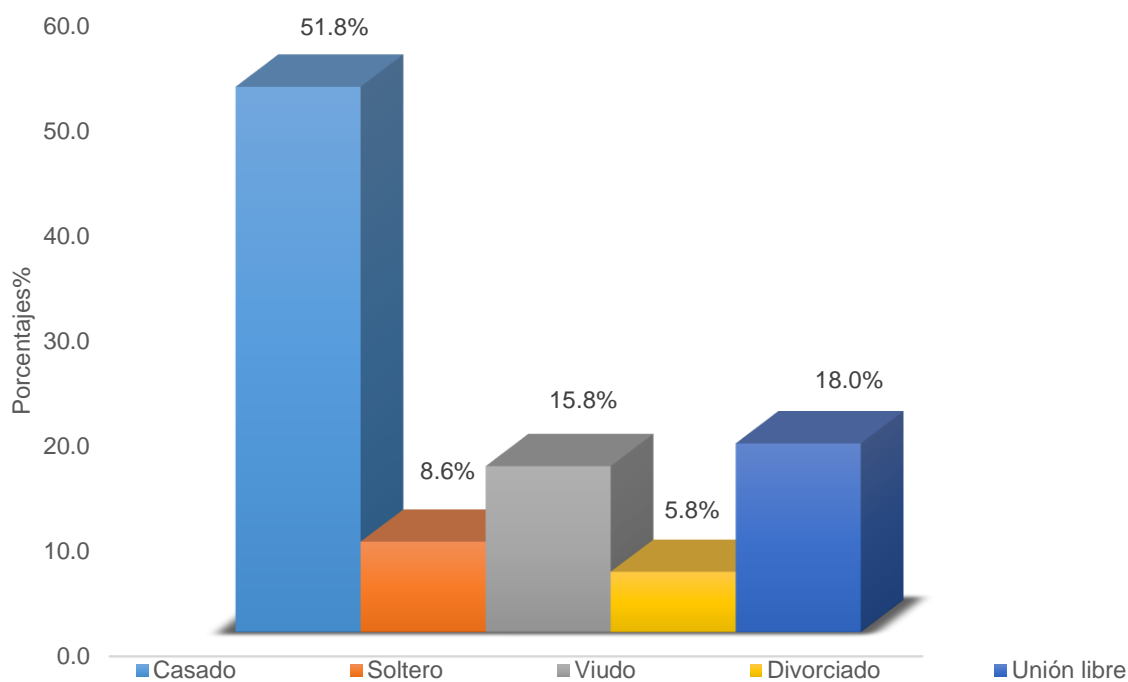
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 4. ESTADO CIVIL EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CASADO	72	51.8
SOLTERO	12	8.6
VIUDO	22	15.8
DIVORCIADO	8	5.8
UNIÓN LIBRE	25	18.0
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 4, ESTADO CIVIL EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



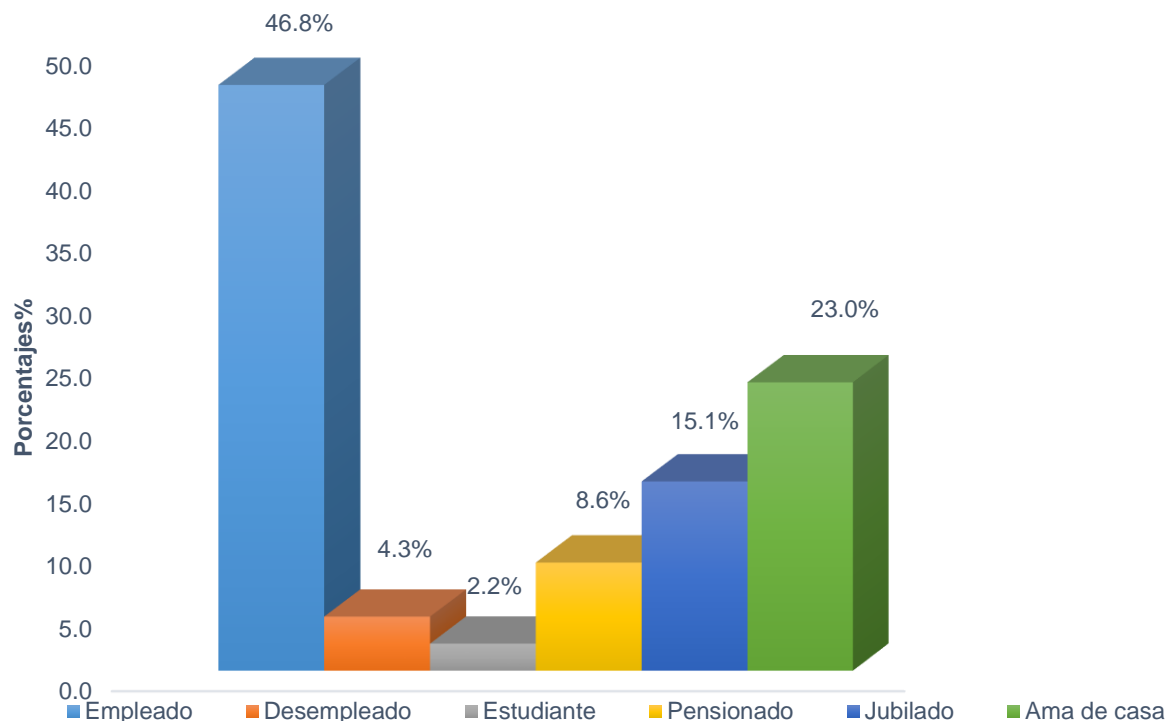
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 5. OCUPACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EMPLEADO	65	46.8
DESEMPLEADO	6	4.3
ESTUDIANTE	3	2.2
PENSIONADO	12	8.6
JUBILADO	21	15.1
AMA DE CASA	32	23.0
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 5. OCUPACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



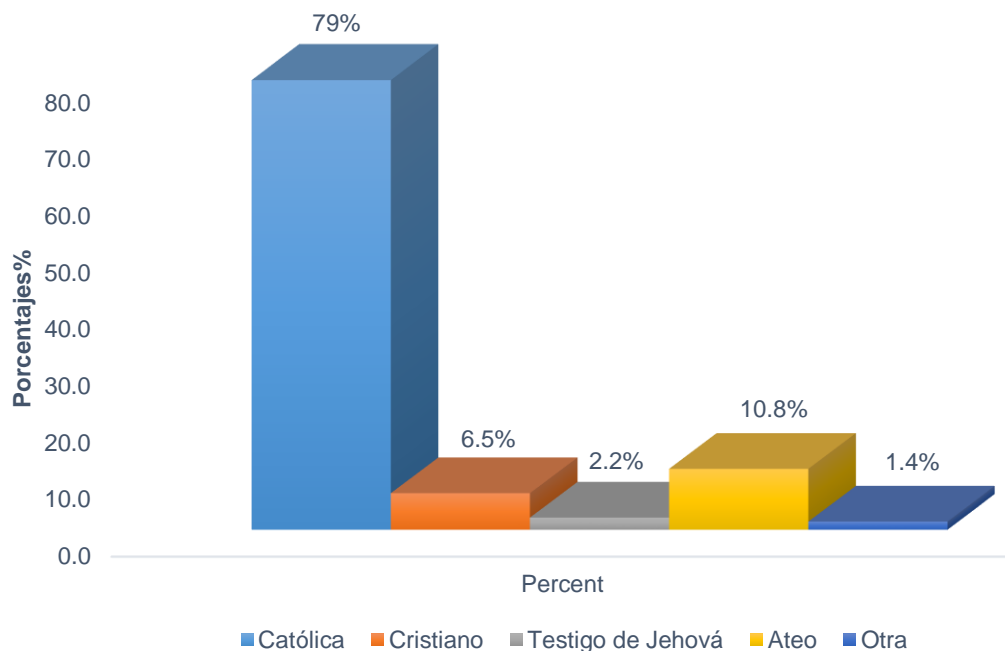
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 6. RELIGIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CATÓLICA	110	79.1
CRISTIANO	9	6.5
TESTIGO DE JEHOVÁ	3	2.2
ATEO	15	10.8
OTRA	2	1.4
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 6. RELIGIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

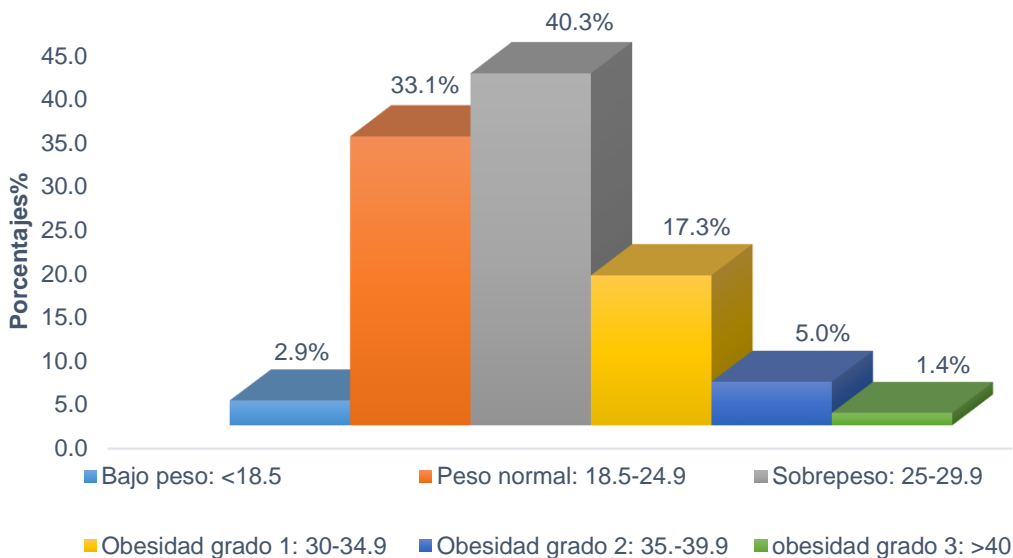


Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 7. CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN OMS EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8		
CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN OMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<18.5 BAJO PESO	4	2.9
18.5-24.9 PESO NORMAL	46	33.1
25-29.9 SOBREPESO	56	40.3
30-34.9 OBESIDAD GRADO 1	24	17.3
35.-39.9 OBESIDAD GRADO 2	7	5.0
>40 OBESIDAD GRADO 3	2	1.4
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 7. CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN OMS EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



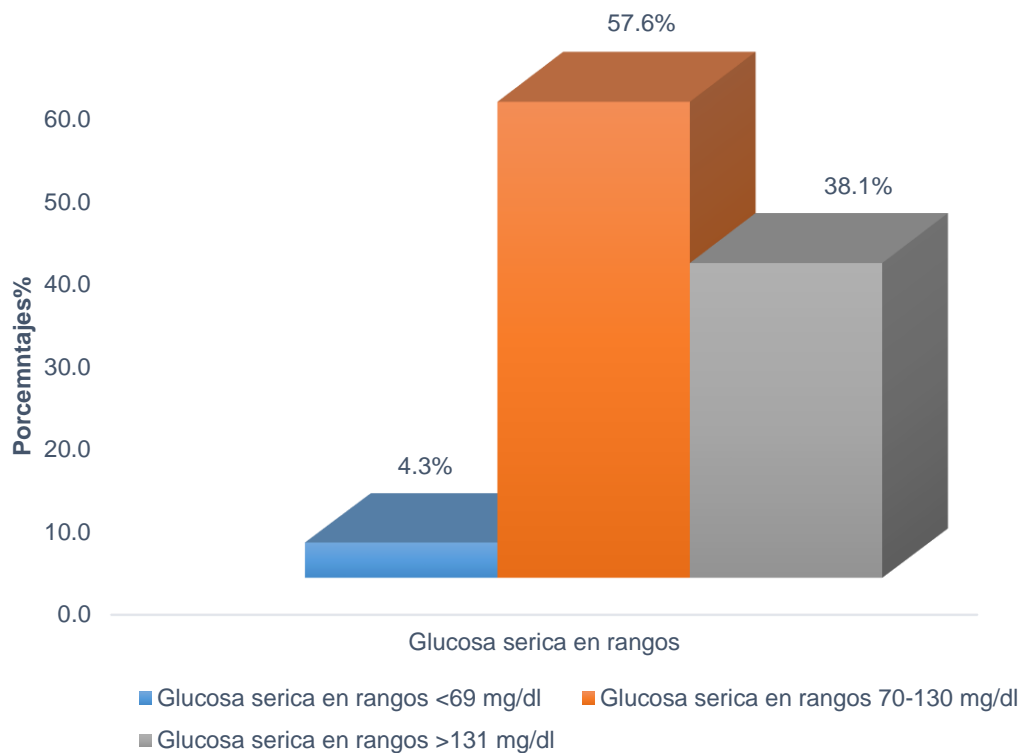
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 8. GLUCOSA EN AYUNO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

GLUCOSA EN AYUNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<69	6	4.3
70-130	80	57.6
>131	53	38.1
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 8. GLUCOSA EN AYUNO EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



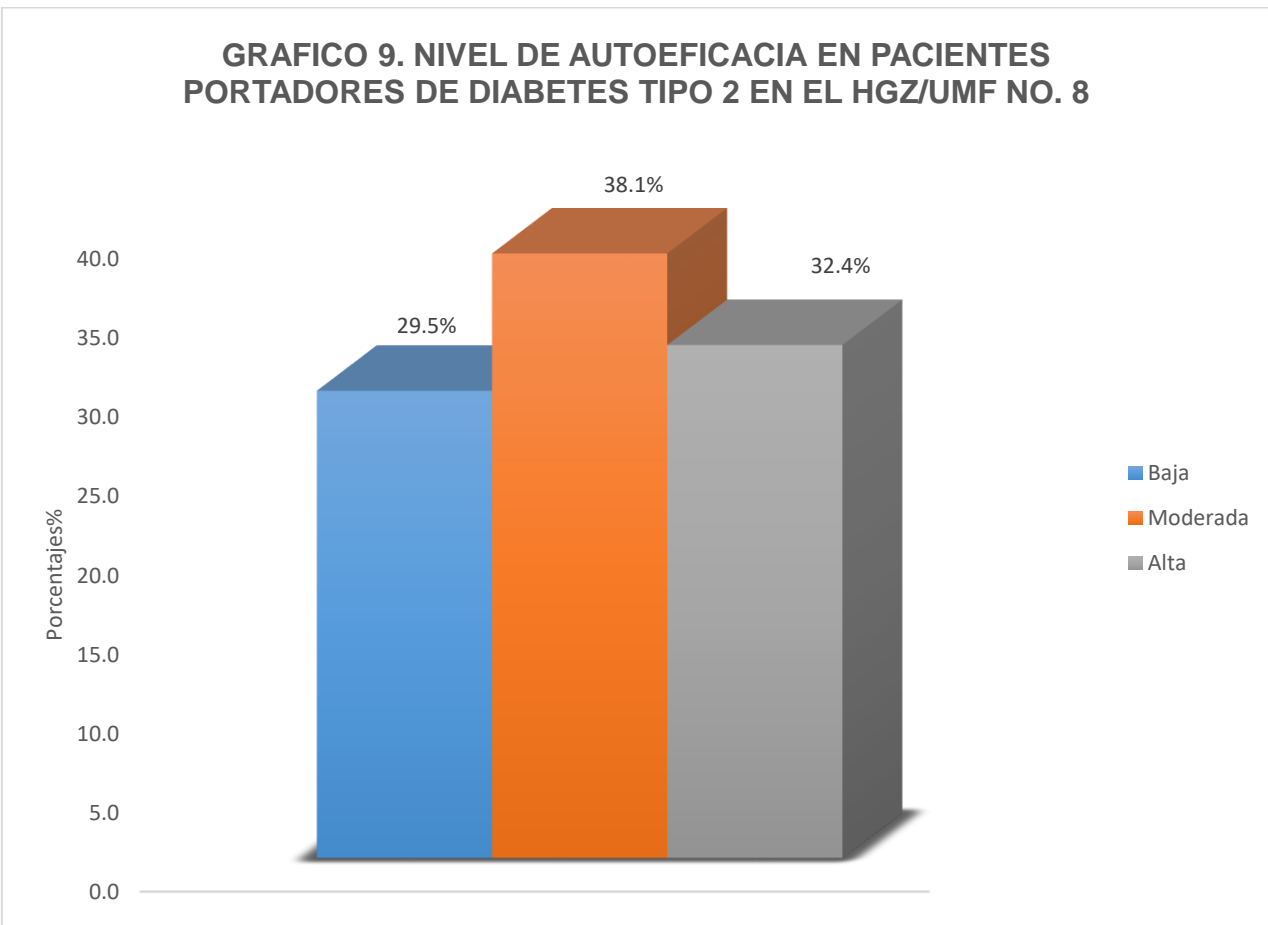
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 9. NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8

NIVEL DE AUTOEFICACIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
BAJA	41	29.5
MODERADA	53	38.1
ALTA	45	32.4
TOTAL	139	100.0

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRAFICO 9. NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 EN EL HGZ/UMF NO. 8



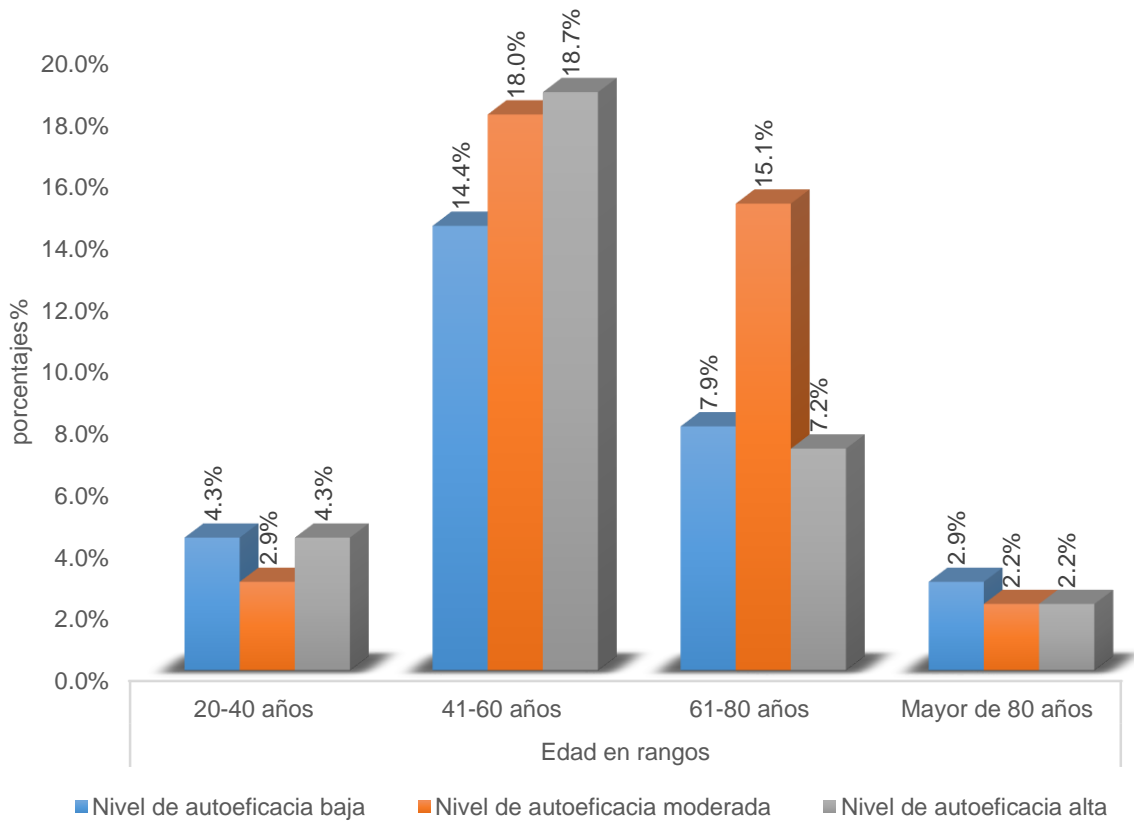
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 10.- RELACIÓN ENTRE EDAD EN RANGOS CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

EDAD EN RANGOS	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
20-40 AÑOS	6	4.3	4	2.9	6	4.3	16	11.5
41-60 AÑOS	20	14.4	25	18.0	26	18.7	71	51.1
61-80 AÑOS	11	7.9	21	15.1	10	7.1	42	30.2
MAYOR DE 80 AÑOS	4	2.9	3	2.2	3	2.2	10	7.2
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE EDAD EN RANGOS CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



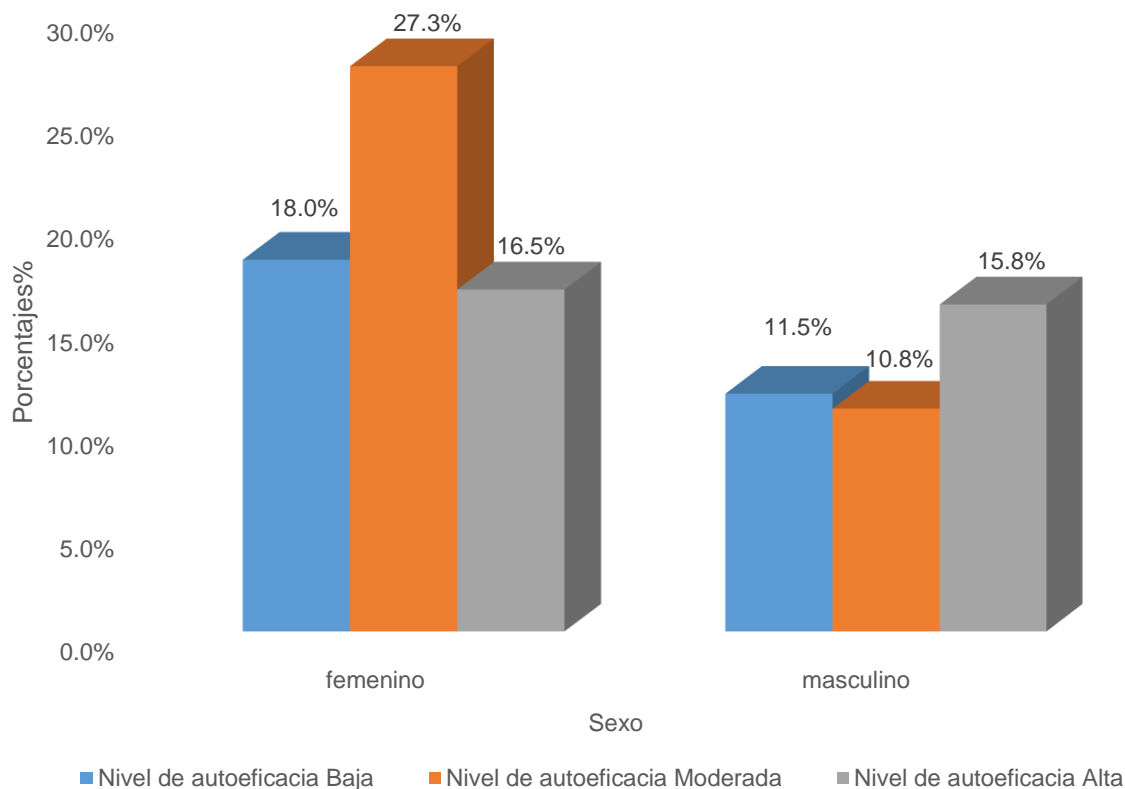
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 11.- RELACIÓN ENTRE SEXO CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

SEXO	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
FEMENINO	25	18	38	27.3	23	16.5	86	61.9
MASCULINO	16	11.5	15	10.8	22	15.8	53	38.1
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE SEXO CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



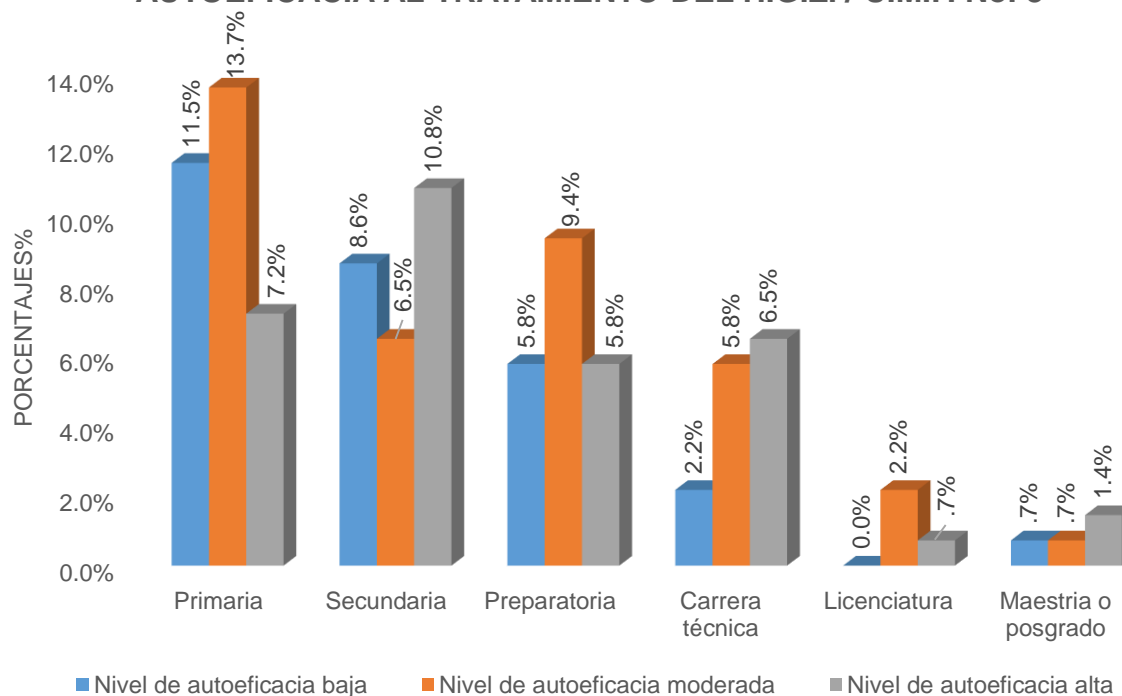
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 12.- RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

ESCOLARIDAD	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
PRIMARIA	16	11.5	19	13.7	10	7.2	45	32.4
SECUNDARIA	12	8.6	9	6.5	15	10.8	36	25.9
PREPARATORIA	8	5.8	13	9.4	8	5.8	29	20.9
CARRERA TECNICA	3	2.2	8	5.8	9	6.5	20	14.4
LICENCIATURA	0	0	3	2.2	1	0.7	4	2.9
MAESTRIA O POSGRADO	1	0.7	1	0.7	2	1.4	4	2.9
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 12. RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



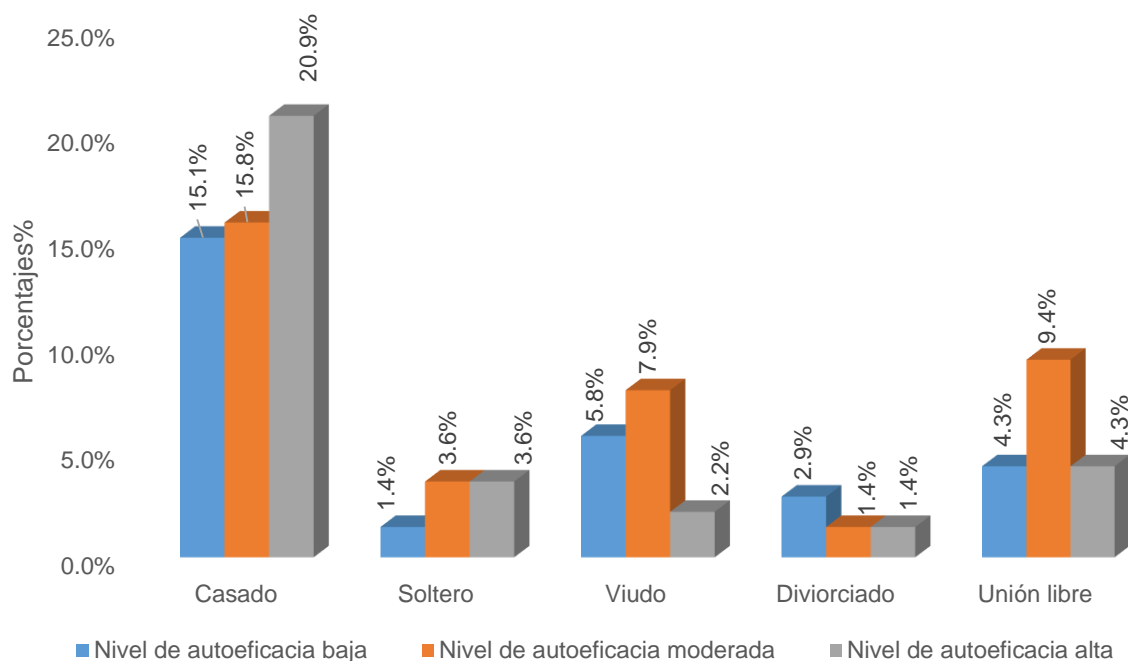
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 13.- RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

ESTADO CIVIL	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
CASADO	21	15.1	22	15.8	29	20.9	72	51.8
SOLTERO	2	1.4	5	3.6	5	3.6	12	8.6
VIUDO	8	5.8	11	7.9	3	2.2	22	15.8
DIVORCIADO	4	2.9	2	1.4	2	1.4	8	5.8
UNION LIBRE	6	4.3	13	9.4	6	4.3	25	18.0
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 13. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



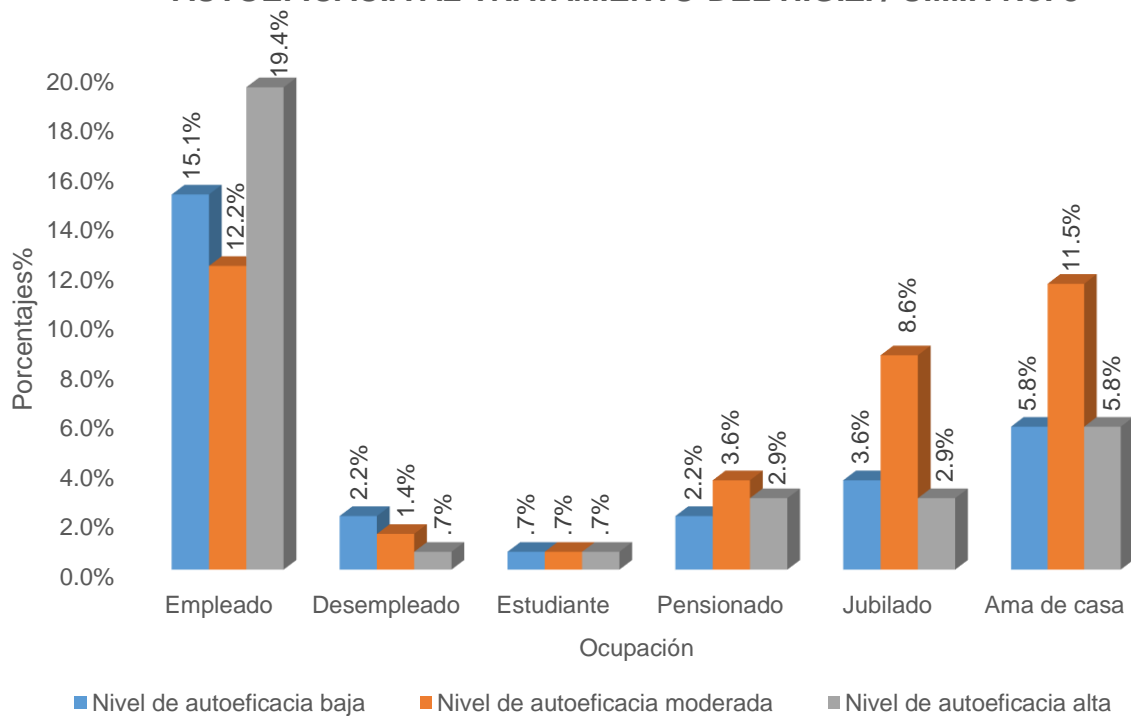
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 14.- RELACIÓN ENTRE OCUPACION CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

OCUPACIÓN	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
EMPLEADO	21	15.1	17	12.2	27	19.4	65	46.8
DESEMPLEADO	3	2.2	2	1.4	1	0.7	6	4.3
ESTUDIANTE	1	0.7	1	0.7	1	0.7	3	2.2
PENSIONADO	3	2.2	5	3.6	4	2.9	12	8.6
JUBILADO	5	3.6	12	8.6	4	2.9	21	15.1
AMA DE CASA	8	5.8	16	11.5	8	5.8	32	23
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 14. RELACIÓN ENTRE OCUPACION CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



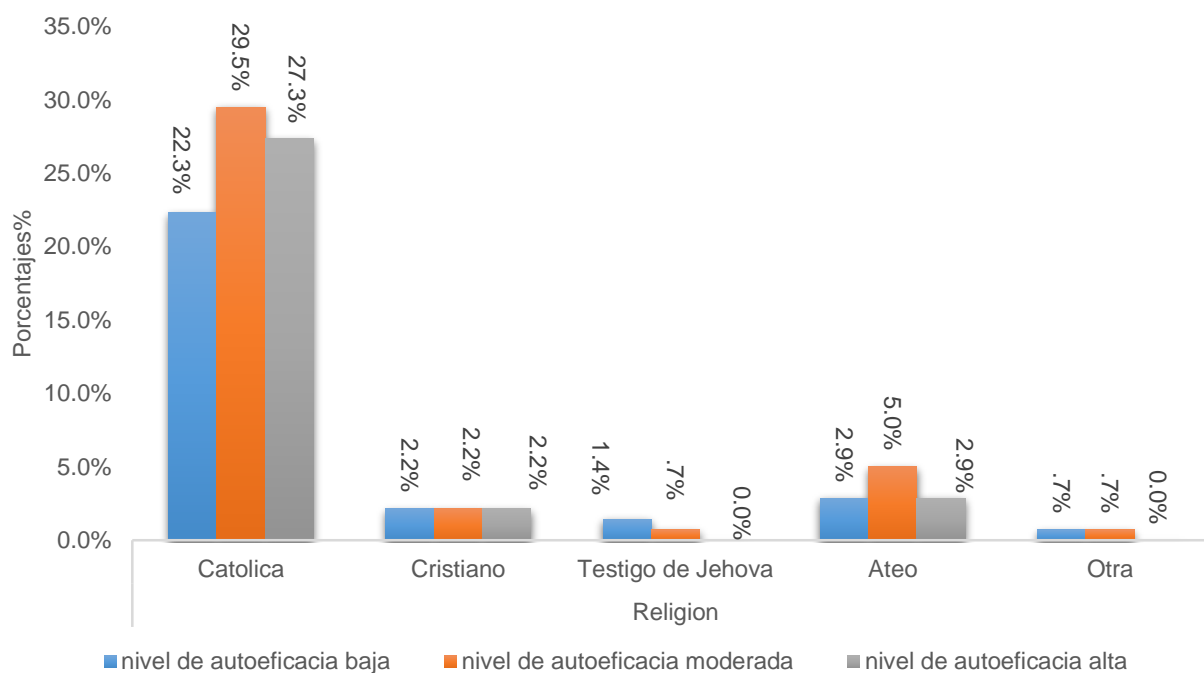
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 15.- RELACIÓN ENTRE RELIGIÓN CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

RELIGIÓN	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
CATÓLICA	31	22.3	41	29.5	38	27.3	110	79.1
CRISTIANO	3	2.2	3	2.2	3	2.2	9	6.5
TESTIGO DE JEHOVÁ	2	1.4	1	0.7	0	0	3	2.2
ATEO	4	2.9	7	5.0	4	2.9	15	10.8
OTRA	1	0.7	1	0.7	0	0	2	1.4
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRAFICO 15. RELACIÓN ENTRE RELIGIÓN CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



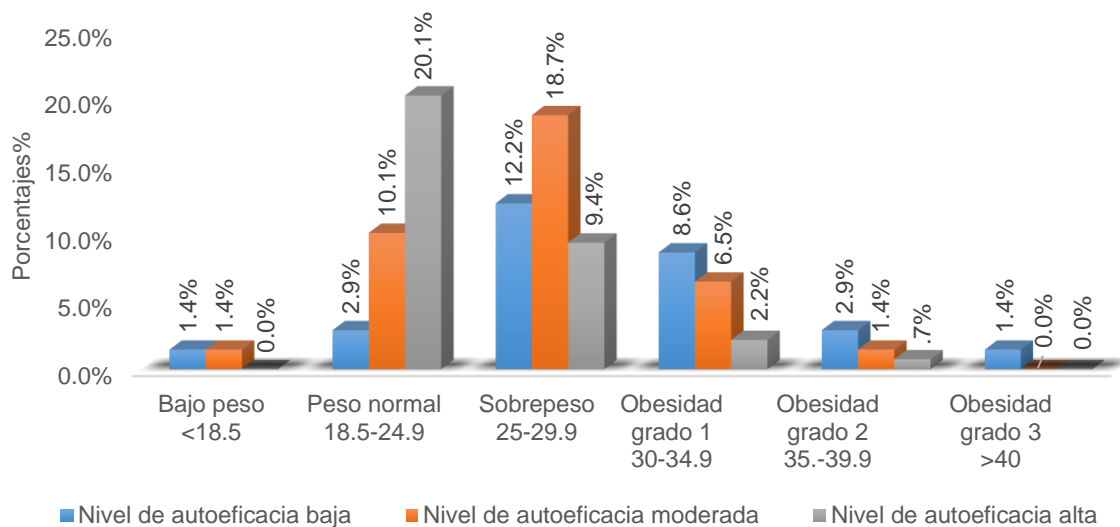
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 16.- RELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN OMS CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

CLASIFICACIÓN DE PESO OMS	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
BAJO PESO	2	1.4	2	1.4	0	0.0	4	2.9
PESO NORMAL	4	2.9	14	10.1	28	20.1	46	33.1
SOBREPESO	17	12.2	26	18.7	13	9.4	56	40.3
OBESIDAD GRADO 1	12	8.6	9	6.5	3	2.2	24	17.3
OBESIDAD GRADO 2	4	2.9	2	1.4	1	0.7	7	5
OBESIDAD GRADO 3	2	1.4	0	0	0	0	2	1.4
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 16. RELACIÓN ENTRE CLASIFICACIÓN DE PESO SEGÚN OMS CON NIVEL DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



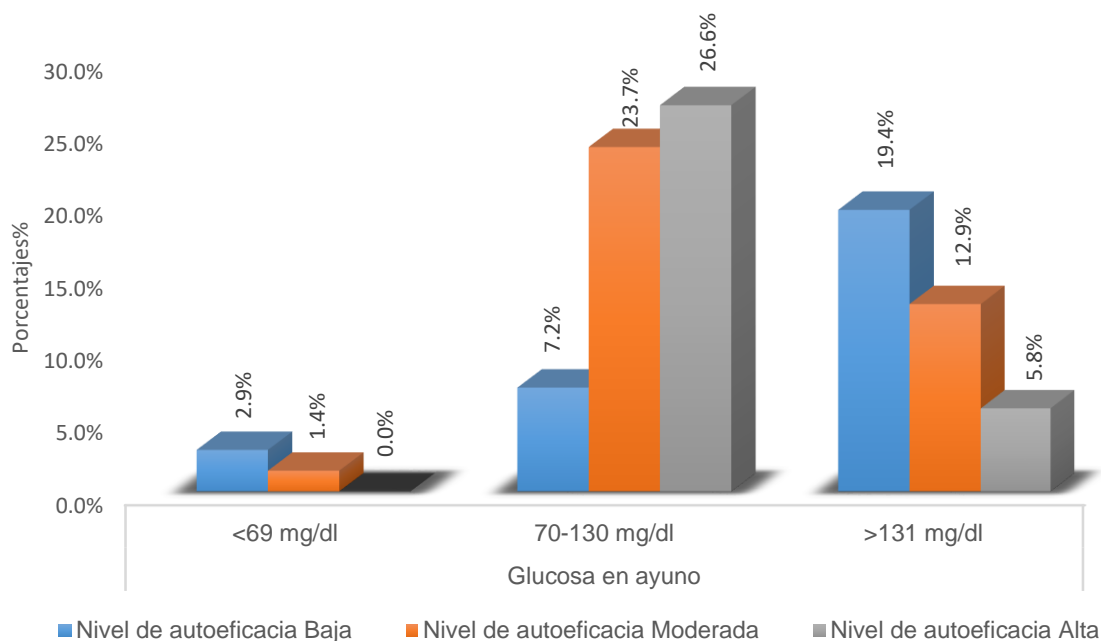
Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

TABLA 17.- RELACIÓN ENTRE GLUCOSA EN AYUNO CON NIVEL DE AUTOEFICACIA DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8

GLUCOSA EN AYUNO	NIVEL DE AUTOEFICACIA							
	BAJA		MODERADA		ALTA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<69	4	2.9	2	1.4	0	0.0	6	4.3
70-130	10	7.2	33	23.7	37	26.6	80	57.6
>131	27	19.4	18	12.9	8	5.8	53	38.1
TOTAL	41	29.5	53	38.1	45	32.4	139	100

Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

GRÁFICO 17. RELACIÓN ENTRE GLUCOSA EN AYUNO CON NIVEL DE AUTOEFICACIA DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8



Fuente: n=139 Torres A F, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez P J., Evaluación del nivel de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

DISCUSIONES

En el presente estudio se evaluó el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del HGZ/UMF 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”, en el cual se observaron varias similitudes y algunas discordancias, como las siguientes:

En el estudio de Del Castillo Arreola et al (2012) “Validez divergente y convergente del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes” se obtuvieron los siguientes resultados: participaron 240 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 en el estado de Hidalgo de la muestra total, (26.3%) eran hombres y (73.8%) mujeres, mientras que en nuestro estudio se identifica que (38.1%) fueron hombres y (60.9%) fueron mujeres, por lo que los datos de ambos estudios son similares, se observa un predominio de sexo femenino en las unidades donde se realizó el estudio, esto puede deberse a que en la mayoría de unidades las mujeres son las que más acuden a consulta, por los horarios y ya que la mayoría de las ocupaciones de los hombres son empleados, no pueden dejar de asistir a consulta tan fácilmente.

El boletín epidemiológico del sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes tipo 2, cierre 2017, realizado por la Secretaria de Salud muestra una media de edad de 58 años, mientras que la media de edad en el estudio fue de 56 años, los datos son similares en ambos reportes, después de los 50 años la población en México es más susceptible a padecer una enfermedad crónica degenerativa, además de que no se restringió la edad en este estudio.

En el estudio de Del Castillo et al (2015) “Validación Psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes” se encontró que la escolaridad predominante era primaria con 74.5%, escolaridad secundaria con 14.6%, escolaridad preparatoria con 7.5%, y escolaridad licenciatura con 2.5%, mientras que en nuestro estudio se reportó que un 32.4% cuenta con escolaridad primaria, 25.9% cuenta con escolaridad secundaria, 20.9% cuenta con escolaridad preparatoria, 14.4% cuenta con escolaridad carrera técnica, 2.9% cuenta con una escolaridad de licenciatura, 2.9% cuenta con una escolaridad de posgrado. Los resultados son discordantes, a pesar de que en ambos estudios la escolaridad más alta fue primaria, la diferencia de porcentajes es mayor de 40%, esto puede deberse a que en nuestra encuesta se agotaron realmente todos los rubros respecto a escolaridad, por lo tanto hay una mayor distribución entre cada uno de ellos.

De acuerdo al estudio de Cruz et al (2014) “Género y autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el estado de México” se obtuvieron los siguientes datos: un 18% de la población tuvo un empleo asalariado y un 82% desempleados, en nuestro estudio se observó: 46.8% con ocupación empleado, 4.3% con ocupación desempleado, 2.2% con ocupación estudiante, 8.6% con ocupación pensionado, 15.1% con ocupación jubilado, 23.0% con ocupación ama de casa, se observa una discordancia entre ambos resultados; el primer estudio se realizó en una población semiurbana sus actividades se centran en la ganadería y agricultura, no cuentan con un empleo fijo o remunerado, por lo que la mayoría de la población se encuentra en el rubro de desempleado, mientras que en nuestro estudio predomina el rubro de empleados, seguidos por ama de casa, esto se debe a que la población que estudiamos es de tipo urbana y para poder obtener acceso a la salud a través de un instituto como el IMSS es necesario tener un empleo, por lo que esto explica las diferencias entre un estudio y otro.

En el estudio de González Cantero et al (2015) “Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2” se lograron obtener los siguientes resultados: respecto a la autoeficacia el 81.5% de la población en estudio fueron autoeficaces, mientras que el 18.5% resultaron no autoeficaces, en nuestro estudio se encontró que 29.5% con bajo nivel de autoeficacia, 38.1% con nivel de autoeficacia moderada, 32.4% con nivel de autoeficacia alta, estos resultados no son similares, aunque es mayor la población que en el estudio a comparar tuvieron una alta autoeficacia, en nuestro estudio se encontró una mayor autoeficacia moderada y alta, esto puede deberse a que tal vez falten programas de información hacia los pacientes a cerca de su enfermedad, por lo que no se puede elevar la autoeficacia como en otros estudios, países e incluso lugares dentro de la ciudad de México.

Dentro de los alcances de nuestro estudio se logró determinar que el nivel de autoeficacia que predomina en la unidad es moderada, seguida de alto y al final bajo, aunque el nivel en el que se encuentran no es despreciable, se pueden emplear varias estrategias principalmente de tipo informativas y educativas, para que en un futuro este nivel aumente.

A pesar de que los niveles predominantes son moderado y alto, no hay una gran diferencia con el bajo, por lo que el estudio nos podría servir para identificar las zonas con riesgo e implementar en ellas acciones educativas y de aprendizaje sobre la enfermedad, estrategias como exposiciones, talleres, grupos de experiencias en el tratamiento de la enfermedad, etc.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos la exclusividad de la zona, ya que solo fue para pacientes de la HGZ/UMF 8, debería realizarse a una población más variada o de distintos centros de atención a la salud, no solo del IMSS, sino de los demás sistemas de salud existentes hasta el momento en México. De igual manera una limitación extra que se encontró fue la falta de tiempo para informarle al paciente adecuadamente sobre su enfermedad, ya que con 15 minutos no es suficiente.

Dentro de la práctica asistencial este estudio tiene una gran importancia, ya que en la actualidad es difícil que los médicos conozcan este término y todo lo que implica, al llevar a cabo la aplicación de encuestas se conocería a fondo el tema. Respecto al instrumento es una herramienta muy útil, ya que su realización se puede llevar a cabo en solo 5 minutos, tiempo en el que se puede realizar mientras el paciente espera su consulta, este puede ser proporcionado por enfermera o asistente médico, ya que es una escala autoaplicable, al entrar a consulta el médico determinara el nivel de autoeficacia con el instrumento correctamente requisitado, en cuestión de dos minutos, podremos detectar fortalezas y debilidades, informar nosotros mismos a cerca de los temas que se crea necesario o en su defecto enviar a los servicios correspondientes.

En cuanto al punto de vista educativo se propone realizar platicas a pacientes con diabetes, explicando cada uno de los componentes de la enfermedad su definición, diagnóstico, tratamiento, metas de control, darle más armas a los pacientes para que pueda aumentar su nivel de autoeficacia y así, modificar el curso de la enfermedad.

En la investigación se encontró que el nivel de autoeficacia al tratamiento en diabetes tipo 2 en esta unidad es moderada, y que a mayor autoeficacia mejor control de la enfermedad, esto puede servir de referencia para nuevos estudios dentro de la unidad y en otras unidades de medicina familiar.

Desde el punto de vista administrativo se encontró la posibilidad de hacer nuevos grupos de ayuda para pacientes diabéticos, que tomen un enfoque diferente principalmente informativo, para que el paciente pueda tener armas para modificar el curso de su enfermedad, de igual manera observamos que el cuadro básico de medicamentos para esta patología es insuficiente por lo que se podría proponer actualizar con nuevos medicamentos que influyen de una mejor manera en la evolución de la enfermedad, y el tiempo de consulta, debemos saber aprovecharlo, pero 15 minutos no son suficientes para educar a un paciente, se necesita más tiempo, aun con la unifila deberíamos ser capaces de enseñar a cualquier paciente, y tener en mente que estos cambios no son de solo una consulta, sino de varias, este tipo de educación podría llevar meses, incluso años.

CONCLUSIONES

En la investigación se cumplió el objetivo de evaluar el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8, el cual fue moderado-alto en más de un tercio de la población en estudio, otros parámetros importantes que encontramos fue que la edad en rangos predominante es de 21 a 40 años, con un poco más de la mitad de la población, la escolaridad que se encontró con mayor frecuencia fue primaria con un tercio de la población, la clasificación de peso según OMS que predomina en la unidad es sobrepeso con un poco menos de la mitad de la población y respecto a glucosa en rangos se encontró con glucosa entre 70 a 130 mg/dl a más de la mitad de la población. El mayor nivel de autoeficacia, que en este caso fue moderada, por sexo predominó en mujeres en casi un tercio de la población total.

Respecto a las hipótesis se acepta la hipótesis alterna, y se descarta la hipótesis nula, recordando que estas son planteadas para fines educativos, concluyéndose que el nivel de autoeficacia en la unidad es moderado-alto, aunque, esto puede explicarse por el mayor nivel educativo, que es una zona urbana y que es muy ocasional la falta de medicamento.

En la comparación de autoeficacia con otras variables de importancia encontramos: el rango de edad con nivel alto de autoeficacia fue de 41 a 60 años con menos de un cuarto de la población, la escolaridad con nivel alto de autoeficacia fue primaria con 10.8%, seguido de carrera técnica con 6.5%. Por índice de masa corporal encontramos que los pacientes con peso normal tienen una autoeficacia alta con un poco menos de un cuarto de la población.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa frecuente, hemos visto que la incidencia en los últimos años ha aumentado y que se espera que aumente aún más con el paso del tiempo. Es una enfermedad que conlleva a complicaciones a largo plazo y un gran gasto de recursos.

La autoeficacia es importante para el paciente ya que con ella conoce a cerca de su padecimiento y las formas para enfrentar los problemas, esto se traduce en un mejor control de su enfermedad.

Por último un valor que era de gran importancia, fue la relación de autoeficacia y control de glucosa el cual reportó lo siguiente: el grupo con mayor autoeficacia fue el que se encontraba con cifras de glucosa entre 70 y 130 mg/dl.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valenti G, Tamma G. History of Diabetes Insipidus. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2016; 33 (S66) 1-6.
2. Alonso FM, et al. Guías Clínicas Diabetes mellitus. *SEMERGEN*.2015; 2-5.
3. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. In *Standards of Medical Care in Diabetes 2018*. *Diabetes Care* 2018; (1) 13-27.
4. Michels AW, Eisenbarth GS, Atkinson MA. Type 1 diabetes, www.thelancet.com.2014;383(4), 69-62.
5. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*.2014.37(1), 581-590.
6. GPC. Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor vulnerable. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016.
7. Medina Pérez EA. et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México* 2017 33(1).91-98.
8. Huynh J, Xiong G, Bentley- RL. A systematic review of metabolite profiling in gestational. *Diabetologia* 2014.2453–2464.
9. Kerner W, et al. Definition, Classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2014. 384–386.
10. Tuso P. Prediabetes and lifestyle modification: Time to prevent a preventable disease. *The Permanent Journal*. 2014.18(3). 88-93.
11. Shah A, Lonier J, Medina JL, Buyschaert M, Bergman M. Prediabetes and associated disorders. *Endocrine* (2015) 48: 371.
12. Gilinsky AS, Kirk AF, Hughe AR, et al. Lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention in women with prior gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of behavioural, anthropometric and metabolic outcomes. *Prev Med Rep* 2015. 448–61; DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.05.009>.
13. Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2015a). *Proyecciones de la Población 2010-2050*.
14. INEGI. Estadísticas de mortalidad. Consulta interactiva de datos
15. Hernández Á, Gutiérrez M, Reynoso Noverón JP. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 2013, vol. 55, (2). 129-136.
16. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
17. Vazquez G. et al. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):104-19.
18. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. In *Standards of Medical Care in Diabetes - 2015*. *Diabetes Care* 2015; 38(Suppl. 1):S8–S16.
19. Mata M. et al. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Diabetes Práctica* 2014; 05 (04):145-192.
20. Serrano MR, et al. ¿Cuáles son los criterios de prediabetes? *Guía de Actualización en Diabetes*, 2015. 29-32.

21. Ferrannini E. Definition of intervention points in prediabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70175-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70175-X)
22. *Annals of Internal Medicine*. Type 2 Diabetes. 2015 American College of Physicians.
23. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistic Report, 2014 [Internet]. [cited 2014 Oct 17]. Available from: www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14.htm
24. M David. Maahs, MD. Et al. Cardiovascular Disease Risk Factors in Youth With Diabetes Mellitus. American Heart Association. 2014. 1532-1558.
25. E. Cooper Mark, Del Prato Stefano, E. Kahn Steven. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *www.thelancet.com* Published online December 4, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62154-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62154-6)
26. Belen Dalama y Jordi Mesa. Nuevos hipoglucemiantes orales y riesgo cardiovascular. *Cruzando la frontera metabólica. Rev Esp Cardiol.* 2016;69(11):1088–1097.
27. Grith Møller, Henning Keinke Andersen, and Ole Snorgaard. A systematic review and meta-analysis of nutrition therapy compared with dietary advice in patients with type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2017;106:1394–4.
28. Hu FB, Ley SH, Hamdy O, Mohan V. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *www.thelancet.com* 2014;383. 1099-2007.
29. Borda X, Saavedra C. Diseño y aplicación de un programa de autoeficacia para prevenir el acoso escolar en adolescentes de 11 a 14 años en una unidad educativa de la ciudad de La Paz, *Fides et Ratio*, volumen 14, 2017; 35-52.
30. Pace AE, Gomes LC, Bertolin DC, Loureiro HM, Vander Bijl JJ, Shortridge-Baggett L. Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25
31. Frank B, Sylvia H. Ley, Yan Zheng. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. 2017 Macmillan Publishers Limited, part of Springer Nature.
32. González-Cantero JO, González AM, Vázquez CJ et al Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2.-*Revista de investigación en psicología* 2018,(1) 1-8
33. Canales VS, Barra AE. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 2014; 24, (2). 167-173.
34. Méndez MJ, Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *Journal of Behavior, Health & Social issues* 2015;7 (2). 19-29.
35. Guerrero JM, José Carlos, Rosmill L, Parra S, Mendoza O. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2016;42(2). 193-203.

36. Del Castillo Arreola, A, Romero Palencia, A, Iglesias Hoyos, S, Reyes Lagunes, I. validación psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*. 2016;24(1):47-54
37. A, Romero Palencia A, Iglesias Hoyos S, Reyes Lagunes I. validación psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*. 2016;24(1):47-54.
38. Del Castillo Arreola, A, Guzmán Saldaña, RME, Iglesias Hoyos, S, Reyes Lagunes, I. Validez divergente y convergente del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2012;20(2):58-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133928816008>.

ANEXOS

ANEXO 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACION DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
2017-2019**

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS					X							
HIPÓTESIS						X						
PROPÓSITOS							X					
DISEÑO METODOLÓGICO								X	X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO										X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

Elaboró: Felipe de Jesús Torres Avilés Residente de MF



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

TITULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACION DE LA AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
 2017-2019**

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X		
ANALISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	X
CONCLUSION DEL ESTUDIO												X
INTEGRACION Y REVISION FINAL												X
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												X
IMPRESION DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

Elaboró: Torres Avilés Felipe de Jesús Residente de MF

ANEXO 2



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN



“EVALUACION DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Lea con atención y responda las siguientes preguntas

Edad: _____ años cumplidos

Sexo:

- 1) Femenino 2) Masculino

Escolaridad:

- 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Carrera técnica

- 5) Licenciatura 6) Posgrado o Maestría

Estado civil:

- 1) Casado 2) Soltero 3) Viudo 4) Divorciado

- 5) Unión libre

Ocupación:

- 1) Empleado 2)desempleado 3)estudiante 4)pensionado 5)jubilado

- 6) Ama de casa

Religión:

- 1) Católica 2) Testigo de jehová 3) Cristiano 4) ateo 5) otra

Peso: _____kg

Talla: _____cm

Ultima glucosa en ayuno registrada: _____mg/dl

INSTRUMENTO DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuestionario vamos a utilizar un formato de respuesta donde se encuentran cuatro círculos que nos van a permitir conocer qué tan capaz se siente de llevar a cabo una serie de acciones relacionadas con el tratamiento de su diabetes. Para cada una de las acciones marque con una equis (X) el círculo que mejor describa qué tan capaz se siente de llevarla a cabo.

¿Qué tan capaz se siente para...

1	...seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
2	...evitar los alimentos que no están dentro de su dieta?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
3	...seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
4	...seguir su dieta aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
5	...seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
6	...seguir su dieta aunque otras personas insistan en que coma otras cosas?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
7	...seguir su dieta cuando se siente preocupado?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
8	...hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
9	...hacer ejercicio cuando está ocupado?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
10	...hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz

U1

¿Qué tan capaz se siente para...

11	...hacer ejercicio cuando se siente cansado?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
12	...hacer ejercicio cuando se siente preocupado?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
13	...tomar su(s) pastilla(s) todos los días?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
14	...tomar su(s) pastilla(s) a la hora indicada por el médico?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
15	...tomar su(s) pastilla(s) cuando está fuera de casa?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz
16	...aplicarse la insulina sin ayuda?	Me siento muy capaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No me siento capaz

ANEXO 3



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“Evaluación de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo ”

Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	Ciudad de México, de marzo del 2017 a febrero del 2019
Lugar y fecha:	En trámite
Número de registro:	Es importante saber que tan bien lleva un paciente diabético su control y su tratamiento, no solo farmacológico, sino dietético y a base de ejercicio, por ello que es necesario evaluar la autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del "Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar #8 Gilberto Flores Izquierdo."
Justificación y objetivo del estudio:	Se aplicará el cuestionario evaluación de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de DM2 en el HGZ/UMF No 8.
Procedimientos:	No existen riesgos
Posibles riesgos y molestias:	Conocer si los pacientes con diabetes tipo 2 tienen buena autoeficacia al tratamiento
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio, ayudara para la intervención oportuna del médico familiar en pacientes con diabetes tipo 2
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Participación o retiro:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Verificar el nivel de autoeficacia que tiene el paciente y dar a conocer aspectos básicos de su enfermedad, así como cifras de control y elementos que conforman el tratamiento de la diabetes tipo 2
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matricula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF#8. Matricula 99377278. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No fax Pineda Jorge Médico especialista en Medicina Familiar, el HGZ/UMF 8. Matricula. 99379893 Correo: jorge.sanchezpi@imss.gob. Teléfono: 0445540432008 Fax: No Fax Torres Avilés Felipe de Jesús. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matricula 97371499 Correo: apolo_zero@hotmail.com. Teléfono: 555581464428 Fax: No Fax.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Torres Avilés Felipe de Jesús

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 4

Fecha: 28 de Diciembre de 2018

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Esp. Espinoza Anrubio Gilberto, Médico Familiar. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Matrícula: 99374232** y con adscripción en el HGZ/UMF No.8, realice la investigación titulada: **“EVALUACIÓN DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”** dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento será aplicando una encuesta de autoevaluación a pacientes que acudan a la consulta externa del HGZ/UMF No.8, con diagnóstico de diabetes tipo 2, con lo que se obtendrán datos correspondientes a las variables sociodemográficas y variables de la patología.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades **al Esp. Espinoza Anrubio Gilberto** y al **Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Torres Avilés Felipe de Jesús** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR