



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL
GLICÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA
CLÍNICA DEL SUR DE SONORA**

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

PRESENTA:

DRA. MAYRA XÓCHITL RODRÍGUEZ GERALDO

CIUDAD OBREGÓN, SONORA. 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL
GLICÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA
CLÍNICA DEL SUR DE SONORA**

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

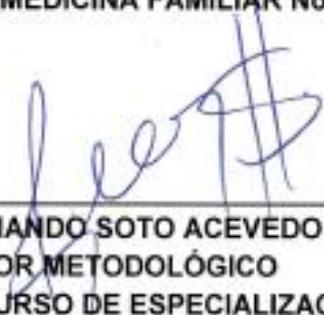
**PRESENTA:
DRA. MAYRA XÓCHITL RODRÍGUEZ GERALDO.**

AUTORIZACIONES:



**DR. JOSÉ ROSARIO BÓRQUEZ LERMA
ASESOR DE TESIS**

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**



**DR. FERNANDO SOTO ACEVEDO
ASESOR METODOLÓGICO**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**



DRA. GELINA BARRERAS GIL

**COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL
GLICÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA
CLÍNICA DEL SUR DE SONORA**

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

**PRESENTA:
DRA. MAYRA XÓCHITL RODRÍGUEZ GERALDO.**

AUTORIZACIONES:



**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. BENITA ROSARIO URBÁN REYES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**

**"RELACION ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD Y CONTROL GLICEMICO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CLINICA DEL
SUR DE SONORA"**

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

PRESENTA

DRA. MAYRA XOCHITL RODRIGUEZ GERALDO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



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

ÍNDICE

| | Contenido | Página |
|-------|--|---------------|
| I. | Resumen..... | 6 |
| II. | Introducción..... | 7 |
| III. | Planteamiento del problema..... | 11 |
| IV. | Justificación..... | 12 |
| V. | Objetivo general..... | 13 |
| VI. | Hipótesis..... | 13 |
| VII. | Material y métodos..... | 14 |
| VIII. | Resultados..... | 20 |
| IX. | Discusión..... | 21 |
| X. | Conclusión..... | 22 |
| XI. | Recomendaciones..... | 23 |
| XII. | Bibliografía..... | 24 |
| XIII. | Anexos..... | 26 |

I. RESUMEN

RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CLÍNICA DEL SUR DE SONORA.

Rodríguez-Geraldo M¹, Bórquez-Lerma JR²1, Soto-Acevedo F².

¹Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

²Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a UMF 1 IMSS.

Introducción: Existe un grave problema de salud pública a nivel mundial a causa de la Diabetes Mellitus. Se han implementado medidas para mejorar la clínica y el laboratorio, se han descubierto nuevos y eficaces tratamientos, pero a pesar de todo esto es palpable el fracaso en algunos pacientes al presentar complicaciones a mediano y largo plazo.

Objetivo: Determinar la relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 17, Villa Juárez, Sonora.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico. Participaron 31 derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se aplicó la escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Roy (CAPS), y se determinó el control glicémico. El análisis de datos se realizó mediante Razón de momios, Rho de Spearman, Ji cuadrada, en el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados: Se encontraron 14 y 17 pacientes con baja y alta capacidad de afrontamiento, respectivamente. Con glicemia controlada 4 y descontrolada 27 pacientes. Se relacionó la baja capacidad de afrontamiento con descontrol glicémico con una RM=2.786, IC95% (0.256-30.273), p=0.378, y una Rho de Spearman de 0.156, p=0.402.

Conclusión: El afrontamiento de la enfermedad y el control glicémico tienen relación positiva débil. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con baja capacidad de afrontamiento presentan mayor probabilidad de descontrol glicémico.

Palabras clave: *Afrontamiento, relación, enfermedad, glicémico, Diabetes Mellitus.*

II. INTRODUCCIÓN

Por definición, el término Diabetes Mellitus (DM2) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. ^[1]

Debido a que la prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida ^[2], permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo ^[3].

En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma ^[4]. Por éste mismo motivo a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas con Diabetes Mellitus se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo. ^[5]

En nuestro país la Diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400, 000 casos nuevos al año. Si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad. ^[6]

Con base en los resultados obtenidos en la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, 8.2% de la población de 20 a 69 años padece Diabetes Mellitus, 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y en 31.3% fue hallazgo de la encuesta, el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. ^[7]

El estilo de vida que lleva una persona tiene íntima relación con su estado de salud y enfermedad. Cada día aumenta la prevalencia de enfermedades relacionadas con los malos hábitos de comportamiento, llegándose a estimar que éstos son la base del 50% de las enfermedades crónicas ^[8]. Frecuentemente, al combinarse con el estado psicológico y el contexto, son causas directas del origen y la complicación de éstos daños a la salud. ^[9]

Lazarus y Folkman definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedente de los recursos del individuo. ^[10]

En la consulta médica hemos observado pacientes que llevan programas estratégicos institucionales, donde son tratados con pláticas de cambio al estilo de vida, consulta médica donde se prescriben hipoglicemiantes eficaces, se les da asesoría por nutrición, por trabajo social, etc., pero a pesar de esto persisten los niveles altos de glucemia, concluimos que es debido a factores psicosociales; que según la literatura pueden influir indirectamente en el curso de una enfermedad. ^[11]

La negación es un sistema de defensa el cual ayuda a reducir la ansiedad y hace más tolerable una situación amenazadora. Si la negación alivia la ansiedad puede resultar beneficiosa, sin embargo, podría impedir que una persona cumpla un tratamiento, lo cual puede acarrear consecuencias graves. ^[11]

Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Si bien la calidad de vida ha aumentado en algunos padecimientos como el cáncer y la leucemia, algunos estudios han demostrado que muchos sobrevivientes continúan bajo los efectos negativos del padecimiento o de su tratamiento. ^[12]

Vemos que la Diabetes Mellitus se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico. La aceptación de las exigencias médicas y de enfermería por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas, pues el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento.^[12]

Existen diversos modelos los cuales investigan el aspecto psicológico y algunos de ellos pretenden adoptar la idea una buena motivación de la percepción de lo competente. Por ejemplo, tenemos a Wallston, el cual pretende explicar su principio o teoría, ésta aplicada al campo de la salud, nos dice que tener una competencia personal percibida alta consiste en, primero, valorar la salud como un bien muy importante, segundo, creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud y tercero creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables.^[13]

En nuestro país se han realizado estudios epidemiológicos, de los cuales nuestro instituto ha sido punta de lanza; Algunos de ellos de afrontamiento de enfermedad como el de Margarita Lazcano-Ortiz, et al en 2008^[14]. El de Gómez Rocha en 2010^[17], donde se concluye que la escala tiene consistencia interna y validez de constructo incipiente, la estrategia de afrontamiento activo de la enfermedad es factor de riesgo para el estilo de vida favorable en el paciente diabético tipo 2.

Tenemos el análisis de Bail Pupko en Argentina en 2015^[14], donde la valoración en cuestión mostró correlaciones positivas con los confrontamientos activos. Este tipo de afrontamiento, a su vez, exhibió una correlación positiva con el cumplimiento de las pautas de autocuidado. Y el de Mercado-Pérez en 2013 en Colombia^[16], donde se puede concluir que el nivel de adaptación y afrontamiento que mas frecuentan los adultos diabéticos están en muy altos niveles.

Todos se enfocan en el afrontamiento de la enfermedad como factor de riesgo para el estilo de vida, puesto en su respectiva idiosincrasia, el diagnóstico de la enfermedad suele ser vivido como una limitación en el estilo de vida y una pérdida del equilibrio fisiológico. Y la estrategia de afrontamiento se define como el esfuerzo cognitivo y conductual activo hacia la enfermedad, lo cual facilita los cambios que se requieren para un mejor estilo de vida.^[17] Para determinar el afrontamiento se aplicó la escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS), elaborada por Sor Callista Roy en 1970.

Ella observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.^[18] El instrumento es multidimensional, consta de 47 reactivos con cinco dimensiones independientes: identificar el problema y orientación al cuidado de la salud (10 reactivos), reacciones físicas y enfocadas (13 reactivos), proceso de alerta (9 reactivos), proceso sistemático (6 reactivos), conocer y relacionar (8 reactivos).^[18]

Todas las preguntas tienen un patrón de cuatro respuestas con valor de 0 a 3. El puntaje esperado en la orientación y cuidado de la salud entre 0 y 30 puntos; en la de reacciones físicas y enfocadas, de 0 a 39 puntos; en el proceso de alerta, entre 0 a 27 puntos; en la de proceso sistemático, entre 0 y 18 puntos; y en el de conocer y relacionar, entre 0 y 24 puntos.^[18]

Éste estudio tiene como objetivo demostrar la relación entre afrontamiento de la enfermedad y descontrol glicémico, lo cual se refleja en el estilo de vida de nuestros pacientes^[19], debido a que éste padecimiento tiene un gran impacto tanto regional como mundial, por lo cual se realiza el siguiente estudio en una clínica del IMSS del sur de Sonora.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios relacionados al estilo de vida ^[2]; permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el planeta ^[3]. Pues a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas con Diabetes Mellitus se incrementa a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo. ^[5]

En nuestro país la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400, 000 casos nuevos al año. Si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad. ^[6]

En la consulta hemos visto a nuestros pacientes con Diabetes Mellitus con descontrol a pesar de programas institucionales (pláticas de trabajo social, diabetimss, etc.); sin embargo, a pesar de contar y utilizar insumos (por ejemplo: hipoglucemiantes orales, insulinas), en algunos pacientes no hay mejoría de sus niveles de glicemia. En nuestro medio existe la factibilidad de realizar una recolección de datos para valorar el impacto clínico.

Por lo antes mencionado, en ésta investigación se tratará de realizar una mejor detección entre el afrontamiento de la enfermedad y el control glicémico para mejorar su calidad de vida, evitando complicaciones secundarias al mal control de glucosa. Nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 17, IMSS Sonora?

IV. JUSTIFICACIÓN

Son muchas las repercusiones de la Diabetes Mellitus en nuestra sociedad, pues ésta patología está en auge y peor aún, en aumento. El afrontamiento de la enfermedad para nuestros pacientes puede ser la piedra angular para su tratamiento.

Al realizar el siguiente estudio, ayudará a nuestra unidad a conocer el grado de afrontamiento o negación de nuestros derechohabientes. Nos servirá para formular e implementar estrategias para mejorar el afrontamiento y así favorecer la calidad de vida del paciente.

Hay estudios de afrontamiento de Diabetes Mellitus en el país, algunos de ellos como el de Margarita Lazcano-Ortíz^[13] y el de Gómez Rocha^[17], realizados en Nuevo León y Querétaro, respectivamente, con buena consistencia interna y validez, se encontró relación con afrontamiento de la enfermedad y control glicémico.

No se han realizado estudios de éste tipo en nuestra unidad ni en el estado, al realizarlo será un parteaguas en la investigación a nivel local. Realizarlo puede ayudarnos a resolver éste rompecabezas de descontrol glicémico y apoyarnos con psicología y otras especialidades para tratar de contener ésta enfermedad.

V. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

VI. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Existe relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

HIPÓTESIS NULA:

No existe relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villa Juárez, Sonora. En el periodo de tiempo 2014 – 2016.

La UMF No. 17 es una clínica de primer nivel de atención médica, la cual cuenta con 4 consultorios de Medicina Familiar, dos matutinos y dos vespertinos, con servicio al derechohabiente de lunes a viernes, en el turno matutino la atención médica tiene un horario de 8:00 a 14:00 y en el vespertino de 14:00 a 20:00 horas.

Esta clínica se encuentra localizada al sur de Ciudad Obregón, Sonora. Por sus características demográficas se trata de una población semiurbana a rural, que cuenta con todos los servicios públicos, a ella llegan pacientes de las diferentes áreas aledañas por medio de transporte público, automóvil, caballo, bicicleta.

Previa autorización del Director de la unidad, los pacientes fueron captados en el consultorio número 2, en días diferentes, se les pidió realizarles una encuesta para un estudio, aceptando, se les pidió que firmaran el consentimiento informado a cada uno de ellos; fueron escogidos al azar entre hombres y mujeres de las edades de entre 40 – 60 años.

7.2 Diseño y tipo de estudio:

Observacional, prospectivo, transversal, analítico.

7.3 Definición operacional y conceptual de las variables:

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Escala | Indicador |
|-------------------------------|---|---|---------------------------|---|
| Sexo | Clase o tipo a que pertenecen personas o cosas. | Mediante encuesta se responderá por usuario. | Cualitativa. Nominal | 1.-H: hombre 2.-M: mujer |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Años vividos referidos por la persona encuestada | Cuantitativa discreta | Indicador frecuencias absolutas y relativas |
| Control glicémico | Paciente diabético que presenta de manera regular niveles de glicemia de ayuno menor a 100mgdl. | Reporte de los resultados de estudios de laboratorio realizados como máximo tres meses antes de la toma de glicemia basal de ayuno. | Cuantitativa continua. | 1.-Caso en control: glicemia de ayuno menor a 100. 2.-Caso en descontrol: glicemia de ayuno igual o mayor a 100. |
| Nivel educativo ó escolaridad | Cada una de las etapas que conforman el Sistema Educativo Nacional. | Nivel educativo reportado por los pacientes. | Cualitativa, ordinal | 1-Preescolar 2-Primaria 3-Secundaria 4-Nivel técnico secundaria 5- Nivel técnico con preparatoria 6-Preparatoria |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------|---|
| | | | | 7-Licenciatura 8-Maestría 9-Doctorado |
| Tiempo de evolución de la enfermedad | Período de tiempo en que la enfermedad se hace presente en el organismo | Período de tiempo reportado por el paciente entre el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 y el momento de la encuesta. | Cuantitativa, discreta | Años y/o meses de evolución. |
| Escala de afrontamiento y adaptación de Roy | Instrumento para determinar afrontamiento de enfermedad | Se aplicará encuesta de 47 reactivos. | Cuantitativa discreta. | 1.-117-188: alta capacidad de afrontamiento. 2.-47-116: baja capacidad de afrontamiento. |
| Estilo de vida | Forma en que el paciente percibe su vida | Se recogerá información mediante cuestionario | Cualitativa, ordinal | 1.-Bueno 2.-Regular 3.-Malo |

7.4 Universo y población de estudio.

El presente estudio se realizará en pacientes con Diabetes Mellitus adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.17. De un total de 369 pacientes con DM2 en la UMF No. 17. Se obtendrá una muestra de 31 derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

7.5 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del IMSS con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Estar vigente al momento del estudio
- Edad 40-60 años
- Cualquier sexo
- Pacientes que acepten firmar la hoja de consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retraso mental u otra enfermedad psiquiátrica.

Criterios de eliminación:

- Paciente que desistan de participar en el estudio.
- Defunción.
- Cuestionario incompleto

7.6 Tamaño de la muestra.

Se utilizará la fórmula para una correlación simple:

$$N = 3 + K/C^2$$

En donde:

N = tamaño de la muestra

K = $(Z \text{ alfa} + Z \text{ beta})^2$ con nivel de significación de 0.05 y poder del 95% = 10.8

C = $(0.5) \ln (1+r / 1-r) = 0.480$

r = 0.6

$$N = 3 + \frac{(10.8)}{(0.693)^2}$$

$$N = 3 + \frac{(10.8)}{(0.480)}$$

N = 25 pacientes

Con base en la perdida esperada del 20%

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

n' = tamaño de muestra calculado

L = porcentaje de pérdidas a calcular = 20% (0.2)

$$n' = \frac{25}{(1 - 0.2)}$$

n' = 31 pacientes.

7.7 Descripción general del estudio

Una vez autorizado por parte del Comité Local de Investigación 2603 se procedió a identificar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que cumplieron con los criterios de inclusión, y mediante muestreo probabilístico simple se seleccionaron a los pacientes de la consulta externa de la UMF17, por medio de elección al azar, a quienes, previo consentimiento informado, se les explicó en qué consiste el estudio, ventajas y desventajas del mismo, una vez firmada la hoja del consentimiento informado se dio paso a la técnica de estudio la cual fue una entrevista individual, a través de la aplicación de la escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Roy (CAPS), la cual es para conocer la capacidad de nuestros pacientes para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

El instrumento está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. El puntaje total puede oscilar entre 47 a 188 puntos. Los individuos con un puntaje entre 117-188 poseen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como mayor frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento.

Los individuos con un puntaje entre 47-116 poseen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como poca frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento.

Además, investigamos: escolaridad, sexo, edad, glucosa plasmática de ayuno y tiempo de evolución de la enfermedad.

7.8 Análisis estadístico

El procesamiento y análisis estadístico de los resultados fue a través de frecuencia, porcentajes, pérdidas de tendencia central, Rho de Spearman, razón de momios y Ji cuadrada. Se utilizó el programa SPSS versión 20.

7.9 Aspectos éticos

El protocolo de investigación se sometió para su revisión y aprobación al Comité de Investigación y Ética en Salud de la UMF No. 1, IMSS de Cd. Obregón, Sonora 2603. Se solicitó autorización para la participación en el estudio por medio de un consentimiento informado, elaborado de acuerdo a las necesidades del estudio, por lo que el riesgo se consideró mínimo.

Esta investigación se ajustó de acuerdo a lo establecido en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 1^o al 6^o, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo II, Artículo 28,31,32 y 33, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120 de la Ley General de Salud en Materia Investigación para la Salud.

Así como los puntos 1,2,3,4,5,8,9,10,13,14,15,19,20,22,23,27,28, y 31 de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 52^o Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, a los principios contenidos en el Código de Núremberg, la enmienda de Tokio, el Informe de Belmont y el Código de reglamentos Federales de Estados Unidos. Además, cumple con las Normas e instructivos de esta Institución en materia de investigación Científica, por lo cual se realizará hasta que sea aprobado por el Comité de Ética e Investigación Local.

En el caso de haberse detectado algún paciente con alteración, se hubieran tomado las medidas necesarias respetando los límites como investigador, para ser derivado al Servicio correspondiente.

VIII. RESULTADOS.

Se estudiaron 31 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con un promedio de edad de 54.16 años, con una desviación estándar de 5.734, un mínimo de 40 y un máximo de 60 años de edad. Tabla 1

La distribución por género fue la siguiente: femenino 15 (48.4%) y masculino 16 (51.6%). El tiempo de evolución desde el diagnóstico de diabetes tuvo una media de 8.84 años con una desviación estándar de 5.522, un mínimo de uno y un máximo de 21 años. Tabla 2

De acuerdo a la escolaridad encontramos con preescolar 6 (19.4%), primaria 18 (58.1%), secundaria 5 (16.1%), nivel técnico preparatoria 1 (3.2%) y preparatoria 1 (3.2%). Tabla 3

Se midió el control glicémico determinando que 4 (12.9%) estaban controlados y descontrolados 27 (87.1%). Tabla 4

En cuanto al afrontamiento de la enfermedad evaluado con la Escala de Afrontamiento de ROY: con alta capacidad de afrontamiento fueron 17 (54.8%) y con baja capacidad de afrontamiento 14 (45.2%). Tabla 5

La percepción de su estilo de vida fue buena en 10 (32.3%), regular 19 (61.3%) y mala 2 (6.5%), pacientes. Tabla 6

Al aplicar pruebas para analizar la relación entre el afrontamiento de la enfermedad y el control glicémico, se encontró para la baja capacidad de afrontamiento con descontrol glicémico una $RM=2.786$, con un $IC95\%$ de 0.256 a 30.273, una $p=0.378$ (estadístico exacto de Fisher. Rho de Spearman de 0.156, con una $p=0.402$. Tabla 7

IX. DISCUSIÓN.

En nuestro estudio se obtuvieron datos sobre valorar (estimar) la capacidad de recuperación y, adaptación fisiológica y psicológica de nuestros pacientes respecto a la enfermedad; para ello se aplicó la escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Sor Callista Roy (CAPS), entre ellos (además de) el estilo de vida, tiempo de evolución de la enfermedad, nivel de escolaridad, edad y glicemia de ayuno.

Se observó en nuestra investigación que, en los pacientes con una alta capacidad de Roy, tenían mayor afrontamiento y adaptabilidad, coincidiendo con los mismos resultados a los obtenidos por Lazcano-Ortiz en 2008. ^[14]

Bail-Pupko y cols. (Argentina, 2015), investigaron sobre actitudes, afrontamiento y autocuidado en paciente con diabetes tipo 2, donde reportaron que los pacientes en un 57% pertenecían a género femenino a diferencia de nuestro trabajo donde sólo el 48% pertenecía a este género; en cuanto a la escolaridad predominó en su estudio el nivel primaria con un 41.5%, coincidiendo con nuestra investigación donde el 58.1% también contaba con este nivel escolar. ^[15]

Gómez Rocha y colaboradores (México, 2010), realizaron una investigación donde midió el afrontamiento ante la diabetes y el estilo de vida, encontrando en los participantes una edad media de 59 ± 11.7 años, y un tiempo de evolución en promedio de 9.7 ± 7.8 años, en el grupo de estilo de vida favorable, estos datos son muy parecidos a las características de nuestros pacientes, quienes tuvieron una edad media de 54.16 ± 5.734 años, con un tiempo de evolución promedio de 8.84 ± 5.520 años. ^[17]

No contamos con estudios que hayan tratado de establecer la relación que existe en la capacidad de afrontamiento ante la diabetes mellitus tipo y el control glicémico, sin embargo, los estudios encontrados se enfocan en el afrontamiento de la enfermedad como factor de riesgo para el estilo de vida, puesto en su respectiva idiosincrasia, el diagnóstico de la enfermedad suele ser vivido como una limitación en el estilo de vida y una pérdida del equilibrio fisiológico. ^[17]

X. CONCLUSIÓN.

Existe relación entre el afrontamiento de la enfermedad y el control glicémico, encontrando que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con baja capacidad de afrontamiento presentan mayor probabilidad de descontrol glicémico.

Además se demostró una correlación positiva débil, sin significancia estadística lo cual nos permite continuar esta línea de investigación con un tamaño de muestra mayor, controlando con otras variables que pudieran contribuir al descontrol glicémico

Con base en lo anterior, encontramos que un paciente con afrontamiento de la enfermedad tiene mejor control de su glucosa. Por lo que es necesaria la intensificación de programas de salud, dirigidos a la educación nutricional, actividad física, prevenir problemas de obesidad y descontrol metabólico, así como reeducación de todo el equipo de salud para fomentar el afrontamiento de la enfermedad.

La participación multidisciplinaria es la base para disminuir éste problema de salud pública, con ello se pretende a largo plazo una disminución significativa de pacientes con éste tipo de patología, que tanto aqueja a nuestra sociedad.

XI. RECOMENDACIONES.

Es importante que el médico familiar considere dentro de la atención que otorga a pacientes con diabetes mellitus evaluar la capacidad de afrontamiento ante esta enfermedad para detectar el estado del paciente y fomentar con educación la aceptación de la enfermedad.

En un futuro, recomendaríamos que si llegaran a tomar un protocolo de investigación para tesis de este tema, se tomara una población más grande, además otras variables como obesidad, control dislipidémico entre otros.

Se llevara un seguimiento, pues nos damos cuenta con nuestros resultados que efectivamente es importante la relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Organización Panamericana de la Salud. Asociación latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2012. [en línea] [consultado 2014 Abr 12]. Disponible en:
<http://www.alad.latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
- 2.- Zimmet, P. Alberti, K. G. & Shaw, J., Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 2010. 414: p. 782–787.
- 3.- International Diabetes Federation. The diabetes atlas. Third Edition. 2006, IDF.
- 4.- International Federation of Diabetes. Diabetes Atlas, 5th edition, 2012. [en línea] [consultado 2014 Abr 13]. Disponible en:
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>
- 5.- Shaw, J.E., Sicree, R. A. & Zimmet, P. Z. , Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 2010. 87: p. 4–14.
- 6.- Programa de acción específico: Diabetes mellitus. Servicios de salud de Veracruz. Secretaría de Salud. 2013.
- 7.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes. [en línea] [consultado 2014 Abr 13]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- 8.- Hernández MM, Pelechano V. Calidad de Vida en enfermos crónicos. Universidad de la Laguna. [Tesis en línea] [consultado 2014 Abr 18]. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs119.pdf>
- 9.- Oblitas L, Becoña E. Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés; 2010.
- 10.- Piña-López J-A. Los pecados originales en la propuesta transaccional sobre estrés y afrontamiento de Lazarus-Folkman. *Enseñanza e investigación en Psicología*, Vol. 14, núm. 1, enero-junio 2009. Pp 193- 209.
- 11.- Rosas-Guzmán J, Lyra R, et. Al. Diabetes Mellitus, visión latinoamericana. Aspectos Psicosociales en niños y adultos con diabetes mellitus 2009; pp.233-244.
- 12.- De los Ríos-Castillo, Sánchez-Sosa, Barrios Santiago, et al. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2. 2004.42: p.109-116.
- 13.- Fernández Castro J, Edo Izquierdo S. ¿Cómo influye el control percibido en el

impacto que tiene las emociones sobre la salud? Anales de psicología, 1994, 10(2), 127-133.

14.- Lazcano-Ortiz M, Salazar-González B, et al. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 .portal de publicaciones científicas, universidad de la sabana. [en línea] [consultado 2014 abr 21]. Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/128/257>

15.- Bail Pupko V, Azzollini S. ACTITUDES, AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(10):15-23.

16.-Mercado Pérez K, Ramos Peñate z. Nivel de adaptación y afrontamiento de pacientes con diabetes crónica en cinco centros de vida en Cartagena de indias. Corporación universitaria Rafael Núñez. Facultad de ciencias de la salud. 2013.

17- Gómez-Rocha S, Galicia-Rodríguez L, et al. Estrategia de afrontamiento de la Diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010; 48 (5): 539-542.

18.- Orta Gonzalez M, Vázquez Hachero G. El proceso de atención de enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. El médico interactivo. 2001. [en línea] [consultado 2014 Mayo 02]. Disponible en:

<http://elmedicointeractivo.com/ap1/emiod/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Tablas.

Tabla 1. Edad y años de evolución en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

| | Edad (Años) | Evolución de la enfermedad (Años) |
|-------------------|--------------------|--|
| Media | 54.16 | 8.84 |
| Desv. típ. | 5.734 | 5.520 |
| Mínimo | 40 | 1 |
| Máximo | 60 | 21 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 2. Distribución por género en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

| Género | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Femenino | 15 | 48.4 |
| Masculino | 16 | 51.6 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 3. Escolaridad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Preescolar | 6 | 19.4 |
| Primaria | 18 | 58.1 |
| Secundaria | 5 | 16.1 |
| Nivel técnico | 1 | 3.2 |
| Preparatoria | 1 | 3.2 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 4. Control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

| Control Glicémico | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Controlado | 4 | 12.9 |
| Descontrolado | 27 | 87.1 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 5. Afrontamiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora. (Escala de ROY)

| Afrontamiento | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Alta capacidad de afrontamiento (117-118) | 17 | 54.8 |
| Baja capacidad de afrontamiento (47-116) | 14 | 45.2 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 6. Percepción de aceptación ante la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora. (Escala de ROY)

| ¿Cómo percibe su aceptación ante la enfermedad de Diabetes Mellitus? | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Autopercepción | Frecuencia | Porcentaje |
| Buena | 10 | 32.3 |
| Regular | 19 | 61.3 |
| Mala | 2 | 6.5 |
| Total | 31 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Tabla 7. Relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora.

| Afrontamiento | Descontrol Glicémico | Control Glicémico | RM | IC95% | p |
|--|-----------------------------|--------------------------|-----------|--------------|----------|
| Baja Capacidad de Afrontamiento | 13 | 1 | 2.786 | 0.256-30.273 | 0.378* |
| Alta Capacidad de Afrontamiento | 14 | 3 | | | |
| <i>*Estadístico exacto de Fisher</i> | | | | | |
| Rho de Spearman | | | 0.156 | | 0.402 |

Fuente: Base de datos de la UMF 17 (2016).

Instrumento aplicado 2. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de Roy.

FACTOR 1. RECURSIVO Y CENTRADO

| ÍTEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|----------|------------------|---------|
| Propongo una solución nueva para un problema nuevo. | | | | |
| Obtengo la mayor información para facilitar las solución a mis problemas | | | | |
| Trato de que todo funcione a mi favor. | | | | |
| Identifico cómo quiero que resulte la situación y luego miro cómo lo puedo lograr | | | | |
| Trato de mejorar mis sentimientos para enfocarlos de manera positiva. | | | | |
| Estoy atento a cualquier cosa Relacionada con la situación. | | | | |
| Trato de ser creativo para enfrentar la | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| situación. | | | | |
| Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida totalmente | | | | |
| Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones. | | | | |
| Desarrollo un plan con varias acciones para enfrentar la situación | | | | |

FACTOR 2. REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS

| ITEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|-------------|------------------|---------|
| Tengo dificultad para completar tareas o proyectos. | | | | |
| Solo puedo pensar en lo que me preocupa. | | | | |
| Encuentro la situación demasiado compleja con más elementos de los que puedo manejar. | | | | |
| Parece que actuó con lentitud sin razón aparente. | | | | |
| Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo. | | | | |
| Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo. | | | | |
| Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema | | | | |
| Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga. | | | | |
| Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas | | | | |
| Experimento cambios en la actividad física. | | | | |
| Trato de hacer frente a la crisis | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| desde el principio. | | | | |
| Me doy cuenta que me estoy enfermando | | | | |
| Me rindo fácilmente Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas | | | | |

FACTOR 3. PROCESO DE ALERTA

| ITEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|--|-------|-------------|------------------|---------|
| Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez | | | | |
| Soy menos eficaz bajo estrés. | | | | |
| Me siento alerta y activo durante el día. | | | | |
| Pongo mis sentimientos a un lado y tomo con serenidad lo que sucede. | | | | |
| Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos. | | | | |
| Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos. | | | | |
| Soy más fuerte bajo estrés. | | | | |
| Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como Sucedieron | | | | |
| Acojo rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema | | | | |

FACTOR 4. PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO

| ITEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNAS VECES | SIEMPRE |
|---|-------|-------------|------------------|---------|
| Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad. | | | | |
| Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que entienda el Problema | | | | |
| Pienso en el problema sistemáticamente paso a paso | | | | |
| Analizo la situación como realmente es. | | | | |
| Trato de mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso. | | | | |
| Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar. | | | | |

FACTOR 5. CONOCER Y RELACIONAR

| ITEMS | NUNCA | RARA VEZ | ALGUNA S VECES | SIEMPRE |
|--|-------|-------------|----------------------|---------|
| Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado | | | | |
| Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo. | | | | |
| Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones | | | | |
| Utilizo el humor para manejar la situación | | | | |
| Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes en el futuro. | | | | |
| Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros. | | | | |
| Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío. | | | | |
| Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar | | | | |

Anexo 4. Consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN | |
|--|---|
| Nombre del estudio: | Relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de Sonora. |
| Lugar y fecha: | UMF No. 17 del IMSS, Villa Juárez, Son. |
| Número de registro: | R-2014-2603-48 |
| Justificación y objetivo del estudio: | Determinar la relación entre afrontamiento de la enfermedad y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica del sur de sonora. |
| Procedimientos: | Se me ha informado que se me aplicará una encuesta; para evaluar el afrontamiento de la enfermedad de la diabetes mellitus, para evaluar si estoy en riesgo de padecer alguna complicación. |
| Posibles riesgos y molestias: | Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Detectar si padezco de alguna alteración en mi estado nutricional y/o riesgo de alteración en la conducta alimentaria y envié a nutrición y/o psicología según el caso. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Se informará al paciente el resultado de las encuestas aplicables y se analizara las posibles causas y las modificaciones que se pueden emplear. |
| Participación o retiro: | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento. |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. |
| En caso de colección de material biológico (no aplica) | |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario. |
| Beneficios al término del estudio: | Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en una mejor propuesta de atención futura para darle solución a los problemas encontrados. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | A los investigadores que abajo se mencionan |
| Investigador Responsable: | Dra. Mayra Xóchitl Rodríguez Geraldo |
| Colaboradores: | Dr. José Rosario Bórquez Lerma. |
| 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 | _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| _____ Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma | _____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma |
| | Clave: 2810-009-013 |

Anexo 6. Dictamen de autorización.

| | | | | | |
|--|---|--|---|------------------|----------------|
|  <p>MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA</p> |  | <p>Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud Coordinación de Investigación en Salud</p> |  <p>IMSS</p> | | |
| <p>"2014, Año de Octavio Paz".</p> | | | | | |
| <p>Dictamen de Autorizado</p> | | | | | |
| <p>Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603 U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA</p> | | | | | |
| <p>FECHA 22/10/2014</p> | | | | | |
| <p>DRA. MAYRA XÓCHITL RODRIGUEZ GERALDO</p> | | | | | |
| <p>P R E S E N T E</p> | | | | | |
| <p>Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:</p> | | | | | |
| <p>RELACION ENTRE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONTROL GLICEMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CLINICA DEL SUR DE SONORA</p> | | | | | |
| <p>que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es <u>A U T O R I Z A D O</u>, con el número de registro institucional:</p> | | | | | |
| <table border="1"><tr><td data-bbox="711 1356 894 1381">Núm. de Registro</td></tr><tr><td data-bbox="711 1381 894 1407">R-2014-2603-48</td></tr></table> | | | | Núm. de Registro | R-2014-2603-48 |
| Núm. de Registro | | | | | |
| R-2014-2603-48 | | | | | |
| <p>ATENTAMENTE</p> | | | | | |
| <p>DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603</p> | | | | | |
| <p>IMSS</p> | | | | | |
| <p>SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p> | | | | | |