

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO  
2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. FABIOLA CASTRO GUZMÁN**

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

**SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. 2017**

**2014 -2017**

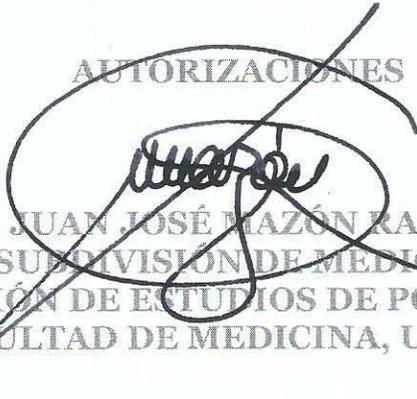
**"ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DE  
DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.  
47, DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ"**

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

**PRESENTA**

**DRA. FABIOLA CASTRO GUZMÁN**

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO  
2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ.**

ASESORES:

**DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ**

Asesor: Metodológico y Estadístico

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos  
Generales del I.M.S.S.

Adscripción: UMF No.47, San Luis Potosí, S.L.P.

Maestrante en Educación Basada en Competencias

Diplomado de Investigación Clínica

**DR. DANIEL ALBERTO RODRÍGUEZ GÓMEZ**

Asesor: Clínico

Especialista en Medicina Familiar

Adscripción: UMF No.47, San Luis Potosí, S.L.P.

Autoridades



**Dr. Juan Sanchez Ramos**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional



*Dra. Gabriela V. Escudero Lourdes*  
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
Mat. 8 5 8 5 8 7 3  
Av. Industrias S/N Col. Capricornio  
San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78060  
Tel. Of. (444) 29 99 41 Tel. Of. (444) 522-12-0

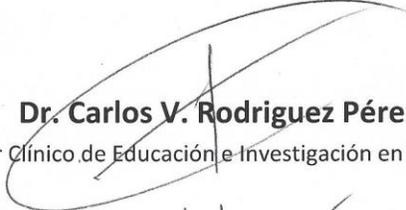
**Dra. Gabriela V. Escudero Lourdes**

Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud



**Dr. Miguel Angel Mendoza Romo**

Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud



**Dr. Carlos V. Rodriguez Pérez**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. UMF#47



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**Dr. Gad Gamed Zavala Cruz**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales  
del IMSS. UMF#47



"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 26/11/2014

**DRA. FABIOLA CASTRO GUZMÁN**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ. ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ**

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-2402-45

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). MARIA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

**ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO  
2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.  
47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ.**

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES:

**DRA. FABIOLA CASTRO GUZMÁN**

Matrícula: 99251325

Dom. Jerez 104, Bellavista, Soledad de G.S., S.L.P. C.P.78433, Tel.444 130 99 59

Correo electrónico: fabiola\_kastro@yahoo.com

**DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ**

Matrícula: 99258201

Dom. Paseo de los Elfos No. 420, Hacienda de los Morales, Soledad de G.S.  
C.P.78438. Tel. 444 117 0607

Correo electrónico: gad.zavala@imss.gob.mx

**DR. DANIEL ALBERTO RODRÍGUEZ GÓMEZ**

Matrícula: 99259595 Dom. Prof. Pedro Vallejo 425, Zona Centro, C.P.78339.Tel. 444  
220 40 58

Correo electrónico: daniel\_rodgom@hotmail.com

# ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
1. Marco teórico.....	9
1.1. Introducción.....	9
1.2. Antecedentes.....	11
1.3. Marco conceptual.....	14
2. Justificación.....	24
3. Planteamiento del problema.....	26
4. Objetivos.....	29
4.1. Generales.....	29
4.2. Específicos.....	29
5. Hipótesis.....	31
5.1. Hipótesis de investigación.....	31
5.2. Hipótesis nula o alternativa.....	31
6. Material y métodos.....	31
6.1. Tipo y diseño de estudio.....	31
6.2. Universo de estudio.....	31
6.3. Unidad de estudio.....	31
6.4. Límite de tiempo.....	31
6.5. Muestra.....	31
6.6. Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).....	32
6.7. Variables de estudio.....	32

6.8. Procedimiento.....	33
6.9. Plan de análisis.....	33
6.10. Instrumentos de recolección de información.....	33
6.11. Consideraciones éticas.....	34
6.12. Productos esperados.....	34
7. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	35
8. Resultados.....	35
9. Discusión.....	45
10. Conclusión.....	46
11. Sugerencias.....	46
12. Bibliografía.....	47
13. Anexos y cronograma de actividades.....	49

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Introducción

La Autoestima se reconoce como un indicador del desarrollo personal, fundada en las valoraciones positivas, negativas o neutras que cada persona hace de sus características cognitivas, físicas y psicológicas. Dicha valoración se construye sobre la opinión que cada persona tiene sobre sí misma, a partir de los atributos que le otorgan las características mencionadas. Esta opinión es confirmada por cada individuo a partir de la percepción de cómo y cuánto lo valora quien lo rodea y, particularmente, todo aquel que es relevante para él en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la autoestima sustenta y caracteriza el comportamiento relacional y el potencial de interacción de un sujeto en su medio ambiente.<sup>1</sup>

La autoestima es la aceptación y aprecio hacia uno mismo, unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no se hereda, sino que lo aprendemos de nuestro entorno mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.<sup>2</sup>

Las personas con alta autoestima se caracterizan porque superan sus problemas o dificultades personales, afianzan su personalidad, favorecen su creatividad, son más independientes y tienen más facilidad para tener relaciones interpersonales.<sup>2</sup> Cuando la autoestima es alta, te sientes seguro; eres flexible e ingenioso, disfrutas los desafíos de la vida, sientes poder y creatividad.<sup>2</sup>

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la

enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo.<sup>3</sup>

Asimismo, incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo al tener que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida económica e interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia, lo que puede aumentar el sufrimiento de los allegados. Por otra parte, puede promover alteraciones en el funcionamiento familiar generando crisis entre sus miembros, así como hacer recaer la responsabilidad del seguimiento del régimen terapéutico en otras personas y no en el propio paciente.<sup>3</sup>

Los individuos que son razonables de sus necesidades y de su valía son capaces de defenderse, son más asertivos e inmunológicamente más estables, lo que es determinante para sobrellevar enfermedades crónico-degenerativas entre ellas la Diabetes.

La Diabetes Mellitus de acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de insulina, o de ambas. Existen muchos procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia de la acción de la insulina. La base de todas las alteraciones metabólicas es la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco.

Esto último se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona.<sup>4</sup>

La Diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere de un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicológico añadido, que afectaría de manera desfavorable al enfermo. Por ello se requiere de grandes ajustes en el estilo de vida y una amplia educación del paciente.

El médico tratante juega un papel fundamental como asesor y debe estar atento a los problemas emocionales habituales de su enfermo (el nivel de autoestima entre otros). Este tipo de problemas son tan importantes que pueden llegar a requerir de asistencia psicológica, en particular si éstos son responsables de incumplimiento terapéutico o de un mal control metabólico.<sup>5</sup>

## **1.2. Antecedentes**

En Cuba, de septiembre de 2008 a abril de 2009 se realizó una investigación en pacientes diabéticos tipo 2, con el objetivo de evaluar variables psicológicas. La muestra fue de 200 sujetos de ambos sexos, sin enfermedades psiquiátricas o retraso mental, de entre 15 a 87 años de edad. Entre las variables analizadas se consideró la evaluación de la autoestima, a través de la aplicación del cuestionario de Cooper Smith. Como resultado se observó que el sexo femenino predominó con el 58%. El rango de edad predominante fue de 30 a 39 años (42.5 %); es decir, en las edades comprendidas entre 20 y 49 años se encuentra la mayor parte de la muestra estudiada, 162 sujetos para un 81 %.<sup>6</sup>

La mayor parte de la muestra manifestó una autoestima favorable, comportándose entre los valores altos y medios representando 157 sujetos. En ambos sexos primó la autoestima alta, evidenciando que no existen daños en la autoestima en la población de diabéticos estudiados, aunque es importante señalar que en el grupo con autoestima baja, predominó el sexo masculino.<sup>6</sup>

José Eduardo Rondón Bernard del Instituto de Psicología Universidad Central de Venezuela, refiere al estudio realizado por Seigel, Golden, Gough, Lashley y Sacker (1990) cuyo objetivo fue si los adolescentes con enfermedades crónicas no hospitalizados, difieren de sus compañeros sanos, en medidas tales como depresión, autoestima y de acontecimientos de vida. Como era de esperar, se encontró que los

adolescentes enfermos puntuaban más alto en depresión y menos en autoestima, en comparación a sus compañeros normales.<sup>7</sup>

En Chile se llevó a cabo un estudio con una muestra de 61 pacientes con diabetes mellitus 1, de un año de evolución o superior, cuyas edades oscilaban entre 12 y 18 años. Un 60.7 % mujeres y 39.3 % hombres. El nivel socioeconómico de los adolescentes tendió a ser heterogéneo.<sup>8</sup>

Para evaluar la autoestima se empleó el Inventario de Autoestima de Coopersmith. La variable “apoyo social” percibida por parte de los padres, se asoció significativamente con la de la autoestima, lo que sugiere que aquellos jóvenes que reciben más apoyo de sus padres, poseen una mejor valoración de sí mismos.<sup>8</sup>

En Chile se examinó la relación de las variables de la autoestima y el apoyo social, esto se llevó a cabo a través de una muestra de 512 adolescentes de ambos sexos, con edades de entre 15 y 19 años. Para medir la autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados arrojaron que dichas variables tenían relación positiva con la satisfacción vital. El análisis de regresión reveló que predecían significativamente dicho nivel de satisfacción, siendo mayor la influencia relativa del apoyo social que del nivel de la autoestima.<sup>9</sup>

En Tonalá, Jalisco se realizó un estudio con una muestra de 200 pacientes del IMSS, con diabetes mellitus tipo 2, mayores de 30 años de edad y con más de un año de evolución. Se clasificó el estadio clínico de la diabetes en base a la escala de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud (UISESS), en: estadio 1. Diabetes de reciente diagnóstico y controlados, 2. Descontrol metabólico, 3. Enfermedades agregadas (hipertensión arterial), 4. Con complicaciones (neuropatía, nefropatía y/o cardiopatía) y 5. Con secuelas de las complicaciones. Verificando, que

no tuvieran diagnóstico previo de depresión o cualquier enfermedad psiquiátrica. Para el caso de la autoestima se aplicó el cuestionario de Cooper Smith, obteniendo los siguientes resultados:

En el 41 % se encontró la autoestima alta; en el 59 % fue moderada o baja. Por sexo se encontró alta en el 50 % de mujeres y en hombres sólo en el 30 %. La autoestima de media a baja coincidió con lo informado por otros autores que refieren que con la enfermedad crónica, la autoestima disminuye; al respecto un estudio en japoneses comunica que pacientes con inadecuado control glucémico, a los 2 años tenían sentimientos de inferioridad, baja actividad y aislamiento, así como más demanda de atención emocional que quienes tuvieron mejor control glucémico.<sup>10</sup>

En 2008, en un estudio realizado en el Distrito Federal, se incluyó información sobre autoestima, entre otras variables. La muestra se conformó por 38 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En ocho casos hubo necesidad de continuar con sesiones individuales de apoyo psicológico, dado que los pacientes presentaban serios problemas de depresión y baja autoestima. Seis meses después a la valoración se realizó una segunda medición, a fin de verificar el comportamiento de las variables y evaluar la intervención. Desde el punto de vista afectivo, se identificaron problemas de depresión y baja autoestima, lo cual mejoró en forma significativa con la participación de un psicólogo.<sup>11</sup>

Se ha investigado poco la frecuencia con que se presentan factores psicosociales, en especial la autoestima como variable independiente y su asociación con Diabetes Mellitus Tipo 2, que, por sus características, dificultan el tratamiento y control de la enfermedad.

### **1.3. Marco Conceptual**

## **Diabetes Mellitus**

Enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo. Los factores de riesgo de esta enfermedad dependen del tipo de diabetes. En el caso de la tipo 1, también conocida como diabetes juvenil, la causa una acción autoinmune del sistema de defensa del cuerpo que ataca a las células que producen la insulina y se presenta en pacientes con antecedentes familiares directos. La tipo 2, además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedente de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo.<sup>12</sup>

Esta enfermedad, por sus características de cronicidad, ocasiona, no sólo daño a la salud física, sino también afecta la salud mental de quien la padece. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos en enfermos crónicos. La persona con diabetes puede desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico debido a factores relacionados con la enfermedad como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones. El más común de los trastornos es la depresión, que implica la autoestima baja, teniendo la persona con diabetes el doble riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida.<sup>13</sup>

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones.<sup>13</sup>

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son en ese orden los países con mayor número de diabéticos. Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes en México se ha incrementado y actualmente es la segunda causa de muerte en el país.<sup>13</sup>

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diagnóstico de diabetes, es decir, 9.17 % de la población adulta. El total podría ser mayor por el porcentaje que no conocen su condición.<sup>14</sup>

**Criterios actuales para el diagnóstico de diabetes** según la American Diabetes Association (ADA)

- HbA1C  $\geq 6.5$  %. La prueba debe ser realizada en un laboratorio, usando el método certificado por el National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP, Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina Glicosilada) y estandarizado por el ensayo DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), el estudio más grande que se ha realizado para medir las complicaciones de la diabetes en el largo plazo.
- Glucemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dl (7.0 mmol/l). El ayuno se define como la falta de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- Dos glucemias  $\geq 200$  mg/dl (11.1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Esta prueba debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Una glucemia aleatoria o casual  $\geq 200$  mg/dl (en un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicémica).

- En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe confirmarse por la repetición del análisis.<sup>14</sup>

El A1c representa un promedio de las glicemias en los últimos 3 meses, considerándose valores normales de entre 4-6 % para una persona sin diabetes.<sup>14</sup>

También tomar en cuenta los síntomas clásicos de diabetes: pérdida ponderal, polidipsia, poliuria y polifagia.<sup>14</sup>

### **Análisis de la diabetes en pacientes asintomáticos**

- En los adultos asintomáticos con sobrepeso u obesidad (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) y que tienen  $\geq 1$  factores de riesgo adicionales para diabetes deben hacerse análisis para detectar la diabetes tipo 2 y la prediabetes. En los que no tienen estos factores, las pruebas deben comenzarse a la edad de 45 años.
- Si la prueba es normal, repetirla por lo menos cada 3 años.
- Para el diagnóstico de diabetes o prediabetes, son adecuadas la HbA1C y la glucemia en ayunas.
- En pacientes con diagnóstico de prediabetes se deben identificar y tratar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.<sup>14</sup>

### **HbA1c**

- Realizar la HbA1c al menos 2 veces por año a pacientes que están cumpliendo con los objetivos terapéuticos (y que tienen controles glucémicos estables).
- Realizar HbA1c cada 3 meses en los que se ha modificado el tratamiento o que no alcanzan los objetivos glucémicos.
- El uso de HbA1c en los puntos de atención brinda la oportunidad de modificar el tratamiento de manera oportuna.<sup>14</sup>

## **Autoestima**

Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.<sup>15</sup>

La autoestima juega un importante papel en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello. Tener un autoconcepto y una autoestima positivos es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.<sup>15</sup>

Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión de “amor propio”. La prevalencia de baja autoestima en DM tipo 1 no es mayor que en la población general, pero sí aumenta cuando el control glucémico empeora. En la DM tipo 2, si no va asociada a otras afecciones crónicas o a complicaciones propias de la enfermedad, parece que no aumenta la prevalencia. Una de las variables psicológicas que se asocia con un mayor grado depresivo es el bajo nivel de autoeficacia en las diferentes variables del tratamiento; además, puede predecir el nivel de adhesión al tratamiento.<sup>16</sup>

Las variables de personalidad que se han identificado como relevantes varían mucho en función del marco teórico. Algunos autores que se han basado en el modelo de personalidad de Eysenck indican una correlación positiva entre las puntuaciones de

neuroticismo y los niveles de HbA<sub>1C</sub>, aunque no se dilucida el posible mecanismo por el que se produce esta relación.<sup>16</sup>

Orlandini y Pastore han evaluado la relación entre el control glucémico y las alteraciones de la personalidad, observando que las características de ésta que predicen peores niveles de HbA<sub>1C</sub> son: a) Inestabilidad emocional; b) Baja autoestima; c) Relaciones basadas en la dependencia; d) Facilidad para el descontrol de impulsos, y e) Dificultades para tolerar la frustración.<sup>16</sup>

Para detectar si existe un índice depresivo que obstaculice la colaboración adecuada con el tratamiento, es útil valorar las tres esferas de la ansiedad, que son:

- Área cognitiva: Se evalúa por la presencia de pensamientos negativos de pérdida de lo que se tenía o se hacía, expectativas futuras negativas, desesperanza.
- Área fisiológica: Las alteraciones del sueño, tanto insomnio primario como secundario, constituyen un indicador, además del aumento o disminución del hambre, la disminución de apetencia sexual, disminución del tono vital y el llanto por desesperación y tristeza.
- Área conductual: Inhibición, bloqueo o evitación de respuestas requeridas, postergación de metas, pasividad y ausencia de proyectos.<sup>16</sup>

Al afectarse las tres esferas: La cognitiva, la fisiológica y la conductual, se necesita primero disminuir estas variables para introducir después, de forma gradual, las pautas del tratamiento. Cuando se afecta la primera esfera es muy importante modificarla para que a su vez no afecte las otras dos. Estos aspectos son importantes, ya que en

algunos estudios se ha comprobado una asociación entre el grado de depresión, la hiperglucemia crónica y la incidencia de complicaciones micro y macroangiopáticas.<sup>16</sup>

Existen diversos instrumentos para medir la autoestima, entre los más usados y validados en México se encuentran la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

### **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).**

La EAR ha sido aplicada en 48 de 53 países, presentó una confiabilidad sobre 0.75, mostrando valores alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.89.<sup>17</sup>

La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.<sup>18</sup>

La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, divididas en positivas y negativas (ejemplo: sentimiento positivo: "creo que tengo un buen número de cualidades"; sentimiento negativo: "siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí").<sup>18</sup>

Son 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima

según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. Es de prever que en la población general se encuentren casos de individuos con diversos niveles de autoestima, siendo marcadamente minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima autoestima.<sup>18</sup>

La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la media obtenida en el experimento citado. Si el resultado obtenido es similar o superior a las medias presentadas estaríamos frente a un caso de autoestima elevada, mientras que si, por el contrario, el resultado es similar o inferior, nos encontraríamos frente a un caso de reducida autoestima. Es decir de 1 a 24 puntos se considera autoestima baja, de 25 a 35 autoestima alta y de 36 a 40 como un extremo o máxima autoestima.<sup>18</sup>

Similar a lo anterior, otro estudio demuestra que la EAR es un test profesional utilizado en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima. Considerando la Autoestima como la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser y de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que confirman nuestra personalidad. La puntuación e interpretación es:

- De 0 a 25: Autoestima Baja. Es ponerse barreras a uno mismo, lo que evita conseguir metas. Para que otros nos valoren, antes debemos encontrar atractiva nuestra forma de ser.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima Alta. Se tiene suficiente confianza a uno mismo, lo que permite afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir dificultades del camino.
- De 30 a 40 puntos: Autoestima muy Alta, incluso excesiva. Se cree plenamente en uno y en nuestro trabajo, lo que otorga fortaleza. Sin embargo, sobrevalorarse puede ser contraproducente, conduciendo a conflictos o rechazo con y de otros. La humildad es importante, aceptando la parte positiva de otros, esto ayuda a desarrollar mejor nuestras capacidades y de las de quienes nos rodean.<sup>19</sup>

## **Inventario de autoestima de Coopersmith**

La confiabilidad de este inventario fue calculada mediante el alfa Cronbach con un índice de 0.81.<sup>20</sup>

Cooper Smith (1967) define la autoestima como “el juicio personal” de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta.<sup>21</sup>

El Inventario de Autoestima de Cooper Smith para Adultos toma como referencia los primeros 25 ítems del inventario en mención, en los que no se encuentran incluidos los correspondientes a la escala de mentiras. La prueba mide las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad.<sup>22</sup>

Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas:

- I. **Sí mismo general:** El cual refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
  
- II. **Social:** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a la satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

- III. **Familiar:** Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.<sup>22</sup>

### **Puntaje y calificación:**

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo el puntaje de autoestima resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4. La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).<sup>22</sup>

Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas, se suma el número de ítems respondidos en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo el puntaje máximo 100.

### **Clave de respuesta:**

Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.

Ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

### **SUB ESCALAS:**

- I. SI MISMO GENERAL: (13 ítems) 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.
- II. SOCIAL: (6) 2, 5, 8, 14, 17, 21.
- III. FAMILIAR: (6) 6, 9, 11, 16, 20, 22.

### **CLASIFICACIÓN:**

0 a 24 Autoestima Baja

25 a 49 Autoestima Medio Baja

50 a 74 Autoestima Medio Alta

75 a 100 Autoestima Alta.<sup>22</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

La salud psicológica tiene como base el principio de la realidad, es decir, la sensación de que el mundo es independiente y por lo tanto que es algo que los demás perciben de manera similar. Sin embargo, la “realidad” no es exactamente la misma para dos o más personas. Cada quien acepta aquello que le rodea a sí mismo en base en lo que ha aprendido a través de su vida. El “yo”, la percepción de sí mismo, es producto de las experiencias y las relaciones sociales en que se desenvuelve una persona. Esto hace que cada quien considere como más o como menos valioso los rasgos y características que posee, en contraste con los de otras personas que conoce.<sup>23</sup>

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la principal causa de muerte en personas de entre 15 a 64 años en México y en el resto del mundo. Por su carácter crónico y por las complicaciones que ocasiona debido a un inadecuado control metabólico, los enfermos pueden presentar trastornos del estado de ánimo con mayor prevalencia que en la población general.<sup>24</sup>

A su vez, la DM 2, al ser una enfermedad crónica degenerativa daña tanto a la salud física y mental del enfermo y por supuesto a quienes le rodean. En enfermedades crónicas existe un alto índice de alteraciones psicoafectivas. El estrés propio de la enfermedad, predispone al desarrollo de trastornos psiquiátricos. Es común la baja autoestima, con subsecuente descontrol metabólico, poco apego al tratamiento y una calidad de vida deficiente.<sup>24</sup>

La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos que requieren de la participación activa del paciente donde el estado afectivo emocional puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, especialmente en grupos vulnerables como el de adultos con diabetes tipo 2.<sup>25</sup>

Las características que definen a una persona no se basan en las enfermedades que tenga, ésta es sólo una entre muchas cualidades que se pueden potenciar y engrandecer. Teniendo una autoestima elevada, los cuidados a la propia persona serán mayores, pues valoramos, queremos y reconocemos nuestras capacidades. Una persona constantemente estresada y preocupada le resultará complicado habituarse a la enfermedad, y por lo tanto le será difícil darle puntual seguimiento al tratamiento.<sup>26</sup>

Este estudio tiene gran relevancia ya que la correlación significativa entre actitud y conocimiento de la persona con diabetes sugiere que el aumento del conocimiento está asociado a la predisposición para asumir el auto cuidado. En el caso particular del manejo de la diabetes, esa predisposición propicia la reducción del estrés asociado a la enfermedad, una mayor receptividad al tratamiento, la confianza en el equipo multiprofesional, la mejora de la autoestima, el sentido de auto eficacia, la percepción más positiva acerca de la salud y la aceptación social.<sup>27</sup>

En virtud de que a mayor edad existe mayor riesgo de adquirir otras enfermedades crónicas que también condicionan la autoestima baja. Una enfermedad crónica disminuye nuestra autoestima porque afecta nuestra identidad y en ocasiones nuestra autoimagen, puede reducir nuestra sensación de control y seguridad, aumentando nuestra dependencia y sentimientos de incapacidad.<sup>28</sup>

Por lo tanto este estudio tiene una gran razón y beneficio, ya que son pocos las investigaciones que se han hecho a nivel nacional e internacional en donde se considere el “sentir” del paciente, en este caso, el derechohabiente, en el ámbito de nuestra especialidad, estos aspectos están englobados en la dinámica y padecer familiar, es por ello que cada vez toma más relevancia que el médico se sensibilice ante el paciente y que mejor con un trabajo de investigación en el primer nivel de atención. Es importante resaltar que son pocos los estudios que consideren en la atención del médico tratante el desinterés del paciente en relación a su enfermedad (Diabetes Mellitus)), el autocuidado y el apego al tratamiento.

En la práctica médica, generalmente se tratan aspectos preferencialmente bioquímicos, sin tomar en cuenta otros aspectos de índole psicosocial, que son también potencialmente tratables o modificables, por lo cual, si bien este estudio no logrará establecer una relación causa-efecto, sí se pretende establecer las bases sobre la existencia o no de la asociación entre el grado de control de la Diabetes Mellitus 2 y el nivel de autoestima, lo cual servirá para la adecuada formulación de hipótesis para posteriores estudios.

En el presente estudio se usarán dos instrumentos de medición del nivel de Autoestima, siendo el de Escala de Autoestima de Rosenberg y el cuestionario de Cooper Smith.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la diabetes afecta a uno de cada cuatro individuos mayores de 60 años. La elevada prevalencia justifica el escrutinio sistemático de la diabetes y asociaciones con otros padecimientos. Los pacientes con diabetes tipo 2 conforman un grupo heterogéneo por lo que las medidas de escrutinio y tratamiento deben idearse con base en las características individuales.<sup>29</sup>

La Diabetes Mellitus se encuentra entre las primeras causas de muerte en México. Poco más de seis millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes. La proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2 %. (ENSA 2000 fue de 4.6 %; ENSANUT 2006 fue de 7.3 %). Después de los 50 años, la cifra de diagnóstico previo aumenta. Los estados con mayor prevalencia son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Atender la enfermedad y sus complicaciones representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año.<sup>30</sup>

De la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes (9.2 %): Poco más del 80 % recibe tratamiento. 25 % presentó evidencia de un adecuado control metabólico (1 de cada 4 personas, en el 2006 únicamente 5.3 % de las personas con diabetes presentó adecuado control). El 16 % no cuenta con servicios de salud. 24.7 % está en riesgo alto (HbA1c entre 7 % y 9 %) y 49.8 % está en riesgo muy alto (HbA1c > 9 %) de padecer las complicaciones. 47 % han recibido también diagnóstico de hipertensión arterial. Del total de la población mayor a 20 años, el 4.3 % son diabéticos 18 hipertensos. Son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies, muy por debajo de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 015- SSA2- 2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.<sup>30</sup>

En nuestro país, alrededor de una de cada diez personas de más de 20 años de edad, y uno de cada cuatro adultos mayores de 65 años tienen diabetes, padecimiento que presenta una tendencia al incremento en la población joven e infantil.<sup>31</sup>

Como la diabetes mellitus tipo 2 se desarrolla de manera paulatina y silenciosa, la mejor forma de disminuir su incidencia es prevenirla. Y esto se logra disminuyendo los factores de riesgo que predisponen a una persona a padecerla.<sup>31</sup>

El fin último de la atención integral de las personas con DM es mejorar su calidad de vida, evitarles la aparición de complicaciones a corto y largo plazo, y garantizarles el desarrollo normal de las actividades diarias. Para ello, es necesario mantener cifras normales de glucosa en la sangre mediante un tratamiento adecuado, que descansa, en gran medida, en las manos del paciente. De su nivel de comprensión, motivación y destrezas prácticas para afrontar las exigencias del auto-cuidado diario, dependerá el éxito o fracaso de cualquier indicación terapéutica. Todo contacto con el paciente tiene entonces un objetivo educativo, ya sea explícito o implícito, con la idea clara de que no existe tratamiento eficaz de la diabetes sin educación y entrenamiento de su portador.<sup>32</sup>

DiabetIMSS es un programa estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado ante el incremento de la prevalencia de diabetes mellitus y sus complicaciones en la población derechohabiente, que consiste en una intervención multidisciplinaria e integral en la que participan médico familiar, enfermera general, trabajadora social, nutriólogo, estomatólogo y psicólogo, mediante una intervención que incluye consultas médicas y sesiones educativas mensuales durante un período de un año, que se sustenta en la modificación del estilo de vida de los derechohabientes, mediante tratamiento farmacológico y no farmacológico.<sup>33</sup>

Es conveniente identificar los probables factores que influyen en el nivel de autoestima, con la finalidad de tener un autoconcepto aceptable que condicione un mayor apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y en consecuencia mantener un mejor estilo de vida.

En la presente investigación se formará a un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de entre 40 y 50 años de edad sin otras enfermedades crónico degenerativas consignado en el expediente clínico, quienes están incluidos en el programa DiabetIMSS de la UMF 47 del IMSS en San Luis Potosí, a los que se les aplicará los Instrumentos de Medición de Autoestima. En este caso la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Autoestima de Cooper Smith, para determinar la repercusión del nivel de autoestima en relación con un adecuado control de la Diabetes.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general:**

Determinar la asociación entre el grado de autoestima y nivel de control de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de DiabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del IMSS en San Luis Potosí.

### **4.2. Objetivos específicos:**

Determinar el grado de Autoestima mediante la escala de autoestima de Rosenberg y Cooper Smith.

Obtener la asociación de autoestima y grado de control de diabetes.

Indagar la asociación de autoestima y la edad del paciente.

Apreciar la asociación de autoestima y tiempo de evolución de diabetes.

Obtener la asociación de autoestima y sexo del paciente.

Determinar el nivel de control de DM2 en base a glucemia central.

## **5. HIPÓTESIS**

### **5.1. Hipótesis de investigación:**

5.1.1. Existe asociación entre autoestima y Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de DiabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS en San Luis Potosí.

### **5.2.- Hipótesis nula o alternativa:**

5.2.1. No existe asociación entre autoestima y Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de DiabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS en San Luis Potosí.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

**6.1 Tipo y diseño de estudio:** Observacional y transversal de asociación cruzada.

**6.2. Universo de estudio:** Pacientes diabéticos que acuden a consulta al módulo de DiabetIMSS de la UMF No. 47.

**6.3. Unidad de investigación:** Paciente diabético que acude a consulta al Módulo de DiabetIMSS de la UMF No. 47.

**6.4. Límite de tiempo:** Enero-febrero de 2015

**6.5. Muestra:**

**Selección de la muestra:** no probabilística por conveniencia.

**Calculo de tamaño de muestra:** Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con la fórmula para estimación de proporciones para poblaciones finitas, tomando como referencia una población total de 824 pacientes inscritos en el programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N°47, para ello se utilizó el programa Epidat 4.0 de la Organización Panamericana de Salud, con una confiabilidad de 95 % y una precisión del 90 %, dándonos un tamaño de muestra de 154 pacientes.

**6.6. Criterios de selección:**

6.6.1. Criterios de inclusión:

6.6.1.1. Pacientes diabéticos de ambos sexos, de entre 40 a 50 años de edad que estén inscritos al módulo de DiabetIMSS, sin más enfermedades crónico-degenerativas consignado en el expediente clínico.

6.6.1.2. Pacientes adscritos a la UMF N° 47.

6.6.1.3. Pacientes con afiliación vigente.

6.6.2. Criterios de exclusión:

6.6.2.1. Paciente que no deseen participar en el estudio.

6.6.2.2. Pacientes con enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada y consignado en el expediente.

6.6.2.3. Paciente con la presencia de las siguientes entidades: disfunción sexual, dolor neuropático, pie diabético, insuficiencia renal, o alguna otra complicación derivada directamente de la Diabetes y consignada en el expediente clínico.

6.6.2.4. Paciente en etapa de duelo, en el último año al momento de la aplicación de los cuestionarios de autoestima.

6.6.2.5. Paciente con crisis paranormativa en los últimos 6 meses (Divorcio o separación conyugal y pérdida de empleo o estatus económico).

6.6.3. Criterios de eliminación:

6.6.3.1. Paciente que emita información incompleta tanto para la hoja de recolección de datos como el instrumento.

## 6.7. Variables de estudio:

6.7.1. Definición de variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala
<b>Autoestima</b>	Dependiente	Valoración positiva o negativa hacia uno mismo	Percepción de uno mismo	Baja autoestima Alta autoestima	Nominal
<b>Diabetes Mellitus 2</b>	Independiente	Insuficiente producción y acción de insulina endógena que conduce a hiperglicemia.	Elevación de glucosa en sangre mayor a 126 mg/dl	Si No	Nominal
<b>Control de DM2</b>	Control	Identificación, tratamiento, registro y seguimiento del caso	Cifras de glicemia abajo de 140 mg/dl y prevención de complicaciones	100-140 mg/dl 141-180 mg/dl 181-220 mg/dl >221 mg/dl	Intervalar
<b>Edad</b>	Control	Tiempo vivido	Tiempo de vida desde el nacimiento a la actualidad	20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años >60 años	Intervalar
<b>Sexo</b>	Control	Variable biológica, genética y física	Diferenciación física entre hombre y mujer	Masculino Femenino	Nominal
<b>Tiempo de evolución de DM2</b>	Control	Tiempo de la enfermedad a partir de establecido el diagnóstico.	Tiempo a partir de establecido el diagnóstico a la fecha	1-5 años 5-10 años	Intervalar

## **6.8. Procedimiento:**

6.8.1. Posterior a la autorización de este estudio por el CLIS HGZ#1 a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y previa autorización de los directivos de la Unidad de Medicina Familiar #47 y responsables del programa de DiabetIMSS, se procederá a realizar el estudio. Subsiguientemente se seleccionarán a pacientes que reúnan tanto los criterios establecidos por el Módulo DiabetIMSS, así como los criterios de inclusión ya redactados en una sección previa del protocolo. Se acudirá al módulo diabetimss y se indagaran algunas variables sociodemográficas y control mediante una lista de cotejo. Simultáneamente se aplicarán los test para evaluar autoestima, para finalmente corroborar en el expediente clínico que no posean algún criterio de exclusión. Esta información documentada en la lista de recolección de datos, para finalmente, llenar la base de datos en el programa SPSS 21 para su análisis estadístico.

## **6.9. Plan de Análisis:**

6.9.1. Se realizará análisis descriptivo con medidas de tendencia central aunado a un análisis inferencial con Spearman y regresión lineal múltiple.

## **6.10. Instrumentos de recolección de información:**

6.10.1. Lista de recolección de datos (ver anexos)

## **6.11. Consideraciones éticas:**

El presente estudio se realizará de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, **es un estudio con riesgo mínimo** dado que la intervención incluirá la aplicación de un instrumento para estimar su nivel de autoestima. Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitará el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejará en forma confidencial, no se registrarán los nombres de los participantes.

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28, 29, 30, 31 y 32.

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### **6.12. Productos esperados:**

Corroborar la Influencia del grado de autoestima sobre el control y apego al tratamiento en pacientes con DM tipo 2, con el objetivo de establecer alternativas de terapia psicológica que complementarían conjuntamente con el farmacológico, un tratamiento integral.

### **7. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

A). Humanos: Investigador principal (residente en medicina familiar) y asesores estadísticos, metodológicos (2) y clínicos (1).

B). Materiales:

- ❖ Computadora (\$5000 pesos)
- ❖ Impresora (\$1000 pesos)

- ❖ Cartuchos de tinta negra (5) (\$1500 pesos)
- ❖ 1000 hojas blancas tamaño carta (\$100 pesos)
- ❖ Lápices (10) (\$50 pesos)
- ❖ Plumas negras (10) (\$50 pesos)

## 8. RESULTADOS

En este estudio, la población que conformó el tamaño de muestra del módulo DiabetIMSS fue de 154 pacientes, de los cuales el 35.06 % (54) fueron del sexo masculino y el 64.93 % (100) del sexo femenino; por lo tanto, el rango de edad más frecuente fue de 50-59 años, es decir, el 31.81 % (49), y el rango de edad menos frecuente de 20-29 años, que corresponde al 1.94 % (3). Por otra parte, la escolaridad más común fue la secundaria con el 24.02 %, es decir, 37 pacientes. (Véase gráficos 1, 2 y 3).

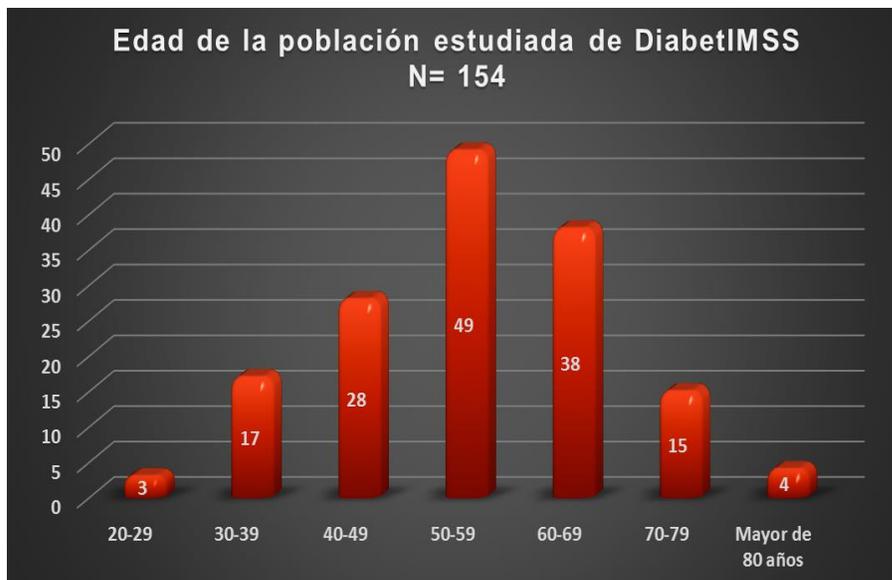
**Gráfico 1**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: se puede apreciar que el sexo femenino fue el más predominante.

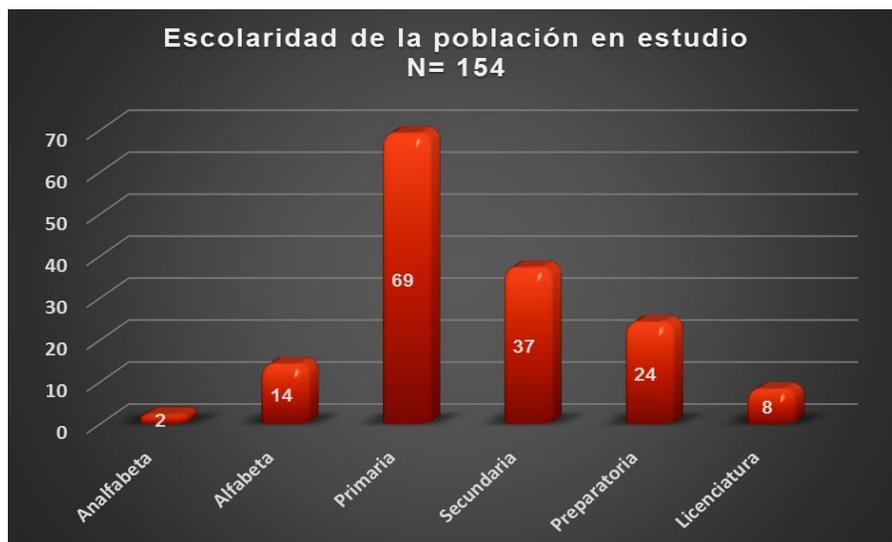
**Gráfico 2**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: se puede apreciar que el grupo etario que predomina es de 50-29 años.

**Gráfico 3**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: se aprecia que la primaria es la escolaridad predominante, que representa el 44.8 % del total de la población estudiada.

Por otro lado, considerando las variables de estado civil, religión y tiempo de evolución de la enfermedad, obtuvimos los siguientes resultados:

(Véase gráficos 4, 5 y 6).

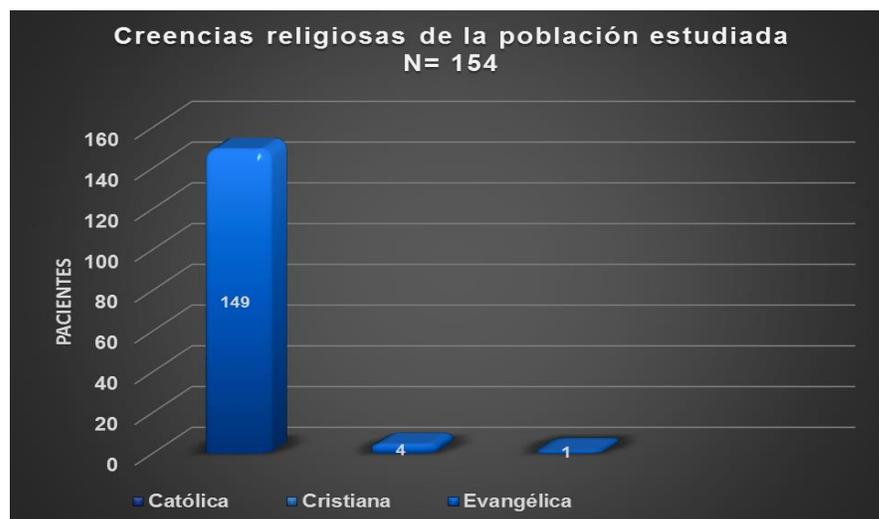
**Gráfico 4**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: es evidente que el estado civil predominante, de manera importante, es el de la población casada, que representa el 79.85 % que equivale a 123 pacientes.

**Gráfico 5**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: en cuanto al credo de la población estudiada, la mayoría profesa la religión católica, que representa el 96.75 %.

### Gráfico 6

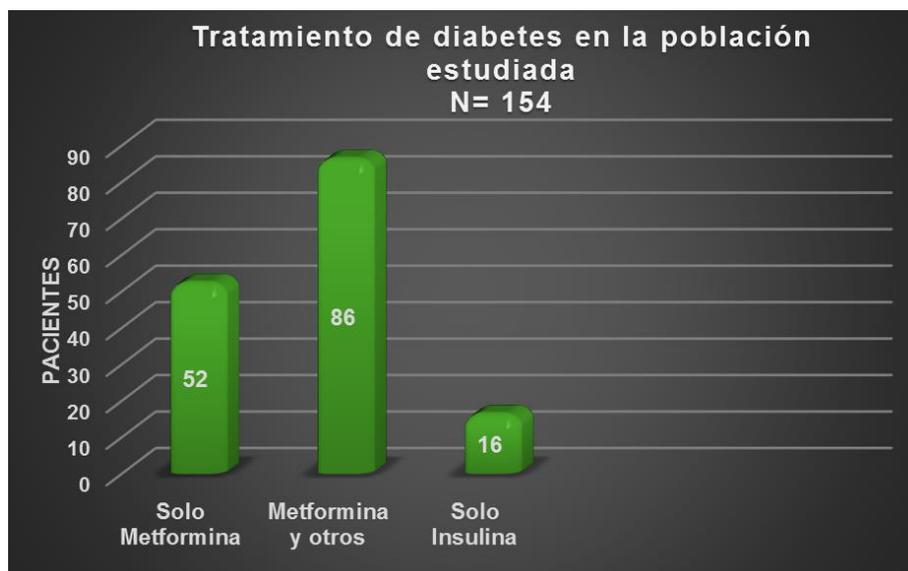


Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: llama la atención que los pacientes que menos se interesan en darle un seguimiento de control estricto de la diabetes son los que encuentran en la media, es decir, entre 6 y 10 de evolución de la enfermedad.

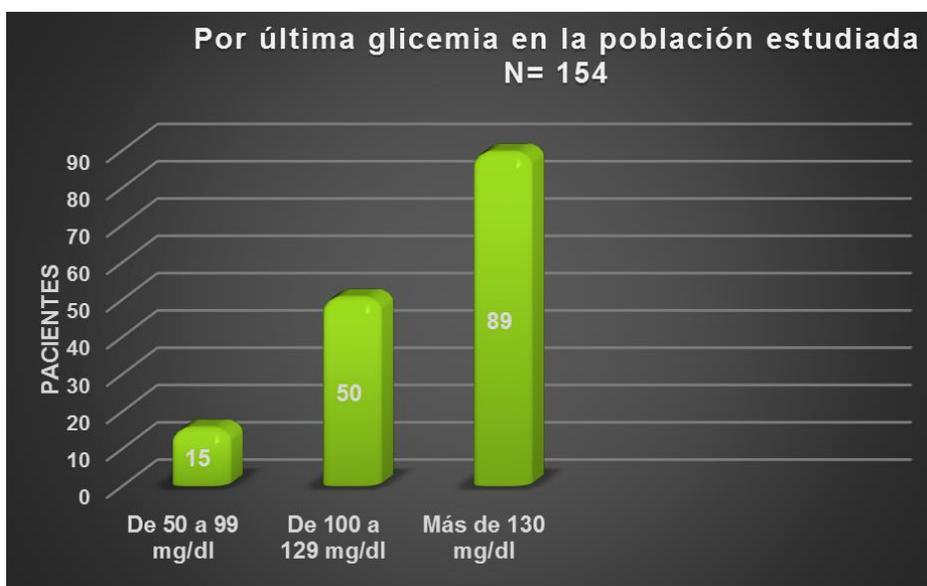
Tomando en cuenta el tratamiento de diabetes, la última glicemia, y la última HbA1c, nos arrojó las siguientes cifras:

### Gráfico 7



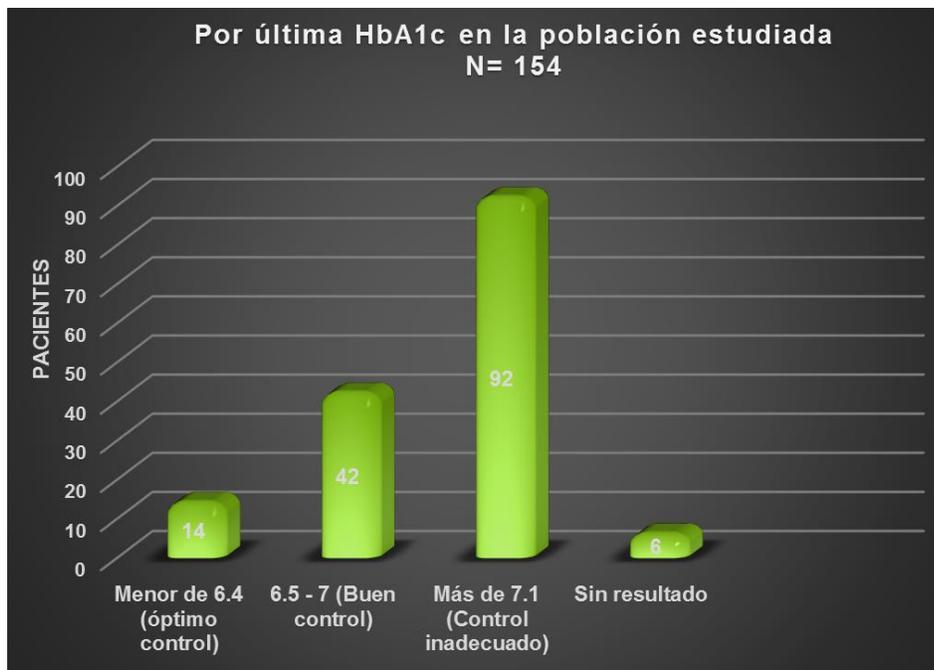
Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

**Gráfico 8**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

## Gráfico 9

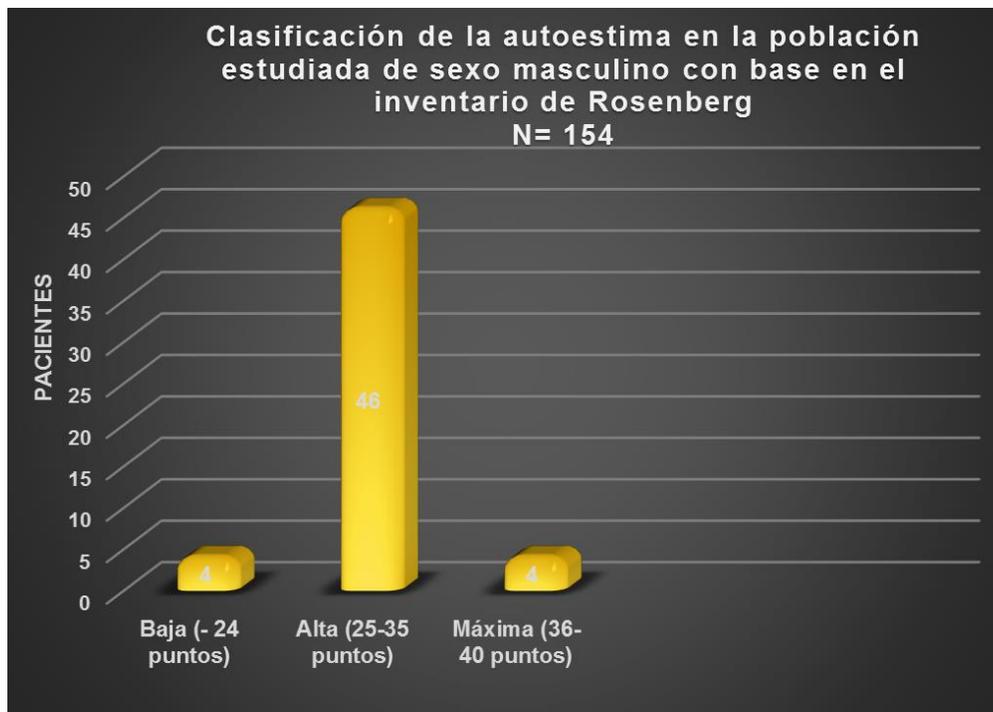


Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: de manera importante esta variable confirma que la gran mayoría de los pacientes no llevan un control adecuado de la diabetes; lo que hace sospechar que no se apegan a las indicaciones referentes a los cambios en el estilo de vida, a pesar de contar con tratamiento ambulatorio.

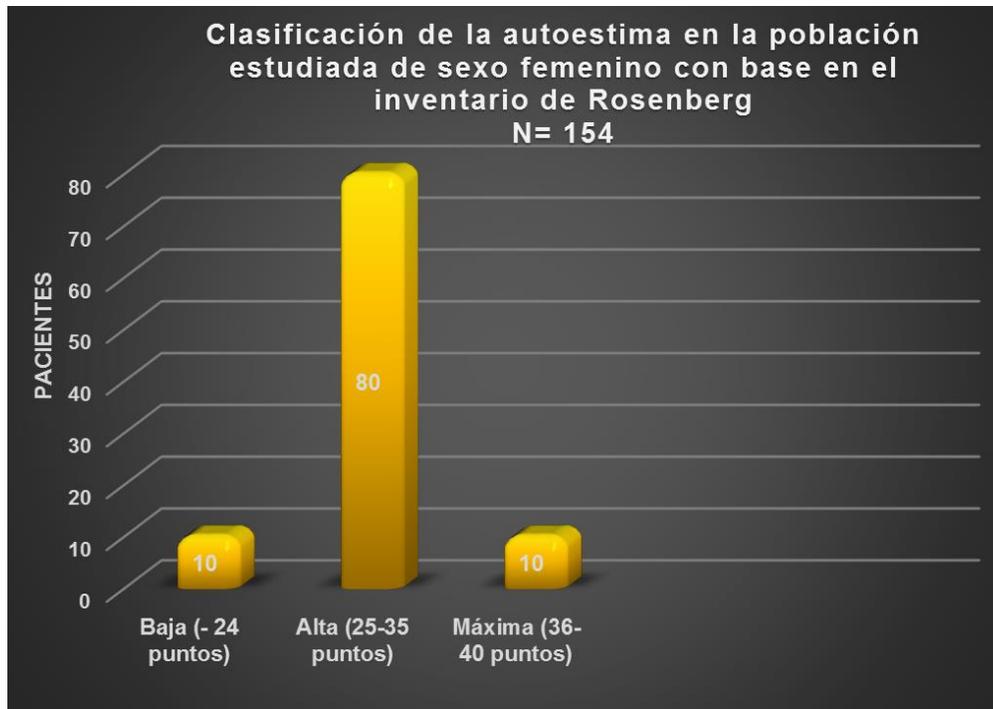
De acuerdo a la clasificación del grado de la autoestima, una vez aplicados los inventarios de Rosenberg y de Coopersmith, y dividiendo la población por sexo, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Gráfico 10**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

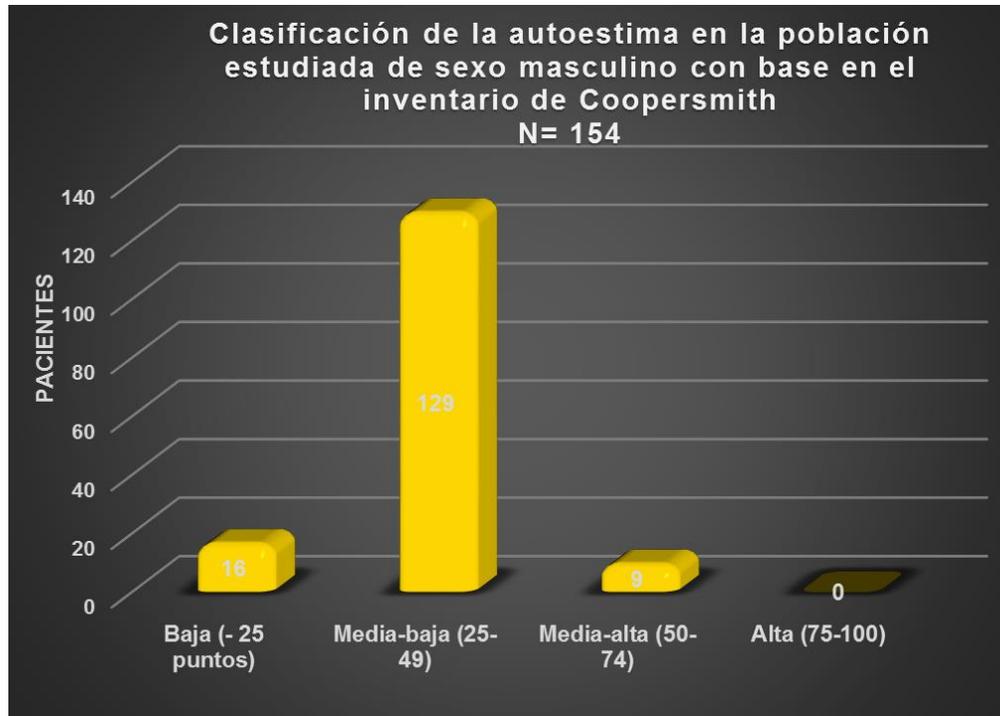
**Gráfico 11**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

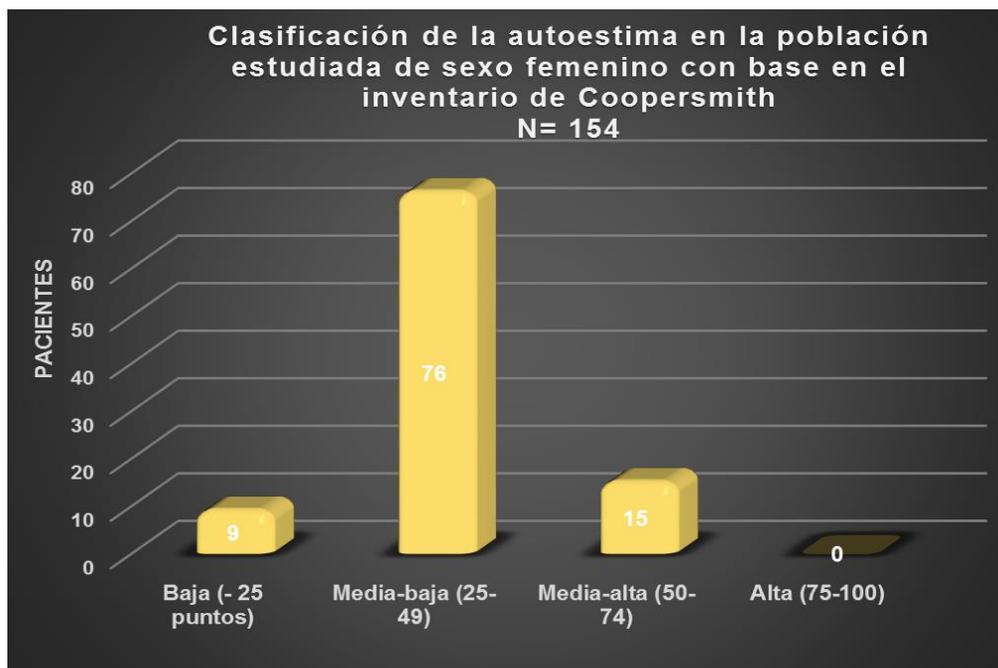
Análisis causal: con la aplicación del inventario de Rosenberg se pudo constatar que la autoestima alta es sobresaliente en los pacientes del sexo femenino. De igual forma se observa la misma tendencia en los pacientes de sexo masculino.

**Gráfico 12**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

**Gráfico 13**



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel 2016. SPSS21

Análisis causal: De forma similar a la aplicación del inventario de Rosenberg, se encontró que con la aplicación del inventario de Coopersmith, se demuestra que la autoestima media es la predominante, por lo que este estudio nos permite concluir que el nivel de autoestima no impacta con el grado de control de la diabetes, es decir, a pesar de tener un nivel aceptable de autoestima, los pacientes no se encuentran controlados de manera óptima.

**Tabla 1. Autoestima según Rosenberg y Cooper-Smith y su relación con el control diabético**

Grado de autoestima	Glucosa Controlada		Glucosa Descontrolada		HbAc1 Optima		HBAC1 Buen control		HBAC1 Control Inadecuado	
	p	R (x <sup>2</sup> )	p	R (x <sup>2</sup> )	p	R (x <sup>2</sup> )	p	R (x <sup>2</sup> )	p	R (x <sup>2</sup> )
Autoestima Baja Rosenberg	<0.05	0.231	<b>&gt;0.05</b>	0.536	<0.05	0.631	<0.05	0.231	<b>&gt;0.05</b>	0.461
Autoestima Alta Rosenberg	<b>&gt;0.05</b>	0.432	<0.05	0.732	<0.05	0.732	<0.05	0.832	<0.05	0.198
Autoestima Máxima Rosenberg	<0.05	0.328	<0.05	0.228	<0.05	0.178	<0.05	0.168	<0.05	0.178
Autoestima Baja CooperSmith	<0.05	0.410	<0.05	0.410	<0.05	0.290	<0.05	0.490	<0.05	0.650
Autoestima Media Baja CooperSmith	<0.05	0.510	<b>&gt;0.05</b>	0.710	<0.05	0.810	<0.05	0.450	<b>&gt;0.05</b>	0.480
Autoestima Media Alta CooperSmith	<b>&gt;0.05</b>	0.320	<0.05	0.220	<0.05	0.420	<b>&gt;0.05</b>	0.230	<0.05	0.370
Autoestima Alta CooperSmith	<0.05	0.637	<0.05	0.137	<0.05	0.337	<0.05	0.639	<0.05	0.819

\*Análisis de X<sup>2</sup> con programa SPSS 21. IBM.  
\*\* p= <0.05

En la tabla anterior se puede apreciar que existe una relación significativa entre el grado de autoestima y el control diabético, es decir, entre mejor autoestima del paciente, se deduce que existe una relación inherente al control diabético del mismo.

## 9. DISCUSIÓN

Como referencia, la premisa del estudio realizado por Martínez Brito Ovidio, licenciado y Máster en Psicología Clínica, quien publicó en 2011, un artículo titulado: “Comportamiento de variables psicológicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Martínez Brito encontró como resultado, que el sexo femenino predominó con el 58 %, al igual que en nuestro estudio. Asimismo, demostró que el rango de edad predominante, era de 30 a 39 años (42.5 %), a diferencia del rango de nuestro estudio, en donde el más común fue de 50-59, lo que representa el 31.8%. Lo anterior, posiblemente obedece a que la población que más asiste al módulo de diabetes es los pacientes cercanos a la tercera edad, pero no quiere decir que éstos tengan un estricto apego a las estrategias de control de la diabetes.

Martínez Brito refiere que la mayor parte de la población, objeto de su estudio, manifestó una autoestima favorable, aunque es importante señalar que en el grupo con autoestima baja predominó el sexo masculino, esto coincide con nuestros resultados, tomando en consideración la escala de Rosenberg, en donde la mayoría reflejó autoestima alta, sin embargo, con la de Coopersmith predomina la media baja.

En Chile, se llevó a cabo un estudio por Salvador Ortiz Manuel, titulado:

“Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia y al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1”, con una muestra de 61 pacientes adolescentes de ambos sexos, con diabetes mellitus 1, de un año de evolución o superior, de edades que oscilaban entre los 12 y 18 años, 60.7 % de mujeres y 39.3 % de hombres, cuyo nivel socioeconómico tendió a ser heterogéneo. Para tal efecto, Salvador Ortiz utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

En dicho estudio se encontró que la variable “apoyo social” percibida por los padres de los adolescentes, se asoció de manera importante, con la de la autoestima, lo que sugiere que los jóvenes que reciben apoyo de sus padres, poseen una mejor valoración de sí mismos. Esto nos indica que nuestro estudio, comparado con la premisa del Salvador Ortiz, tomando como referencia el rango de edad, los jóvenes tienen una mejor autoestima, en comparación con los pacientes adultos, por lo que se concluye que la autoestima en los jóvenes es de suma importancia, ya que éstos tienen un mejor control del tratamiento.

Finalmente es razonable comentar que encontramos una relación transversal entre el autoestima alta y el control diabético así como como el bajo con el descontrol de manera significativa, lo cual, aunque no lo permite plenamente nuestro diseño, podemos argumentar que la variable de autoestima juega un papel importante en el comportamiento del paciente ante su enfermedad.

## **10. CONCLUSIÓN**

1. Con la aplicación del inventario de Rosenberg se pudo constatar que la autoestima alta es sobresaliente en forma muy simétrica en pacientes de ambos sexos. De igual manera se observó resultados similares con el inventario de Coopersmith, encontrando en ambos sexos el predominio de autoestima media baja, con la diferencia de que en segundo lugar en el sexo femenino predomina la media alta a diferencia del masculino siendo la baja.
2. La mayor parte de la población estudiada corresponde al sexo femenino, con un total de 100 pacientes, equivalente al 64.9 %, esto posiblemente responda a que en el sexo femenino tiende a presentar, de acuerdo a los inventarios aplicados, mejor nivel de autoestima que en el sexo masculino.
3. El estudio demostró que el nivel de autoestima muy probablemente tiene injerencia en el control de la diabetes, ya que se obtuvo mayor tendencia en forma considerable de un nivel de autoestima bajo.
4. Tanto por el resultado de última glicemia, como por el de HbA1c, se observa predominio de control inadecuado e incongruencia entre ambos resultados en un mismo paciente.

## **11. SUGERENCIAS**

1. El especialista en medicina familiar tienen que tener presente la variable de autoestima como un componente afectivo importante cuando no hay control diabético.
2. El especialista en medicina familiar, puede tener como una gran área de oportunidad a los colaboradores del equipo multidisciplinario como lo son trabajo social, psicología entre otros para fortalecer el componente afectivo de autoestima en la búsqueda de un manejo integral del diabético, siempre buscando la mejora en la calidad de atención.

3.- Es razonable contextualizar y tener presente la futura realización de estudios cualitativos como herramienta para estudiar variables que íntimamente están relacionadas con el comportamiento del paciente diabético, pero que además no es lo más factible medirlos de manera cuantitativa únicamente.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Resines Ortiz Raquel. Autoestima. *Psicología Clínica*. 1 (1) 2010.
2. Ramírez Peradotto Pedro, Duarte Vargas Juan, Muñoz Valdivia Roxina. Autoestima. *Anales de Psicología* 2005, Vol. 21 102-105
3. Libertad Martín Alfonso. Escuela Nacional de Salud Pública. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública*. 2006.
4. American Diabetes Association. Diabetes Mellitus: Clasificación y Diagnóstico. julio 2010. [Publicado Jul. 2010]
5. Martínez Chamorro M.J., Lastra Martínez I., Luzuriaga T. Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Bol. Pediatr.* 2002; 42: 114-119
6. Martínez Brito Ovidio, Camarero Forteza Odalys, Carrió Urrea Javier. Bordón Valdivia Mariela. Comportamiento de variables psicológicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. de Ciencias Médicas La Habana*. 2011; 17 (1)
7. Rondón Bernard José E. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. UNAM. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (2), 2011 Vol. 14 No. 2 jun 2011. 153,154
8. Salvador Ortiz Manuel. Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psykhe* [online]. 2004, Vol.13, N.1
9. San Martín Juan Luis y Barra Enrique. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Ter Psicol* [online]. 2013, vol.31, n.3 [citado 2014-07-16], pp. 287-29.

10. Colunga-Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E, González Mario Ángel, Salazar-Estrada José G. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Jul 15]; 34(4).
11. Maya-Morales Andrés, Hernández-Silva Josefina, Luna-Rojas José A. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Rev. CONAMED] 2008: 13 supl. 2: 32.
12. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes. 2013. Véase en: [www.inegi.org.mx/inegi/díamundialdeladiabetes](http://www.inegi.org.mx/inegi/díamundialdeladiabetes).
13. Hernández Ávila M. Gutiérrez. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública México 2013. Vol. 55 (sup.2):129-136.
14. Intramed. Diabetes: Normas de Diagnóstico y Tratamiento. American Diabetes Association. Sup. 1, [Publicado Ene. 2014].
15. Marsella chUmbert Gloria. La Autoestima. [Artículo publicado en PsicoActiva.com]: [Citado en 2014].
16. Peralta Pérez G. Avances en Diabetología. Depresión y Diabetes. [Citado en 2007]; 23(2): 105-107.
17. Ancer Elizondo Leticia. Relación entre niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. Revista Enseñanza e Investigación en psicología vol. 16 No. 1:94 Enero-Junio 2011.
18. Rojas-Barahona Cristian A, Zegers P Beatriz, Förster M Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. méd. Chile. Junio 2009. [citado 2014 Jul 15]; 137(6): 791-800.
19. Martín Albo j., Núñez J. L., Navarro J. G., Grijalbo F.: TheRosenbergSelf-EsteemScale: Translation and validation in UniversityStudents. TheSpanishJournal of Psychology 2007; 10(2): 458-467
20. Miranda Esquer Jesús. Inventario de Autoestima de Coopersmith. Revista Electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos A.C. Vol. 3 No. 1, Enero 2011.

21. Lara-Cantú María Asunción. "Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Cooper Smith para Adultos en Población Mexicana". Revista Latinoamericana de Psicología. 25 (2), 1993, 247-255.
22. Diíoses Juana. Escala de Autoestima de Coopersmith Adultos. Academia Edu. 2010. Véase en [www.academia.edu/testdecoopersmithadultos](http://www.academia.edu/testdecoopersmithadultos).
23. Murueta Reyes Marco Eduardo. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología UNAM Iztacala. México. Julio 2014.
24. Trujillo-Olvera Laura E. Trastorno depresivo y aspectos relacionados con beneficiarios DiabetIMSS. 2011. Revista Médica IMSS 2013:51(1)80-5.
25. Colunga-Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E., Ángel-González Mario, Salazar-Estrada José G. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev. cub. salud pública. 2008. [citado julio 2014 ]; 34(4): 1-7.
26. Gómez, E; Rodríguez, Y; Tapia, B; Duran, C y Calzada, R. Personalidad y autoestima del adolescente que padece diabetes mellitus insulino-dependiente. Bol MedHospInfantMex. 2003.
27. Rodríguez Flávia Fernanda Luchetti, ZanettiMariaLúcia, Santos ManoelAntônio dos, MartinsTatiane Aparecida, Sousa Valmi D., Teixeira Carla Regina de Sousa. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. Rev. Latino-Am. 2009.[citado julio 2014]; 17(4): 468-473.
28. De Souza Mercedes. American Hand Foundation. Autoestima y Diabetes. Mayo 2012
29. Olaiz-Fernández Gustavo, Rojas Rosalba, Aguilar-Salinas Carlos A, Rauda Juan, Villalpando Salvador. Diabetes mellitus en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud pública Méx. [revista en la Internet]. 2007 [citado 2014 Jul 16]; 49(Supl. 3): s331-s337.
30. Hernández-Ávila Mauricio, Juan Pablo Gutiérrez, Nancy Reynoso. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública Méx. 2013; Vol. 55(sup. 2):129-136.
31. Barquera S., Escobedo J., Malacara J., Lara A., Lavallo F., Lifshitz A. Práctica médica efectiva. Una herramienta indispensable para el médico general. Diabetes hoy para el médico y el profesional de la salud 2003: Federación

Mexicana de Diabetes, A.C. [Rev. en internet]: [Citado Abr. 10 2007] 4(1): 959-965.

32. García Rosario, Suárez Rolando. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Endocrinol. [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2014 Jul 15]; 18(1).
33. Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Aguilar-Sánchez L, Echeverría-Zuno S, Michaus-Romero F, Torres-Arreola LP. Perspectivas de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista IMSS.[Citado en 2013]Gaceta Médica de México. 2014.

### 13. ANEXOS Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#### Escala de Autoestima de Rosenberg

Puntaje..... 4                      3                      2                      1

		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1.	<b>En general, estoy satisfecho conmigo mismo.</b>	0	0	0	0
2.	<b>A veces pienso que no soy bueno en nada.</b>	0	0	0	0
3.	<b>Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.</b>	0	0	0	0
4.	<b>Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.</b>	0	0	0	0
5.	<b>Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.</b>	0	0	0	0
6.	<b>A veces me siento realmente inútil.</b>	0	0	0	0
7.	<b>Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.</b>	0	0	0	0
8.	<b>Ojalá me respetara más a mí mismo.</b>	0	0	0	0
9.	<b>En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.</b>	0	0	0	0
10.	<b>Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.</b>	0	0	0	0

Total..... +                      +                      +                      =

1 a 24 puntos = Autoestima Baja

25 a 35 puntos = Autoestima Alta

36 a 40 puntos = Autoestima Máxima (considerada como extremo minoritario).

### **Inventario de Autoestima de Cooper Smith**

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.....      | Sí No |
| 2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.....           | Sí No |
| 3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.....             | Sí No |
| 4. Puedo tomar una decisión fácilmente.....                 | Sí No |
| 5. Soy una persona simpática.....                           | Sí No |
| 6. En mi casa me enojo fácilmente.....                      | Sí No |
| 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.....        | Sí No |
| 8. Soy popular entre las personas de mi edad.....           | Sí No |
| 9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos. | Sí No |
| 10. Me doy por vencida muy fácilmente.....                  | Sí No |
| 11. Mi familia espera demasiado de mí.....                  | Sí No |
| 12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.....         | Si No |
| 13. Mi vida es muy complicada.....                          | Si No |
| 14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.....      | Si No |
| 15. Tengo mala opinión de mí mismo (a).....                 | Si No |
| 16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.....           | Si No |
| 17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.....  | Si No |
| 18. Soy menos guapo o bonita que la mayoría de la gente.... | Si No |
| 19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.....      | Si No |

- |  |       |
|--|-------|
| 20. Mi familia me comprende.....                   | Si No |
| 21. Los demás son mejor aceptados que yo.....      | Si No |
| 22. Siento que mi familia me presiona.....         | Si No |
| 23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago..... | Si No |
| 24. Muchas veces me gustaría ser otra persona..... | Si No |
| 25. Se puede confiar muy poco en mí.....           | Si No |

Total de aciertos \_\_\_\_ X 4 =

- 0 a 24 Autoestima baja
- 25 a 49 Autoestima media baja
- 50 a 74 Autoestima media alta
- 75 a 100 Autoestima alta



**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**

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DE DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSÍ.
Patrocinador externo (si aplica):	No se cuenta con patrocinador externo.
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se realizará un estudio en el cual se evaluara la relación que existe entre el autoestima y el grado de control de Diabetes, en el módulo de DiabetIMSS, todo ello con la finalidad de apreciar el contexto psicológico de los pacientes atendidos en el IMSS.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario de autoestima
Posibles riesgos y molestias:	Es un estudio de bajo riesgo, por el uso de cuestionario con evaluación de esfera psicoafectiva.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el nivel de autoestima del paciente y de tener en nivel bajo, será enviado al equipo multidisciplinario correspondiente para su manejo integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Cuando el paciente lo requiera.
Participación o retiro:	Cuando el paciente así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Absolutamente, los datos solo los conocerá el investigador y el paciente

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Envío a trabajo social y psicología.

Beneficios al término del estudio:

Evaluación del grado de la autoestima en paciente con enfermedad crónicodegenerativa (Diabetes).

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Fabiola Castro Guzmán (tel: 4441309959)

Colaboradores:

Dr. Gad Gamed Zavala Cruz (tel: 4441170607) y Dr. Daniel Rodríguez Gómez (4442204058)

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Hoja de recolección de datos	
Fecha	
Nombre del paciente	
Número de Seguro Social	
Edad	
Sexo	
Escolaridad	
Religión	
Estado civil	
Resultado de Rosenberg	
Resultado de Coopersmith	
Último control de glucosa	
Tiempo de Evolución de DM2	
Tratamiento farmacológico	
Hemoglobina Glucosilada	



**Cronograma de actividades  
IMSS**

<b>Fase conceptual</b>	<b>2014 Jun.</b>						
Formulación y delimitación del problema	<b>Jun.</b>						
Revisión de la bibliografía	<b>Jun.</b>						
Definición del marco teórico	<b>Jun.</b>						
Formulación de hipótesis	<b>Jun.</b>						
<b>Diseño y planeación</b>		<b>Jul.</b>					
Selección del diseño		<b>Jul.</b>					
Identificación de la población a estudiar		<b>Jul.</b>					
Especificación de los métodos para medir variables		<b>Jul.</b>					
Diseño de muestreo			<b>Ag.</b>				
Terminación y revisión del plan de investigación			<b>Ag.</b>				
Registro				<b>Dic. 2014 Ene. 2015</b>			
Realización del estudio piloto					<b>2015 Feb.</b>		
<b>Fase empírica</b>					<b>Feb.</b>		
Colecta de datos					<b>Feb.</b>		
Preparación de datos para el análisis					<b>Feb.</b>		
<b>Fase analítica</b>						<b>Mar.</b>	
Análisis de datos						<b>Mar.</b>	
Interpretación de resultados						<b>Mar.</b>	
<b>Fase de difusión</b>							<b>Abr. 2015</b>