



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR EN DIABÉTICOS
CENTRO MATERNO INFANTIL VIRGEN DEL CARMEN
2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

PRESENTADO POR

DELIA YAKOY HERRERA ORTIZ

ASESOR

FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO

LIMA- PERÚ

2023



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Unidad de Posgrado
Facultad de
Medicina Humana

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR EN DIABÉTICOS
CENTRO MATERNO INFANTIL VIRGEN DEL CARMEN
2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR
DELIA YAKOY HERRERA ORTIZ**

**ASESOR
MGTR. FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO**

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

**EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR
EN DIABÉTICOS CENTRO MATERNO IN
FANTIL VIRGEN DEL CARMEN 2020**

AUTOR

DELIA YAKOY HERRERA ORTIZ

RECUENTO DE PALABRAS

9597 Words

RECUENTO DE CARACTERES

51829 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

168.5KB

FECHA DE ENTREGA

Jan 31, 2023 10:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 31, 2023 10:46 AM GMT-5**● 20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente



MAG. FABRICIO PAUL GAMARRA CASTILLO
ASESOR DE PROYECTO DE INVESTIGACION
RESIDENTADO MEDICO - USMP

INDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	7
1.4.1 Importancia	7
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	7
1.5 Limitaciones	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	23
2.3 Definición de términos básicos	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	42
3.1 Formulación	42
3.2 Variables y su definición operacional	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	45
4.1 Diseño metodológico	45
4.2 Diseño muestral	45
4.3 Técnicas de recolección de datos	46
4.4 Procesamiento y análisis de datos	49
4.5 Aspectos éticos	49
CRONOGRAMA	50
PRESUPUESTO	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La diabetes mellitus 2 (DM2) constituye un grave problema de salud pública (1). La cantidad de individuos con diabetes se ha incrementado de 108 millones en 1980 hasta 422 millones en 2014. La prevalencia en el mundo de DM2 en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% desde 1980 a 8,5% en 2014 (2).

En 2012, la diabetes causó 1 500 000 de fallecimientos. También provocó 2 200 000 de muertes por aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV). El 43% de los 3,7 millones de pérdidas sucede en personas menores de 70 años. La cantidad de decesos por hiperglucemia o DM2 en pacientes por debajo de los 70 años es mayor en países de rentas bajas en comparación con los de ingresos altos (3).

En Latinoamérica, se ha descubierto un aumento exorbitante de DM2 con mal control metabólico. Los adultos exclusivamente el 16,3% que tienen DM2 tienen manejo de glucosa en sangre dentro de lo normal (1). Información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en Perú, en 2015, 2,9% del total de la población > 15 años tiene DM2, conforme lo expuesto en el informe “Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015”.

Entre el 2014 y el 2017, según el INEI, existen 32 517 pacientes mayores de 15 con diagnóstico de DM2 que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses; además La incidencia de DM2 diagnosticada en el Perú en mayores de 15 años es de 19,5 por 1 000 personas por año y la prevalencia de DM2 en el Perú en mayores de 15 años es de 7% (4).

En el CMIS Virgen del Carmen, existe una gran afluencia de pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), en el caso de los pacientes con DM2, estos llegan por alguna patología aguda que se complica con su enfermedad de base o para recibir su tratamiento farmacológico, durante la consulta se aprovechó para actualizar sus exámenes de rutina, valorar su control metabólico, consejería y asesoramiento sobre su enfermedad; no se tiene cifras exactas del

número de pacientes diabéticos que se atienden en dicho centro ni mucho menos la evolución cronológica de su enfermedad, ya que en este centro no se ha prestado la suficiente relevancia a esta población en cuestión, debido a que no existe suficiente recurso humano, físico ni financiero para su prevención, promoción, tratamiento y control (5).

Por lo tanto, no se ha tomado en cuenta que la falta de abordaje integral del paciente diabético conlleva a complicaciones médicas e importantes pérdidas económicas para la persona que la padecen y sus familias ni se ha medido el impacto negativo sobre el presupuesto de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos, ausencias y pérdidas de trabajo (5).

La teoría dice que la DM2 aumenta la amenaza de enfermedad coronaria, IAM (infarto agudo de miocardio), ACV (accidente cerebro vasculares), ERC (enfermedad renal crónica), amputaciones, pérdida de visión, daños neurológicos y muerte. Investigaciones científicas demuestran que en DM2 los daños a largo plazo pueden ser evitados no solo con un manejo metabólico adecuado, a su vez también con la educación del paciente y la familia sobre el tema (5).

Las Guías en DM2 elaboradas en las diferentes entidades sanitarias tienen como fin instruir solo al individuo y no abarcan al grupo familiar, se ha evidenciado que el conocimiento insuficiente por parte de este grupo con afinidad de parentesco frente a dicha enfermedad afecta perjudicialmente el comportamiento y los hábitos del paciente, así como también la evolución de esta (5).

Un abordaje adecuado de la diabetes necesita modificaciones inalterables en los estilos de vida, por lo tanto, se necesita que el paciente y su familia perciban conocimientos y comprendan la historia natural de la DM2; lo que generará en el paciente destrezas para un control idóneo de la DM2 previniendo daños posteriores (5).

Armour et al. suscitaron que la participación del núcleo familiar es eficaz para aumentar el aprendizaje y mejorar el manejo glicémico de los pacientes diabéticos, debido a que el control eficaz de patología recae en la competencia, destreza del

paciente y de su muro de contención familiar para instruirse y poner en práctica el aprendizaje obtenido (4).

La tribu es la cuna de creencias y pautas de comportamiento involucrados con la salud, las crisis que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntoma, que puede llevar al individuo a un desarrollo ajustado y perpetuado como comportamiento familiar, según Minuchin. Por eso afirma que este grupo social es un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento sobre todo de la enfermedad crónicas no transmisibles (5).

El grupo social en mención, es la primera institución de soporte al paciente con diabetes, de tal forma que la gestión que se realice con él, repercute favorable o negativamente sobre ambos. A su vez, su ausencia como red de apoyo, podría descompensar al paciente crónico (5).

El apoyo familiar y asistencia integral al paciente debe brindarse no solo en el cumplimiento de su tratamiento medicamentoso sino también en la educación, identificación de signos de alarma, control de la dieta, fomentación de actividades físicas, control del peso y por supuesto el apoyo psicológico y la comunicación (5).

En Perú, actualmente no existen instrumentos validados para evaluar el nivel de entendimiento de dicho grupo social sobre la diabetes, ni para evaluar el apoyo de este, dada la importancia de la educación y el aporte de esta unidad al paciente, sobre el manejo correcto de la enfermedad, y sumando la escasez del empleo de instrumentos validados que incluyan la evaluación del soporte de esta red y nivel de conocimientos, materializamos el presente estudio que tiene como finalidad estimar la influencia de la terapia familiar sobre el logro de las metas de control metabólico en pacientes con DM2.

Formulación del problema

¿Cuáles son los resultados de la terapia familiar en los diabéticos del servicio de medicina familiar del centro materno infantil virgen del Carmen durante enero a diciembre 2020?

1.2 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar los resultados de la terapia familia en diabéticos del servicio de medicina familiar del Centro Materno Infantil Salud Virgen del Carmen, durante enero a diciembre 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la aplicación de terapia familiar en diabéticos mayores de 18 años.

Comparar las metas de control metabólico de los diabéticos que recibieron terapia familiar versus los que no.

Determinar los diabéticos que recibieron apoyo familiar

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Esta investigación es relevante debido al incremento alarmante de DM2 en la población nacional y mundial, y el efecto que provoca la carga de patologías en la persona y el gasto de los recursos financieros del estado. Por lo tanto, la falta de Manejo Integral del paciente es decir a nivel biopsicosocial ha generado no solo escasa calidad de vida para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la DM2, sino también pacientes destinados a vivir con algún tipo de discapacidad, generando dependencia física, económica y social para con la familia y con el estado.

Es entonces que al tener este adverso panorama he buscado un abordaje de la familia como muro de contención para el paciente con DM2, ya que el ambiente donde el paciente vive, se alimenta y se relaciona es en su hogar y con su familia, he ahí donde radica la importancia de concientizar a la familia para que adopten en conjunto con el paciente, los cambios de estilos y hábitos por unos más saludables, y así lograr no solo controlar al paciente diabético y evitar sus complicaciones crónicas, si no también prevenir en la familia la expresión genética de dicha enfermedad.

A su vez aplicar la terapia familiar nos permitirá lograr el manejo de los diabéticos no solo del centro de salud en el que se realizará el estudio, sino también en todo el mundo.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

La actual investigación es viable, debido a que el organismo donde se realizará la investigación autoriza el desarrollo del actual proyecto. La captación de pacientes se realizará durante la consulta externa al servicio de medicina familiar y comunitario, ya que existe un único consultorio con dicha especialidad y el médico de este consultorio es a su vez tutor de la especialidad en mención, ahí mismo se aplicarán los instrumentos para la recolección de datos.

Al mismo tiempo, este proyecto es factible, ya que posee recursos financieros sostenibles y recursos humanos que afiancen el florecimiento del estudio sin obstáculos.

1.5 Limitaciones

Se registrarán datos desde la historia clínica, las cuales, de encontrarse incompletas, las terapias familiares faltantes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La Organización Mundial la Salud (OMS) contempla como una manera universal de existir al estilo de vida, se justifica en la relación entre las pautas de vida y los moldes individuales de conducta, que a su vez se establecen por elementos socioculturales y cualidades propias de la persona, conceptualizado como “modelo de conducta” (6).

Los estilos de vida son el cimiento de comportamientos que interviene en la correcta manipulación y control de las patologías, y también de la aparición de complicaciones que perjudiquen la vida del enfermo. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), debido el aumento de la frecuencia de la patología y sus complicaciones, que provocan aumento del costo social y económico en la consulta de pacientes, ejecutó un plan de servicios de salud a las personas con diabetes *mellitus* cuyo fin era perfeccionar el control metabólico, conseguir metas de control y distinguir de forma prematura las complicaciones. El programa DiabetIMSS, elaborado para el reconocimiento de atención eficiente e integral, se justifica en el manejo multidisciplinario del diabético y de su familia, desde el aspecto salud y tratamientos, de progreso de conocimiento en el autocuidado y determinación de «signos de alarma» que causen complicaciones agudas y crónicas, así como el influir sobre todo en el estilo de vida del diabético y su núcleo familiar (6).

Alcaino D et al. (7) elaboraron, en el año 2014, un estudio que trata sobre el Cumplimiento de la terapia farmacológico de la DM2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. El tipo de investigación es correlacional y corte transversal. la mediana de edad de los integrantes de la investigación fue de 69 años; el 58.18% mujeres y el 41.82% hombres, de acuerdo a la condición de pareja el 63.63% indico tener pareja y un 36.36% refieren estar solteros.

En cuanto a el cumplimiento del tratamiento farmacológico, los participantes del estudio que no cumplieron fueron el 50.9%, mientras que 49,09% si lo hicieron. Al analizar los factores familiares, se encontró que el 40% se encuentra en la fase de ciclo vital de fijación de la familia y partida de los hijos, y en la etapa de nido vacío

un 43.64%. según las etapas de ciclo vital la etapa de estabilización y salida cumplen en un 48.15%, y 53.57% en etapa de nido vacío, fueron incumplidores del tratamiento farmacológico (7).

En cuanto a la relación del desarrollo de la terapia según la estructura familiar, los adultos mayores de familia nuclear monoparental más biparental se observan que son incumplidores. Por el contrario, en la familia extensa o tipo compuesta están en gran parte los pacientes cumplidores. Dentro de esta misma relación, pero según la edad, en el grupo de pacientes de 74 años o menos, existe un mayor cumplimiento en las familias extensas y la gran cantidad de incumplidores en la nuclear monoparental y biparental (7).

Ávila J et al. (8) desarrolló, en el 2013, un estudio sobre la relación del control glicémico con el sostén familiar y el nivel de entendimiento en pacientes con DM2. El tipo de estudio es transversal analítico. Los resultados nos indican que en el lapso del despliegue de las fases de la investigación hubo 29 extravíos; 14 no asistieron al encuentro con laboratorio clínico y no se presentaron 15 a la entrevista para la aplicación de la herramienta de apoyo familiar, 3 de esos 15 estaban internados.

Se puede divisar que el 62% de los pacientes controlados, tenían apoyo familiar alto. frente a los pacientes con mal control glicémico, el 60% contaba con apoyo familiar medio. Con respecto al nivel de conocimiento, en los dos grupos de pacientes vigilados y mal vigilados, la mayor parte se situó en un nivel de conocimiento moderado (8).

Para finalizar, nuestros efectos sostienen la relevancia del soporte familiar en el manejo glucémico del diabético, favorece la transformación y persistencia de elecciones saludables de vida (8).

Ortiz M et al. (9) investigo, en el 2011, las características psicométricas de un rango para medir el soporte social admitido por pacientes chilenos con diabetes tipo 2. El tipo de estudio se realizó por medio de muestreo no probabilístico. El objetivo de la investigación fue calcular las particularidades psicométricas de la escala de Zimet et al. (1989) que valora la apreciación del soporte social.

Con respecto a la solidez intrínseca de la escala, esta semeja ser idónea, obteniendo valores > 0.8 para los componentes de impresión de soporte del grupo de iguales y de su familia, y > 0.7 para el rango de otros considerables (9).

Tres elementos conforman esta escala, los que a su vez permiten calcular los orígenes del soporte social: la familia, los iguales y otros importantes. la escala multidimensional de apoyo social (MSPSS) parece idónea para usarla en multitudes con ECNT sobre todo en diabéticos (9).

Montes de Oca A et al. (10) investigó, en el 2006, la influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Fue un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo. En cuanto a si son casados o no, de los pacientes prevalecieron los casados con un promedio de 65.7%. El 29.9% de los pacientes no están incluidos en ninguna clase de soporte específico para el paciente con DM2 (10).

En conclusión, obtener conocimientos acerca del apoyo colectivo y advertirlo como un suceso participativo y enérgico, que a futuro causara una consecuencia transformadora o mitigadora que influirán sobre diversos litigios asociados con la salud y la enfermedad, es beneficioso para el galeno de familia porque su esencia es un medio de soporte para el paciente que posiblemente no posee sostén alguno (10).

Méndez D et al. (11) desarrollo, en el 2003, la alteración familiar y manejo del paciente con DM2. Se realizó mediante una encuesta comparativa y prospectiva. Se investigaron 300 diabéticos con edades 27 a 60 años, con una media de 49 años. Se construyeron dos conjuntos: uno con operatividad familiar y otro con alteración, cada conjunto de 150 pacientes.

En el conjunto funcional 64% obtuvo una puntuación inferior a 60, cotejando con el grupo disfuncional donde 92% obtuvo menos de 60. El 80% de los enfermos de grupos sociales operativas mostró indicadores normales, mientras que solo el 56%

de diabéticos de tribus disfuncionales tenían estas cualidades. Más del 60% de los usuarios recibieron metformina más glibenclamida (11).

En conclusión, esta investigación confirma que la DM2 es un conflicto mucho más grave de lo esperado, dado que su estado sentimental y la cohabitación armónica o no con su familia, contribuye en el comportamiento, indiferentemente o no frente a la necesidad y ganas de vivir con mejor control de su enfermedad (11).

Tejada L et al. (12) investigó, en el 2006, percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Esta investigación fue de corte cualitativo. Las enfermedades crónicas agregan a los pacientes y a sus familiares a lo largo de su vida, las experiencias desagradables, congoja, vacilación, modificaciones fenotípicas y del hábitat, y a la vez experiencias asociadas a la cronicidad, lo cual debe ser asimilado y luchado por los pacientes y su red de soporte de distintas formas.

En conclusión, el soporte familiar tiene un efecto directo sobre la admisión de la enfermedad en el diabético y a su vez el despliegue de un cúmulo de comportamientos que hagan posible mantener vigilada la diabetes (12).

Es importante sostener contacto fluida entre los parientes y el paciente, motivar actitudes de bienestar emocional y físico del paciente, fortaleciendo a la familia como muro de soporte colectivo logrando adherencia al tratamiento y el control metabólico.

Yurs I. (13) investigó, en el 2001, atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. estudios revelan el impacto de la familia en el proceso de enfermar; muchas patologías van antecedidas de eventos vitales estresantes, el primordial el fallecimiento del cónyuge, también del divorcio y la ruptura matrimonial. los diabéticos tienen mejores cuidados cuando en la enfermedad se involucra la familia. Hay diferentes herramientas que consienten percibir la tribu: el método de los círculos o eco-mapa y el croquis familiar, son eficaces en intervenciones cortas,

pero el genograma, simboliza “la representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo y las relaciones de sus miembros” (13).

La estructuración de esta herramienta varía en duración de 10 minutos a media hora con el involucrado y, a veces con un pariente. Las primordiales funciones de su hermenéutica son el método de padrón, herramienta de interacción con el enfermo, rastreo de eventos de riesgo y alteraciones psicosociales, determinación de fuentes familiares, psicológicas, sociales, familias problemáticas y acciones académicas o de investigación (13).

Valdez L et al. (14) desarrolló, en el 2003, anteproyecto de un instrumento para evaluar el soporte familiar al enfermo con DM2. El presente estudio se hizo en momentos diferentes: en uno se elaboró el listado de los componentes que generan soporte familiar; en este periodo se meditaron dos aspectos importantes: el conocimiento de la familia, los resultados del control metabólico y las complicaciones de la DM2, esto es útil para generar fuente informacional, actitudes familiares positivas para con el enfermo y control metabólico adecuado (14).

Proponer como objeto la realización de una herramienta que mida el apoyo familiar es fundamental en la personal salud, propiciara accesibilidad frente a la duración y precio para el diagnóstico didáctico de las familias de los pacientes, con el objetivo de plantear estrategias que respondan a las necesidades de educación para la salud en DM2 (14).

Dicha herramienta declara un avance futurista frente a la situación actual en los hogares de los diabéticos, debido a que no se evidencia datos de un instrumento parecido validado en nuestro medio se obstaculiza el control metabólico del paciente dentro de la familia (14).

Gómez G et al. (15) estudió, en el 2015, el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en relación a su enfermedad. Esta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal. La población seleccionada fue diabéticos que frecuentaban los servicios de salud en la Unidad de Medicina Familiar.

En el estudio, la muestra fue de 97 participantes predominando el grupo de 56-65 años con 37.1%, con una media de 57.52. De igual manera, en mujeres predominó con 61.9% (60) y varones con 38.1. Según el estado civil casados con 59.8 % (58). Por otro lado, en lo que concierne a la ocupación, el 44.3% realizaban tareas del hogar (15).

Según el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la DM2, el 64.9% tiene un grado de competencia idóneo, conocimiento Intermedio 33% y el 2.1% bajo conocimiento. Se visualizó grado de competencia por grupo etario, 24.74% con grado adecuado de competencia en los grupos de 46-55 años, conocimiento intermedio 13.40% en los grupos de 56-65 años y 5.3% en edades de 56-65 y 66-75 años. Por sexo, mujeres 34.02% conocimiento idóneo, y 25.8% conocimiento intermedio (15).

Martínez B et al. (16) investigo, en el 2007, la significación de la familia en el diabético dependiente de insulina. Se realizo el examen MTZ2 en los padres de los niños insulino dependientes. El cuestionario MTZ2 está conformado por cuatro campos, que es el vínculo del paciente y su familia; los precedentes, vigilancia y terapia de la DM; los conocimientos de los parientes y el diabético, y los conflictos confrontados entre el paciente y su familia.

En este campo, más de la mitad de personas entrevistadas (58.3%) infirió en que el vínculo del paciente con su pariente no era estrecho, pero sí relativamente cercano; 25% afirmo que había un vínculo estrecho; 8.3% indico que con algunos era íntima y con otros distante, y el sobrante 8.3% comentó que concluyentemente era apartada (16).

La mayoría de los interrogados refirió una gran retroalimentación positiva, ya que confirmaron la cercanía relativa, y estrecha en ocasiones. A pesar de lo antes expuesto solo seis familiares sabían de las zozobras del paciente frente a sí mismo y a su diabetes, y el resto las desconocía. En cuanto al diagnóstico y el contacto verbal que se establece con el enfermo, si prospero o no, se halló dos respuestas:

cinco relataron gran avance, y los otros cinco escasos avances; los sobrantes infirieron que se agravo poco (16).

Ryden O et al. (17) estudio, en el año 1994, Terapia familiar en DMID juvenil mal controlada: efectos sobre el control de la diabetes, la autoevaluación y los síntomas conductuales.

Evaluaron 25 niños con DMID (diabetes *mellitus* insulino dependiente), su control diabético, sus síntomas conductuales y autoevaluación. Se encontró un control metabólico deficiente, antes y después de una de las dos condiciones de tratamiento: terapia familiar y tratamiento convencional. recopilaron datos de control óptimo en 12 pacientes (17).

El control de la diabetes progreso después de la terapia familiar únicamente, el grupo de terapia familiar acrecentó en una medida mixta de síntomas conductuales y la autoevaluación (relaciones con sus padres y la familia). La terapia familiar es una alternativa de tratamiento que puede intermediar la óptima vigilancia de la diabetes al modificar las relaciones familiares para aprobar un mejor equilibrio entre los padres y el autocuidado del niño con DMID mal llevada (17).

Harris M et al. (18) Desarrollo, en el año 2009, Terapia familiar para adolescentes con diabetes mal controlada: Prueba Inicial de significado clínico. El objetivo de la investigación fue determinar si la terapia de sistemas conductuales (BFST) en el hogar produjo cambios clínicamente relevantes en los antagonismos familiares de ciertos prototipos de adolescentes con diabetes mal controlada y sus familias.

El estudio es de tipo comparativo descriptivo. Las desigualdades de los integrantes en el estudio actual se confronto con los resultados de un ejemplar demográficamente parecido de los participantes que no recibieron el tratamiento. La premisa fue que la intervención de BFST en el núcleo familiar podría disminuir clínicamente la diabetes a raíz de la mejora de conflictos entre progenitores e hijos (18).

Los efectos de dicho trabajo señalan que una aplicación en el hogar de BFST en un conjunto de jóvenes con diabetes y además retos psicosociales y médicos

pueden disminuir los problemas asociados a la diabetes y la familia, y en común entre los jóvenes diabéticos y sus padres provocando que este progreso sea clínicamente revelador (18).

2.2 Bases teóricas

Psicoterapia

Aunque hay muchas psicoterapias con nombre, la mayoría son derivaciones de algunos tipos básicos. Las psicoterapias dentro de cada categoría concuerdan ampliamente con un modelo explicativo y un cumulo de técnicas parecidas. No obstante, las terapias son constantemente modificadas (y fácilmente renombradas) cuando se adapta a nuevas estipulaciones o poblaciones. Las psicoterapias que se presentan luego, han sido usadas para conocer su eficacia en diferentes niveles en ensayos clínicos con poblaciones y trastornos específicos. Las terapias en los ensayos son administradas por terapeutas entrenados que utilizan protocolos estructurados.

Psicoterapias cognitivas y conductuales.

Psicoterapia psicodinámica.

Psicoterapia interpersonal.

Entrevista motivacional.

Terapia conductual dialéctica.

Psicoterapia de apoyo.

Terapia familiar

Psicoeducación

Terapia familiar

Las terapias familiares, en las que los miembros de la familia se ven juntos en el tratamiento, se centran en el sistema familiar y su capacidad para ayudar tanto a los problemas familiares como a la psicopatología individual. La terapia familiar intenta corregir las comunicaciones distorsionadas y las relaciones dañadas como un medio para ayudar a toda la familia, incluido el paciente con el trastorno psiquiátrico. La terapia familiar es compleja porque representa no solo un formato para la terapia, sino una orientación sistémica hacia el tratamiento en el que se considera a la familia como un agente potencial de cambio. Para los pacientes con

esquizofrenia y trastorno bipolar, la psicoeducación familiar ayuda a los miembros de la familia a aprender sobre el trastorno, resolver problemas y sobrellevar de manera más constructiva la enfermedad del paciente. El uso de la terapia familiar para tratar a los pacientes deprimidos se discute por separado

Indicaciones para la psicoterapia

El clínico debe considerar iniciar o derivar a un paciente para psicoterapia para los siguientes propósitos:

Tratamiento de un trastorno psiquiátrico, con el objetivo de reducir o mejorar los síntomas y mejorar el funcionamiento.

Cambiar pensamientos, comportamientos o relaciones desadaptativas.

Proporcionar apoyo cuando una crisis, un período difícil o un problema crónico perjudican el funcionamiento.

Mejorar la capacidad del paciente para realizar cambios de comportamiento, por ejemplo, perder peso, dejar de fumar o aumentar la adherencia al tratamiento médico.

Ayudar a mejorar un problema relacional.

Incremento de la cooperación familiar con el tratamiento.

Conceptualización y taxonomía de la Diabetes

La DM es un desorden metabólico definido como aumento de la glicemia por anomalías en la producción o función de la hormona insulina. Se su fisiopatología puede ser por destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas (DM1) o por resistencia a la insulina (DM2).

La DM se clasifica principalmente en:

Diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1)

DM2

Diabetes *Mellitus* gestacional

Detección precoz

No es confirmado que el despistaje ecuménico de la DM2 reduzca la mortalidad ni su costo efectividad. Actualmente el despistaje se sugiere en sectores con riesgo.

El ADA advierte la ejecución del cribado en cualquier grupo etario con IMC ≥ 25 kg/m² además de uno de los criterios enlistados para el tamizaje de DM2. De lo

contrario la criba se hará en mayores de 45 años. En caso de valores normales se reincidirá la prueba cada tres años y si existe prediabetes cada año.

El test usado para el cribado de DM2 es la glucemia basal (GB) por ser aceptable y costo-efectivo. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) pronostica más efectivamente el riesgo cardiovascular (RCV) y mortalidad, pero puede subestimar el diagnóstico de DM2.

Criterios para el cribado de diabetes (ADA)

- a. abuelos, padres o hermanos con DM2
- b. c-HDL $< 0 = 35$ mg/dl o triglicéridos $> 0 = 250$ mg/dl
- c. Historia previa de DG o feto macrosómico
- d. Resultados anteriores positivos de: (GBA, ITG, HbA1c $> 0 = 5,7\%$)
- e. historia de ECV
- f. HTA
- g. SOP
- h. obesidad grave
- i. acantosis nigricans
- j. estrías de alto riesgo
- k. sedentarismo

Criterios de diagnóstico de la DM2: ayunar 8h antes

- a) Glicemia basal: >126 mg/dl
- b) Glicemia a las 2h tras una carga de 75g de glucosa anhidra en agua: >200 mg/dl
- c) HbA1c: $> 6,5\%$
- d) Glicemia a azar: > 200 mg/dl + síntomas (polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso)

Confirmación del diagnóstico

De no ser evidente la clínica clásica de poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una glucosa al azar ≥ 200 mg/dl) será requerida otra prueba más de confirmación. Se aconseja realizar la misma prueba para definir el diagnóstico. Si dos exámenes distintos al azar se encuentran elevados, será positivo para DM2. Si hay valores discordantes en dos exámenes divergentes, el valor de la prueba que

se encuentre por arriba del punto medio será repetido. Quienes presenten resultados de exámenes en el borde, serán reevaluados al cabo de 3 a 6 meses.

Metas de control metabólico: objetivos

Es evidenciado que la correcta vigilancia glucémica favorece el vaticinio de los pacientes. Vigilar la glucosa en sangre resulta más beneficioso en los problemas de vasos arteriales pequeños, aunque al mismo tiempo en las macrovasculares. El manejo integral de los factores modificadores del curso de la patología disminuye la mortalidad por ECV y la mortalidad total.

El patrón de oro para evaluación de control glucémico es la hemoglobina glucosilada (HbA1c).

Las guías de práctica clínica recomiendan como referencia de un correcto control de la DM2 una disminución de la HbA1c hasta el 7%. el ADA advierte un seguimiento más riguroso ($< 6,5\%$) en otras pacientes reduciendo el riesgo de hipoglicemia y a la vez calculando el riesgo/beneficio. este tipo de control riguroso es ideal para los diabéticos recién diagnosticados manejados únicamente con mejoramiento de estilos de vida o metformina, con esperanza de vida mayor y sin ECV relevante.

Los pacientes con enfermedades asociadas o complicados tienen metas más flexibles como una HbA1c $< 8\%$. En este grupo incluimos a los diabéticos de larga data, esperanza de vida baja, con precedentes de hipoglicemia severa, o patologías macro y micro vascular u otra patología más.

Los manuales clínicos más relevantes tienen como meta de glicemia capilar o basal los valores de 80 a 130 mg/dl y Valores de glicemia postprandial < 180 mg/dl.

La American College of Cardiology/American Heart Association y la ADA recomiendan en diabéticos el cálculo del RCV al diagnóstico y a los 40 años además de controles paulatinos.

La meta lipídica no está atado a las cantidades de colesterol unida a lipoproteínas con densidad baja (c-LDL), sino también al RCV: los < 40 años diabéticos más probabilidad de ECV necesitan cambiar sus estilos de vida, ingerir estatinas con mesurado o severa intensidad. Pacientes de 40 a 75 años sin factores de riesgo se

les administrara estatinas de regular intensidad. Los enfermos con previos eventos de ECV junto con los de edades entre 40 a 75 años con RCV continuaran con estatinas de gran intensidad.

Las sugerencias para el inicio de tratamiento con estatinas de la red GDPS en 2013 dependen del cálculo de del RCV. el manejo terapéutico del c-LDL dependería del RCV del paciente.

Diabéticos con RCV > 10 %, deben obtener c-LDL < 100 mg/dl. Diabéticos con RCV < 10 %, basta con un c-LDL < 130 mg/dl.

En diabéticos el ADA recomienda sostener la presión arterial diastólica (PAS) < de 90 mmHg. Y en los más jóvenes manejar presión arterial diastólica (PAD) de 80 mmHg. PAS debe permanecer < 140 mmHg, sin embargo, en jóvenes es más riguroso (\leq 130 mmHg).

Objetivos de control en la diabetes *mellitus* tipo 2 según la ADA

- a. Glucosa plasmática en ayunas: 70- 130mg/dl
- b. Glucemia posprandial: < 180mg/dl
- c. HbA1c (%) < 7
- d. Colesterol total < 200mg/dl
- e. Colesterol HDL >40 en mujer y > 50 en varón
- f. Colesterol LDL: < 100 mg/dl
- g. Triglicéridos < 150mg/dl
- h. TA (mmHg): <140/90;
- i. IMC: < 25 kg/m²
- j. Perímetro abdominal (cm): <112 hombre; <88 mujeres

Tratamiento médico conductual

Cambios en los estilos de vida.

Los cambios en los estilos de vida como: alimentación saludable y ejercicio físico acoplado al paciente, no cigarrillos, peso ideal y la manipulación correcta de la enfermedad, actúa positivamente tanto en el equilibrio metabólico y prevención de DM2.

Conocimiento curativo de DM2

Hay pruebas de que el conocimiento beneficioso se asocia con una óptima vigilancia metabólica, el descenso en el peso y de la HbA1c más el progreso de condición de vida, aminora las visitas a los centros de urgencias, los internamientos hospitalarios y los gastos.

Los efectos son superiores cuando la enseñanza terapéutica en DM2 permanece en un plan de rastreo completo con argumento médico y de destrezas, tácticas de comportamiento y emotivas que consigan la iniciativa del paciente en el control de su enfermedad.

Nivel para recomendación

Tanto a diabéticos como a sus parientes o vigilantes hay que ofrecerles un plan de instrucción curativo estructurado durante la diagnosis y a lo largo su vida (B).

Promover la colaboración activa del enfermo en el automanejo de la patología (A).

El personal sanitario debe poseer adecuado entendimiento teóricos, también prácticos y destrezas de comunicación, a su vez estar estimulados para realizar los planes (B).

Terapéutica clínica nutricional

La dieta es elemento primordial durante previsión, control, autoprotección y automanejo de la DM2.

En el manejo médico alimenticio, las metas alimentarias deben personalizarse supeditada del exceso de peso, índice de lípidos y RCV, asimismo de las rutinas y naturaleza sociocultural de cada individuo, manteniéndose durante toda la existencia del diabético.

Nivel de Recomendación

1. Se sugiere un descenso medio de peso aproximándose a un IMC de 25 kg/m² (A).
2. Es recomendado un régimen bajo en calorías asociado con un correcto plan de actividad físico para el descenso de peso (A).

3. La nutrición será proporcionada y mixta (B).
4. El programa de nutrición permanecerá durante toda la existencia del paciente (A).
5. La reducción de calórica se dará por disminución en el consumo de calórica en total, la contribución de grasas, la proporción absoluta de HC (no bajar de 50 gr/día) o el aumento de la proporción de HC con bajo índice glucémico (B).
6. Se sugiere tomar en consideración el nivel glucémico y elegir una dieta rica en fibra que incluye hortalizas, frutas o verduras, legumbres y además cereales hidrosolubles (B).
7. Se advierte el consumo de fibra mayor a 40 gr/día para evitar la Diabetes *mellitus* y mantenerla controlada (A).
8. Se sugiere frenar la ingesta de bebidas alcohólicas con un límite de 2 unidades/24h en hombres y 1 unidad/24h en femeninas (C).
9. Se sugiere frenar el consumo de cloruro de sodio por debajo de 2300 mg/24h (B).
10. Los micronutrientes serán repartidos de la siguiente manera: 45-60 % de HC, proteínas 15-20 % y grasas < 35 % (D).
11. El porcentaje de grasas solidas a temperatura ambientes debe ser menor a 10 % del valor calórico absoluto, un 5-10 % de ácidos grasos poliinsaturados, colesterol < 200 mg y la escasa cantidad de grasas transaturadas (D).
12. Se aconseja dividir las comidas en 5 veces/24h (D).
13. La clase de dieta seleccionada pende de las peculiaridades y los gustos del individuo (D).

Equilibrio calórico, sobrepeso y obesidad

La disminución de índice de grasa provoca una disminución en la resistencia a la insulina. Existe una reducción de la HbA1c con un correcto manejo nutricional.

Aptitud física

La combinación de la actividad y el ejercicio físico constante evidencia mantener bajo control los niveles adecuados de glicemia y una reducción de los RCV, la baja de peso, perfil lipídico controlado y su nivel de comodidad, Reducen la HbA1c.

Se recomienda la mezcla de actividad aeróbica y ejercicios de resistencia para prevenir y mantener la DM2 bajo control, así también evitar las ECV en la DM2.

Se sugiere practicar 150 minutos de ejercicio aeróbico por semana, deportes de resistencia 2-3 veces/semana, sin ausentarse más dos días en sus actividades físicas para lograr resultados.

Se debe estimar el riesgo de coronariopatías en los diabéticos antes de instaurar un plan de ejercicios. Los ejercicios iniciaran con breves lapsos de tiempo y de intensidad suave, luego aumentaran escalonadamente.

Se debe estudiar minuciosamente a los pacientes en quienes puede ser desfavorable o peligroso algunos tipos de actividades físicas o que desaten algún tipo de lesión.

No es necesario evitar la actividad física ante hiperglicemia, pero si es urgente suspender los ejercicios físicos frente a cuadros de cetosis.

Frente a hipoglucemia, se debe tener cuidado por si los pacientes reciban insulina, sulfonilureas o glinidas. Se sugiere la administración de HC previo ejercicio si glucosa < 100 mg/dl.

La actividad física intensa se prohíbe frente a retinopatía proliferativa o no proliferativa grave.

Se recomienda ejercicios sin cargar peso cuando hay neuropatía periférica grave. Es importante utilizar zapatos correctos y una exhaustiva revisión de los pies.

Se relaciona la muerte por ECV y muerte súbita al momento del ejercicio en la DM2 con neuropatía autonómica.

Nivel de recomendación

Hay que motivar a los diabéticos a practicar mínimo 150 minutos en 7 días, de deporte aeróbico de magnitud intermedia (un 50-70 % de su frecuencia cardíaca) (A).

Si no hay inconvenientes, los diabéticos deberán realizar actividades contra resistencia 3 veces/semana (A).

Las pruebas refuerzan que todos los individuos, incluso los diabéticos, necesitan disminuir las horas de sedentarismo (tv, computador, etc.), individualmente sin fraccionar el descanso en lapsos duraderos (> 90 min) (B).

2.3 Definición de términos básicos

Terapia: Es un tratamiento que intenta acceder a lo esencial, en la medicina se asocia a los métodos que buscan aliviar o curar las enfermedades.

Familia: grupo de personas vinculadas por un parentesco.

DM2: diabetes *mellitus* tipo 2

GBA: glicemia basal alterada

DM1: diabetes *mellitus* tipo 1

DMG: diabetes *mellitus* gestacional

ITG: intolerancia a la glucosa

SGO: sobrecarga oral de glucosa

HbA1c: hemoglobina glicosilada

ADA: asociación americana de diabetes

Psicoterapia: tratamiento del alma.

Glicemia: es el nivel de glucosa en sangre

DM: diabetes *mellitus*

Acantosis nigricans: una afección en que la piel se engruesa y oscurece.

BFST: terapia de sistemas familiares conductuales

DMID: diabetes *mellitus* insulina-dependiente

HC: hidratos de carbono

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles

LDL: lipoproteínas de baja densidad

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Se encuentra una asociación entre la terapia familiar que reciben los diabéticos y sus metas de control metabólico.

3.2 Variables y su definición operacional

Variable independiente: terapia familiar

Variable dependiente: metas de control metabólico

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medios de verificación
Terapia de familia (Modelo Terapéutico estructural)	Es una sub disciplina dentro de la psicoterapia que trabaja con la familia para promover el buen desarrollo de estas, la intensificación de las relaciones entre los integrantes o subsanar algunos conflictos y diferencias que hayan surgido producto de la convivencia. El modelo estructural se inclina hacia la inclusión del contexto y la responsabilidad compartida de los miembros de la familia.	Cualitativa, independiente	1.Apoyo familiar 2.Regulación familiar 3.Alimentación familiar 4.Socialización familiar Mediremos la cantidad de historias clínicas de pacientes diabéticos que recibieron Apoyo familiar	1. El problema o queja del paciente. 2. Las interacciones que hubo entre el problema y los síntomas del paciente. 3. Los caminos para llegar al cambio dentro de la familia en beneficio de la misma y el control del paciente.	-Cuestionario de evaluación de apoyo familiar.	Calificación Global del apoyo familiar Bajo: 51 -119 puntos. Medio: 120 – 187 puntos. Alto: 188 – 265 puntos.	Historia clínica Cuestionario de evaluación de apoyo familiar.
Metas de control metabólico (Objetivos de glicemia según ADA 2002 y 2003, 2019), objetivos de lípidos, presión arterial (guía de práctica clínica para diabetes MINSAY 2016 Y 2017)	El control metabólico está basado en los niveles de glicemia, hemoglobina glicosilada (HbA1C), presión arterial, perfil lipídico, peso y perímetro abdominal de los pacientes con diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Cuantitativa, dependiente.	-Glucosa plasmática en ayunas -Glucemia posprandial -HbA1c (%) -Colesterol total -Colesterol HDL -Colesterol LDL -Triglicéridos -TA -IMC -Perímetro abdominal	-	Según laboratorio clínico.	Glucosa plasmática en ayunas: 70-130mg/dl Glucemia posprandial: < 180mg/dl HbA1c (%) < 7 Colesterol total < 200mg/dl Colesterol HDL >40 en mujer y > 50 en varón Colesterol LDL: < 100 mg/dl	Historias clínicas

						Triglicéridos < 150mg/dl TA (mmHg): <140/90; IMC: < 25 kg/m2 Perímetro abdominal (cm): <112 hombre; <88 mujeres. Glucosa plasmática en ayunas y prepandial: 90-130mg/dl	
Glucosa plasmática en ayunas	Es el nivel de glucosa en sangre venosa después de un ayuno no menor de 8h	Cuantitativa independiente	70 – 130 mg/dl		Según laboratorio clínico.	70 – 130 mg/dl	Historias clínicas
Glucemia posprandial	Es el nivel de glucosa en sangre venosa después de al menos 2h de haber comido.	Cuantitativa independiente	< 180 mg/dl		Según laboratorio clínico.	< 180 mg/dl	Historias clínicas
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	Es porcentaje de eritrocitos en contacto con la glucosa en un periodo de tiempo de al menos 3 meses.	Cuantitativa independiente	< 7%		Según laboratorio clínico.	< 7%	Historias clínicas
Colesterol total	Es la cantidad total de colesterol en la sangre venosa	Cuantitativa independiente	< 200 mg/dl		Según laboratorio clínico.	< 200 mg/dl	Historias clínicas
Colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad)	Es la cantidad de lipoproteínas de alta densidad en sangre venosa	Cuantitativa independiente	>40 en mujer >50 en varón		Según laboratorio clínico.	>40 en mujer >50 en varón	Historias clínicas
Colesterol LDL (Lipoproteínas de baja densidad)	Es la cantidad de lipoproteínas de baja densidad en sangre venosa	Cuantitativa independiente	< 100mg/dl		Según laboratorio clínico.	< 100 mg/dl	Historias clínicas
Triglicéridos	Es un tipo de grasa que causa enfermedad es cardiovasculares.	Cuantitativa independiente	< 150mg/dl		Según laboratorio clínico.	< 150 mg/dl	Historias clínicas
Tensión Arterial	Fuerza de la sangre al empujar contra las paredes de sus arterias	Cuantitativa independiente	<140/90 mmhg		Según laboratorio clínico.	< 140/90 mmhg	Historias clínicas
Índice de masa corporal (IMC)	Es un indicador simple de relación entre el	Cuantitativa independiente	<25 kg/m2		Según laboratorio clínico.	< 25 kg/m2	Historias clínicas

	peso y la talla.						
Perímetro abdominal	Es un indicador de enfermedad cardiovascular	Cuantitativa independiente	<112 cm en hombre <88 cm en mujeres		Según laboratorio clínico.	< 112 cm en hombre < 88 cm en mujer	Historias clínicas

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Conforme el enfoque: tipo cuantitativo, porque solo cuantifica los datos.

conforme la intervención del investigador es de tipo observacional; porque solamente se observa el comportamiento de las variables.

conforme el alcance es de tipo descriptivo; pues pretende originar una hipótesis generada.

conforme el número de mediciones de la o las variables de la investigación es de tipo transversal, porque se registrarán los datos en un solo momento.

conforme el momento de la recolección de datos: es de tipo retrospectivo, porque se agruparán datos pasados

4.2 Diseño muestral

Población Universo

Pacientes con diabetes mellitus del servicio de medicina familiar del centro materno infantil virgen del Carmen durante el 2020.

Población de estudio

Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del servicio de medicina familiar del centro materno infantil virgen del Carmen, durante 2020, sujetos a terapia familiar.

Muestra: Se determinará utilizando la siguiente formula muestral para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

Z es el nivel de confianza al 95% igual a 1.96

p proporción estimada de apoyo familiar en diabéticos por estudios anteriores 62% Ávila J et al. (8)

q=1-p=0.38

E es el error absoluto para el estudio que es igual al 10%

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.62 \cdot 0.38}{0.10^2}$$

$$n = 90.8 \text{ aprox } 91$$

Se trabajará finalmente con un mínimo de 91 historias clínicas.

Muestreo: Se utilizará el muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

Pacientes diabéticos mayores de 18 años, sometidos a terapia familiar.

Pacientes con DM2 que viva como mínimo con un familiar o cuidador.

Criterios de exclusión:

Pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1

Diabetes *mellitus* gestacional

Pacientes diabéticos que acuden a otro consultorio que no sea el de medicina familiar y comunitario.

Paciente diabético con comorbilidades

Pacientes diabéticos con complicaciones de órganos blancos

Pacientes diabéticos que viven solos.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La primera técnica de recolección de datos es la observación de las historias clínicas de 91 pacientes y la identificación de los últimos exámenes clínicos.

La segunda técnica de recolección de datos es la aplicación de una encuesta de apoyo familiar a las historias clínicas de los diabéticos que recibieron terapia familiar,

Instrumentos de recolección y medición de variables

Historias clínicas

Se recolectarán los datos de los últimos exámenes clínicos en el periodo enero a diciembre 2020.

También se rellenará un cuestionario de apoyo familiar de las historias clínicas de los pacientes con DM2.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Concluido el trabajo, los datos serán procesados en el programa SPSS versión 28, para realizar los siguientes análisis estadísticos:

a-Obtención de frecuencias y porcentajes

b-Obtención de tablas univariadas y bivariadas con su respectiva gráfica.

c-Asociación de variables con la prueba de Chi-Cuadrado a un nivel de confianza del 95%.

4.5 Aspectos éticos

Por ser un trabajo observacional descriptivo, se realizará la compilación de historias clínicas de los diabéticos del servicio de medicina familiar del centro materno infantil virgen del Carmen, este trabajo asegura con confidencialidad de los datos de los sujetos investigados.

MESES FASES	2020											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X									
Procesamiento y análisis de datos				X	X							
Elaboración de informe						X	X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Empastado de la tesis	300.00
Transcripción	500.00
impresiones	500.00
logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2 850.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ávila-Jiménez Laura, Cerón O Domingo, Ramos-Hernández Rosa Isela, Velázquez L Lubia. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Feb [citado 2019 Feb 21]; 141(2): 173-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. OMS, cop. 2018 [citada 13 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
3. NEI. Perú. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017. Lima mayo 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Resumen de orientación. 2016; [citado 21 febrero de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>
5. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. An Sist Sanit Navar [Internet]. 16 de abril de 2009 [citado 21 de febrero de 2019];24:73-82. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5900>
6. Alcaino Díaz Damary Elizabeth, Bastias Rivas Nataly del C, Benavides Contreras Carolina A, Figueroa Fuentealba Daniela C, Luengo Martínez Carolina E. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. GEROKOMOS. 2014; 25 (1): 9-12. [citado el 21 de febrero 2019]; disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100003
7. Ávila Jiménez L, Cerón o D, Ramos Hernández R, Velázquez L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Med. Chile 2013; 141: 173-180. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005
8. Ortiz Parada M, Baeza Rivera M. propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2.

Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 10 N°1 pp. 189-196 enero – abril 2011
ISSN 1657-1967. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n1/v10n1a16.pdf>

9. Arredondo Montes de oca A, Márquez Cardoso E, Moreno Aguilera F, Bazán Castro M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Rev. Esp. Med.-Qx. Volumen 11, núm. 3, setiembre-diciembre, 2006, 43-48. México. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>
10. Méndez López D, Gómez López v, García Ruiz M, Pérez López Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4): 281-284. México. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
11. Tejada L et al. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento Enero-Marzo Vol. 7 No. 1 2006. México. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2006/spn061f.pdf>
12. Valadez Figueroa I, Alfaro Alfaro N, Centeno Covarrubias G, Cabrera Pivalar C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud, vol. V, núm. 3, diciembre, Guadalajara, México 2003. Extraído el [27 de marzo del 2019]; disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/142/14250305.pdf>
13. Gómez Encino G, Cruz León A, Zapata Vázquez R, Morales Ramón F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. SALUD EN TABASCO Vol. 21, No. 1, enero - Abril México 2015, pág. 17-25. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf>
14. Martínez Martínez B, Torres Velázquez L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. Psicología y Salud, Vol. 17, Núm. 2: 229-240, julio-diciembre, México 2007. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf>
15. Oh Rydén, L Nevander, P Johnsson, K Hansson, P Kronvall, S Sjoblad, L Westbom. Terapia familiar en DMID juvenil mal controlada: efectos sobre el control de la diabetes, la autoevaluación y los síntomas conductuales. Acta pediátrica, revista royal College Of Physicians, Volumen 83 numero 3, paginas 285-291, publicado 05 marzo 1994, [Extraído el 08 de octubre del

- 2019]; disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.1994.tb18096.x>
16. Michael a. Harris, Kurt A. Freeman, Megan Beers. Terapia familiar para adolescentes con diabetes mal controlada: prueba inicial de importancia clínica. Revista Journal Of Pediatric Psychology, Volume 34, numero 10, paginas 1097 – 1107, publicado 05 marzo 2009, [Extraído el 08 de octubre del 2019]; disponible en: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp009>
17. Alonso Fernández M, Santiago Nocito A, Moreno Moreno A, Carramiñana Barrera F, López Simarro F, Miravet Jiménez S, et al. *Guías clínicas Diabetes Mellitus. España*. Sociedad española de médicos en atención primaria. EUROMEDICE. 2015. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en: https://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf
18. American Diabetes Association. *Guías ADA 2018*. México. Standards of Medical Care in Diabetes. 2018. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en: <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2016/06/tratamiento-guc3adas-ada-2018.pdf>
19. Jay Lebow, Psicoterapia. ABPP Section Editores, New York 2017. [Extraído el 21 de febrero del 2019]; disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychotherapies?search=family%20therapi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
20. Federación internacional de diabetes. Atlas de la diabetes de la federación internacional de diabetes. Séptima edición. 2015. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
21. Ministerio de salud pública. Guías de prácticas clínicas para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Perú. 1ra. edición: 2016. [Extraído el 27 de marzo del 2019]; disponible en: https://biblioteca.ujmd.edu.sv/images/DI-017-1415_Guia_Practica_para_la_Elaboracion_de_Bibliografias_-_Estilo_Vancouver.pdf
22. Isabel Valadez Figueroa, Noé Alfaro Alfaro, Guillermo Centeno Covarrubias y Carlos Cabrera Pivaral. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. volumen V número 3, 1-11. Guadalajara, México diciembre 2003. [Extraído el 14 de octubre del 2019]; disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/265161021_Disen%C3%B3_de_un_Instrumento_para_evaluar_apoyo_familiar_al_diabetico_tipo_2

23. Paz-Ibarra, J. L., & Alatrística García, C. Efectos a un año de un programa educativo en el control metabólico de pacientes con diabetes de un servicio especializado en un hospital nacional peruano. *CES Medicina*, 35(1), 4-15. 2021. 10 de mayo del 2021. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/5914>
24. Vásquez Espinoza, Fiorella Karina. Prácticas de autocuidado y control metabólico en el adulto con diabetes mellitus tipo ii usuarios del centro de salud Perú corea, amarilis – Huánuco 2018. Universidad de Huánuco, 1(1), 13-65. 2021. 10 de mayo del 2021; disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2728>
25. Kojdamanian Favetto V. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. *Evid actual pract ambul*. 15 de junio de 2022 [citado 9 de octubre de 2022];25(2):e007015. Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/7015>
26. Galindo Rubio M. Objetivos de control en las personas con Diabetes Mellitus (DM). Fundación para la Diabetes novo nordisk. 2022 [citado 8 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/235/objetivos-de-control-en-las-personas-con-diabetes-mellitus-dm>. Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
27. Uribe Figueroa, Ana M. (2020). La familia del paciente en enfermedad crónica. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 112-134). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. [citado 8 septiembre 2022]. Disponible en: <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/54/37/473?inline=1>
28. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica Mex* 2001;43:336-339. [citado 8 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n4/336-339/es/>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

TITULO	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACION DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
TERAPIA FAMILIAR Y CONTROL METABOLICO EN DIABETICOS	¿Cuáles son los resultados de la terapia familiar en los diabéticos del servicio de medicina familiar del Centro Materno Infantil salud Virgen del Carmen enero – diciembre 2020?	<p>Objetivo general</p> <p>¿evaluar los resultados de la terapia familiar en los diabéticos de servicio de medicina familiar del Centro Materno Infantil salud Virgen del Carmen enero - diciembre 2020?</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la aplicación de la terapia familiar en diabéticos mayores de 18 años.</p> <p>comparar las metas de control metabólico de los diabéticos que recibieron terapia familiar versus los que no.</p> <p>Determinar los diabéticos</p>	se encuentra una asociación entre la terapia familiar que reciben los pacientes con diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 y el cumplimiento de sus metas de control metabólico.	cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo	91 pacientes con diabetes <i>mellitus</i> seleccionados por conveniencia.	<p>Historias clínicas</p> <p>Exámenes de laboratorio para metas de control metabólico</p> <p>Cuestionario para evaluar apoyo familiar al diabético DM2.</p>

		que recibieron apoyo familiar				
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FA	EN PACIENTES DM2				
	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/ o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantener en control el enfermo diabético tiene que					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Ayuda a su familiar a entender las indicaciones del medico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
e) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar sus medicamentos	5	4	3	2	1
10. Considere que es un problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11. Que hace usted cuando su familiar diabético suspende el tratamiento sin indicación médica					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1

d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la glicemia (azúcar en sangre)	5	4	3	2	1
16. A los diabéticos les puede dar hipoglicemia (baja de azúcar)	5	4	3	2	1
17. La glicemia debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas.	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de la indicación	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	5	4	3	2	1
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Plática con el medico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte de su medicamento?					
a) Tes	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1
A: siempre, B: casi siempre, C: ocasionalmente, D: rara vez E: nunca					

APOYO FAMILIAR AL DIABETICO TIPO 2	
CALIFICACION GLOBAL DEL APOYO FAMILIAR	
APOYO FAMILIAR	PUNTUACION
BAJO	51-119
MEDIO	120-187
ALTO	188-265

