



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPUS LEÓN
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No
53.

APOYO FAMILIAR EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2
DESCONTROLADO, ADSCRITO A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No
53 DE LEÓN GUANAJUATO EN EL PERIODO DE MARZO 2022 A
AGOSTO 2022

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

ALEXIS LÓPEZ GUILLEN

CON LA DIRECCIÓN DE:

DRA. MARIBHY DINORHA CRUZ GALINDO

CODIRECCIÓN

DR. ASDRÚBAL BERMÚDEZ AGUIRRE

LEÓN, GUANAJUATO.

FEBRERO 2024

Este trabajo de Tesis con No. R-2021-1008-049, presentado por el alumno

Alexis López Guillen, con autorización de:

Comité de Ética en Investigación 10088

Comité Local de Investigación en Salud

1008

Por la directora de la tesis Dra. Maribhy Dinorha Cruz

GalindoCodirector DR. Asdrúbal Bermúdez Aguirre

Fecha: 29 Febrero del 2024 para su impresión final.

DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Maribhy Dinorha Cruz

GalindoProfesora Titular

CODIRECTOR

Dr. Asdrúbal Bermúdez Aguirre

Médico Familiar.

AUTORIZACIONES.

Dra. Angélica Ramos Reyna
Coordinadora Auxiliar de Educación en salud. OOAD Guanajuato

Dr. Gerardo Rubén Ramos González
Director de la Unidad de Medicina Familiar
No 53

Dr. Luis Fernando Razo Mendoza
Coordinador clínico de Educación e Investigación en
Salud Unidad de Medicina Familiar No 53

Dra. Maribhy Dinorha Cruz Galindo
Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 53

DICTAMEN DEL COMITÉ.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1008**.
U MED FAMILIAR NUM 53

Registro COFEPRIS 17 CI 11 020 063
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 11 CEI 002 2018022

FECHA Miércoles, 06 de octubre de 2021

Dra. MARIBHY DINORHA CRUZ GALINDO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APOYO FAMILIAR EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DESCONTROLADO, ADSCRITO A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No 53 DE LEÓN GUANAJUATO EN EL PERIODO DE MARZO 2022 A AGOSTO 2022**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1008-046

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GERARDO RUBEN RAMOS GONZALEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1008

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido de manera significativa a la realización de este trabajo.

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia por el apoyo incondicional durante la realización de este proyecto, quienes han sido mi red de apoyo emocional y han comprendido las exigencias de este proceso. Gracias por su paciencia, aliento y amor incondicional.

Agradezco de forma especial a mi director de tesis la doctora Maribhy Dinorha Cruz Galindo, por su orientación constante a lo largo de todo el proceso. Sus consejos y su dedicación han sido fundamentales para el éxito de este proyecto.

Sin pasar por alto el agradecimiento a mis compañeros que acompañaron en este proceso.

Este logro no habría sido posible sin el apoyo de cada uno de ustedes, estoy profundamente agradecido por la oportunidad de aprender y crecer.

¡Gracias a todos!

Alexis López Guillen.

ÍNDICE

TITULO	1
RESUMEN.....	2
ABSTRAC	3
MARCO TEÓRICO.	4
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO GENERAL	12
HIPÓTESIS.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.	14
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA	22
MANUSCRITO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE LA REVISTA DE PUBLICACIÓN CIENCIALATINA.....	25

TITULO

APOYO FAMILIAR EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 DESCONTROLADO, ADSCRITO A LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 53 DE LEÓN GUANAJUATO EN EL PERIODO DE MARZO 2022 A AGOSTO 2022

RESUMEN

Título: Apoyo familiar en paciente diabético Tipo 2 Descontrolado, Adscrito a la Unidad Médica Familiar no 53 de León Guanajuato en el Periodo de Marzo 2022 a Agosto 2022.

Antecedente: Estudiar la intervención de la familia es el inicio para poder tener una herramienta más para mejorar el control metabólico y prevención de complicaciones del paciente con diabetes mellitus.

Objetivo: Determinar el nivel de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 descontrolado, adscrito a la unidad médica familiar No 53.

Material y métodos: Se realizó un estudio Observacional, prospectivo, transversal simple, descriptivo, se incluyeron a 280 pacientes diabéticos descontrolados, se estimó el tamaño de la muestra para una proporción, con un nivel de confianza de 95, precisión 5, proporción de 24 de acuerdo al estudio de Gabriela García et al, el muestreo fue aleatorio simple, se les aplicó el instrumento de Apoyo familiar en paciente diabético tipo 2, para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22. Las variables de estudio se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: De los 280 pacientes estudiados 107 (38.2%) correspondieron a hombres, 173 (61.8%) mujeres. Se reportó un apoyo familiar bajo de 67 pacientes (24%), medio 138 pacientes (49.3%) y alto 75 pacientes (27%).

Conclusiones: En la unidad de medicina familiar No 53. Se encontró un apoyo familiar medio de 49% en los pacientes con diabetes mellitus descontrolada, lo que indica que las intervenciones de la familia no son suficientes como red de apoyo familiar.

ABSTRACT

Title: Family support in uncontrolled type 2 diabetic patient, assigned to the Family Medical Unit 53 of León Guanajuato in the period from March 2022 to August 2022.

Background: Studying the intervention of the family is the beginning to have another tool to improve metabolic control and prevent complications in patients with diabetes mellitus.

Objective: To determine the level of family support in uncontrolled type 2 diabetic patients assigned to the family medical unit No 53.

Material and methods: An observational, prospective, cross-sectional study was performed, simple, descriptive, included 280 uncontrolled diabetic patients, estimated the sample size for a ratio, with a confidence level of 95, accuracy 5, ratio of 24 according to the study by Gabriela García et al. The sampling was simple randomization, the family support instrument for type 2 diabetic patients was applied, the SPSS 22 software was used for statistical analysis. The study variables were analyzed using descriptive statistics.

Results: Of the 280 patients studied, 107 (38.2%) were men, 173 (61.8%) were women. Low family support was reported in 67 patients (24%), medium 138 patients (49.3%) and high 75 patients (27%).

Conclusions: In the Family Medicine Unit No. 53. A mean family support of 49% was found in patients with uncontrolled diabetes mellitus, indicating that family interventions are not sufficient as a family support network.

MARCO TEÓRICO.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, su descontrol conlleva a diversas complicaciones de tipo cerebrovascular, renales, oculares, que generan un impacto negativo en la calidad de vida, se encuentra entre las primeras causas de muerte y discapacidad a nivel mundial (1).

Se estima que existen 12.5 millones de mexicanos con esta enfermedad. En el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) en el 2020 acuden 3.1 millones de pacientes con diabetes para mejorar su estado de salud, quienes reciben tratamiento farmacológico para el control de su padecimiento, además orientación para prevención de complicaciones, sin embargo el 46% de las personas con diabetes no realizan medidas preventivas para las múltiples complicaciones (2). Convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta de la institución así como las complicaciones desarrolladas

En Guanajuato es la décimo tercera causa de enfermedad en población general colocándolo como el tercer estado con menor incidencia de diabetes 405.12 casos por 100,000 habitantes, sin embargo, es el séptimo estado con mayor mortalidad por diabetes con 97.5 por cada 100,000 personas, esto refleja que los pacientes diagnosticados no cuentan con un adecuado control presentando complicaciones de la enfermedad que conllevan a la muerte. (3)

Para un paciente con enfermedades crónicas, la familia será su primera red de apoyo y su respuesta influirá de forma positiva o negativa sobre su conducta a seguir, las necesidades requeridas del paciente se agudizan cuando el deterioro de su salud es mayor esto debido a no lograr un control metabólico y la ausencia de medidas preventivas para las complicaciones, como se sabe el control de una enfermedad crónica no solo se basa en el tratamiento farmacológico, sino también en el no farmacológico que es donde el apoyo familiar es más representativo. (4)

La relación que existe entre la familia y la salud se representa por dos vías, la

primera es la vía psicofisiológica que son las crisis normativas y paranormativas presentadas durante el ciclo vital familiar y la segunda vía es la conductual que es donde se ven aplicados los buenos hábitos de vida y la disciplina que ejercen como familia, es decir si un hábito nunca fue desarrollado como familia difícilmente ese hábito se mantendrá durante el control de una enfermedad crónica. (5) Es por eso que interfiere en la educación de la familia del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y no solo en el paciente.

En el paciente con diabetes mellitus, la familia en su función de red de apoyo funciona como un promotor de salud, generando menor morbilidad y mortalidad, de manera contraria el bajo apoyo familiar se puede considerar un factor de riesgo con el mismo impacto como obesidad, tabaquismo, sedentarismo. Que representaría no lograr el control de la enfermedad (5)

El apoyo familiar dependerá del nivel de cohesión y adaptabilidad que presenten los miembros de la familia, debe de existir un equilibrio entre la distancia y la proximidad de las relaciones internas de la familia, un equilibrio entre estas 2 cualidades permitirá a los miembros de la familia afrontar de mejor forma los problemas de salud presentados en sus integrantes. (5) (6)

El vivir con una enfermedad crónica es un reto no solo para el paciente sino también para su familia como primera red de apoyo, al igual que al paciente pasa por un proceso de duelo por pérdida del estado de salud, es donde se demuestra que también se tiene que integrar a la familia en la educación de la patología (7)

La pérdida de la percepción del apoyo familiar va aumentando conforme aumenta la edad del paciente, comprendiendo que entre mayor edad tenga el paciente este será más cuidadoso con su estado de salud, sin embargo al ser la diabetes mellitus una enfermedad que para lograr el control metabólico y la prevención de complicaciones crónicas es multifactorial. (8) (9)

El paciente diabético se debe referir a un programa educativo impartido por un

profesional de la salud, en donde a través de sesiones grupales tomando en cuenta a la familia como red de apoyo con conocimiento sobre medidas de control, conocimiento sobre complicaciones, mejoras adherencia al tratamiento médico y elevación de calidad de vida, se podría obtener que se logre interferir de manera positiva para reducir hemoglobina glucosilada, reducción de peso, disminución de presión arterial. La duración de estos programas es variable extendiéndose hasta por dos años con la intención de que se realicen cambios de por vida. (10)

En el apoyo social se refiere a un proceso interactivo compuesto por diferentes tipos de relaciones interpersonales y familiares, donde el paciente obtiene ayuda emocional, instrumental, afectiva e informacional. (11) Ayudando a superar los eventos estresantes que se presentan durante la enfermedad y la toma de decisiones apropiadas impactando sobre el control de la enfermedad. El efecto del apoyo social sobre la evolución clínica y pronóstico de la diabetes, que constituye un factor determinante en la adherencia al tratamiento y un paso efectivo en la dimensión instrumental, que facilita el cumplimiento del tratamiento. (11)

El apoyo familiar se establecería como un sistema abierto donde las interacciones de los miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos de los elementos que la componen, así como los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades crónicas no solo afectan al individuo que la padece si no que produce cambios importantes en el interior de la familia, modificando el rol que desempeña uno o más integrantes de la familia, teniendo presente el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo diabético, (12)

Dentro de los sistemas de apoyo se reconocen tres tipos de apoyo que son:

- Apoyo emocional: Se percibe como ser apreciado amado, tener la confianza y la posibilidad de ser escuchado.

- Apoyo tangible o instrumental: Prestar ayuda directa o servicios, tales como transporte cuidados del hogar acompañamiento, generando un flujo de gastos económicos.
- Apoyo informacional: Método de acompañamiento, consiste en solicitar asesoramiento, información sobre dudas planteadas ligado íntimamente al apoyo emocional.

Se considera que la relación entre la salud individual y la salud familiar es recíproca quiere decir que son dependiente uno del otro y seguirán el mismo pronóstico, si la salud individual se ve afectada al mismo tiempo la salud familiar, dentro del proceso de apoyo familiar existe el concepto de afrontamiento familiar; Que es el proceso por el cual la familia supera el evento crítico de la enfermedad obteniendo dos posibles resultados, uno donde la familia se adapta de forma positiva y se integra a la nueva forma de vida del paciente y la otra totalmente lo contrario donde no hay una buena adaptabilidad y el paciente es excluido del rol familiar. (13)

Como como se menciona. (14) El autocontrol de la diabetes mellitus es un pilar básico de la educación en el paciente diabético y se debe impartir desde el diagnóstico de la enfermedad en las siguientes áreas: manejo de alimentos, manejo de ejercicio físico, hipoglucemia e hiperglicemia, control psicológico, técnica de inyección de medicamento, cuidado de pies, control de peso, control de presión arterial, y técnica de autoanálisis que es la medición de glucosa a través de aparatos portátiles que se realiza en casa. Esto sin dejar a un lado las características del paciente como tipo de tratamiento, grado de control necesario, otras enfermedades que acompañen a la diabetes. El incluir a la familia en la educación de todos estos aspectos de la enfermedad, se reflejará con un mayor apoyo familiar.

Las enfermedades crónicas como la diabetes no sólo ocasiona daños físicos a quien la padece, sino que puede llegar a provocar problemas psicosociales

como la depresión y el estrés, lo que dificulta el autocuidado. Los pacientes con diabetes a menudo experimentan un estrés significativo, una condición a menudo llamada angustia por diabetes, relacionada con las muchas responsabilidades de autocuidado para optimizar el control glucémico. Una de las fuentes de estrés más relevantes es la misma enfermedad, en la esfera social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo puede provocar que se considere diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento de las ideas erróneas que la población tiene sobre la diabetes. (15) Esta condición hace encontrar al paciente en el círculo vicioso de descontrol de la diabetes reflejando mal control glicémico, mal apego al tratamiento, sedentarismo y falta de interés por mejorar el estado de salud.

Para la integración de la familia al proceso de afrontamiento a la enfermedad, como médico familiar es importante saber el tipo de funcionalidad familiar que presenta el paciente, porque esta determinara el grado de apoyo familiar que presentara, la funcionalidad familiar puede presentar las siguientes características.

- Familia funcional:

Una familia funcional según Pinto (2005) (16) viven experiencias de cambios que les permite crecer, los subsistemas familiares son independientes entre sí, la familia se expresa libremente, no se rehúye el dolor, el diálogo familiar es frecuente, donde se tocan temas con aportaciones positivas, algunos de los miembros de la familia no temen pedir ayuda cuando la necesitan, la familia siempre está "ahí" cuando es necesario.

- Familia disfuncional:

Una familia disfuncional según Pinto (2005) (16) son aquellas donde ha existido alguien que ha perdido la identidad dentro del rol familiar, una familia disfuncionales todo lo contrario a una familia funcional, la familia disfuncional

puede presentar las siguientes características:

- Niega que exista un problema en la familia.
- Humilla y reprime a los seres significativos que quieren hablar del problema familiar o mienten para ocultar que existe un problema emocional o de uso de sustancias.
- Provoca culpa y pena a los hijos o miedo a la vida.
- Un sentido de incapacidad para resolver problemas o desesperanza y frustración, excesivamente dominante y no permite la libertad para el desarrollo del individuo o ira excesiva o violencia física y emocional.

Las familias disfuncionales pueden ser:

- Familia aglutinada: Los miembros de una familia con estas características, presentan límites difusos, pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites produciendo un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad. (17)
- Familia rígida: Los miembros de familias rígidas presentan límites rígidos pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Por lo tanto, la familia rígida tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. (17)
- Triangulación perversa: Es perversa cuando las partes en conflicto se encuentran en un dilema: una de ellas debe ganar y la otra perder, para

favorecer la relación, pueden distanciarse, una solución es la inclusión de un tercero, de manera que el perdedor pueda compensar su frustración estableciendo un lazo abierto o encubierto con éste.

Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento, los cuales deberán incluir temas como etiología, manejo y consecuencias de la enfermedad, así como programas psicoterapéuticos que incluyan terapeutas familiares, conductuales e individuales con el propósito de que un equipo multidisciplinario actúe y oriente a la familia en esta situación de crisis. (18) Hasta el momento la familia no participa de esta forma activa en estas actividades, por consiguiente se espera un bajo nivel de conocimiento en manejo de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más muertes causan al año, se estima que cada 7 segundos muere una persona por dicho padecimiento, con un gran índice de complicaciones agudas y crónicas, es de los principales motivos de consulta del médico familiar con un alto índice de descontrol origen multifactorial.

Dentro de los motivos del descontrol glicémico se ha observado que el mal apego al tratamiento médico como factor predisponente al control glicémico, las conductas sociales por las que atraviesa el paciente son de importancia, siendo la familia como primer grupo social con él que está en contacto el paciente y en donde más comparte actitudes, ideas y opiniones la familia como red social de apoyo determina en ocasiones acciones que llevan al control o descontrol glicémico, independientemente si el paciente sea dependiente de cuidados por parte de algún integrante de la familia.

Un nivel alto de interferencia de la familia en el control de seguimiento de pacientes es esencial, además de precisar un entorno que promueva hábitos saludables, teniendo un impacto positivo que se verá reflejado en las consultas de seguimiento de la enfermedad, así como demorar la presencia de complicaciones agudas y crónicas.

En nuestro medio actualmente no se cuenta con los estudios sobre el apoyo familiar en pacientes diabéticos descontrolados, la falta de investigación exhaustiva sobre este tema específico limita la identificación de intervenciones y políticas efectivas destinadas a fortalecer el apoyo familiar en el contexto de las enfermedades crónicas. Comprender a fondo los desafíos y las necesidades de las familias puede contribuir a la implementación de programas de apoyo más personalizados y adaptados a las circunstancias únicas de cada familia.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 descontrolado, adscrito a la unidad médica familiar No 53 de León Guanajuato en el periodo de Marzo 2022 a Agosto 2022.

HIPÓTESIS.

El apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes tipo 2 descontrolados adscritos a la UMF No. 53 es bajo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 53, de León Guanajuato del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dentro de los criterios de selección se incluyeron pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 53 con diagnóstico de diabetes mellitus 2 descontrolada, mayores a 18 años y que contaran estudios de laboratorio de glucosa en ayunas mayor a 130 mg/dl o una hemoglobina glucosada mayor al 7%. No incluimos a pacientes que vivieran solos o contaran con alguna patología psiquiátrica que pudiera alterar la percepción del apoyo familiar. La investigación fue autorizada por el Comité de Ética e Investigación local 10088 y el Comité Local de Investigación en Salud 1008 con número de registro R-2021-1008-046.

Se estimó el tamaño de la muestra para una proporción, con un nivel de confianza de 95% , precisión de 5 % y una proporción esperada de 24% de acuerdo al estudio realizado por Gabriela García y cols obteniendo un total de 280 participantes, el muestreo fue aleatorio simple, mediante la aplicación sorteo tomando en cuenta la base de datos de pacientes diabéticos descontrolados proporcionada por el área de información médica y archivo clínico de la unidad.

Una vez seleccionado el paciente se acudió en los diferentes consultorios y turnos para su localización, una vez localizados se les explicó el objetivo del estudio y los beneficios de este , en caso de aceptar su participación se entregó el formato de consentimiento informado, el cual fue explicado para una mejor comprensión; posteriormente se procede al llenado de la encuesta la cual consta de una ficha de identificación del paciente en la cual se interrogaron datos generales como edad, sexo, número de años de diagnóstico de la enfermedad y se prosiguió a la aplicación del instrumento de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2.

El instrumento está avalado para aplicación en población mexicana desde el 2003 realizado por Isabel Valadez Figueroa y cols, consta de 24 ítems tipo likert y posee un índice de Alfa de Cronbach de 0.93, las áreas que explora el instrumento son: conocimiento sobre medidas de control, conocimiento sobre complicaciones, actitudes hacia el enfermo y actitudes hacia las medidas de control. Evaluando el apoyo familiar en tres grupos; apoyo familiar bajo de 51-119 puntos, apoyo familiar medio de 120 a 187 puntos y apoyo familiar alto de 188 a 265 puntos.

Una vez terminado la recolección de datos se realizó una base de datos con las respuestas de los participantes para posteriormente realizar análisis estadístico usando programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS versión 22). Se utilizó estadística descriptiva, las variables cualitativas se presentaron con frecuencias porcentajes y gráficas, la edad se presentó con media y desviación estándar.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud del año 2015. Se tomó en consideración lo que establece el Título Segundo. Capítulo 1 artículo 13 y 14, fracción 1, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justificaron.

Fracción VII Y VIII, Contó con la autorización del comité de Ética e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No 53 10088 y el Comité Local de Investigación en Salud 1008. Con número de registro institucional No. R-2021-1008-049.

Este estudio se consideró de riesgo mínimo para los participantes, según lo dispuesto por el artículo 17.

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; Principios Éticos para la investigación Médica en Seres Humanos en Fortaleza Brasil 2013, se tomó en cuenta en esta investigación los siguientes apartados:

Apartado I

Fracción V: La investigación se realizó sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los participantes, proteger su salud y derechos.

Fracción VI: El objetivo de la investigación es la generación de nuevo conocimiento.

Fracción VII: Se consideraron las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en pacientes en el país al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.

Apartado VI: Se resguardó la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Apartado VII:

Fracción I: Los participantes dieron su consentimiento informado en la investigación médica, el cual fue voluntario.

Fracción II: Cada participante recibió la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento.

Además de ser informados del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento sin exponerse a represalias

RESULTADOS.

De los 280 de pacientes estudiados 173 (61.7%) fueron mujeres y 107 hombres (38.3 %). La edad media fue de 45.5 años con una desviación estándar de 13.3.

En relación a los años de evolución con la enfermedad se presentaron pacientes desde 1 año de diagnóstico hasta 23 años, presentando mayor frecuencia 5 años de evolución con 87 pacientes (31.1%).

Años de evolución de la enfermedad

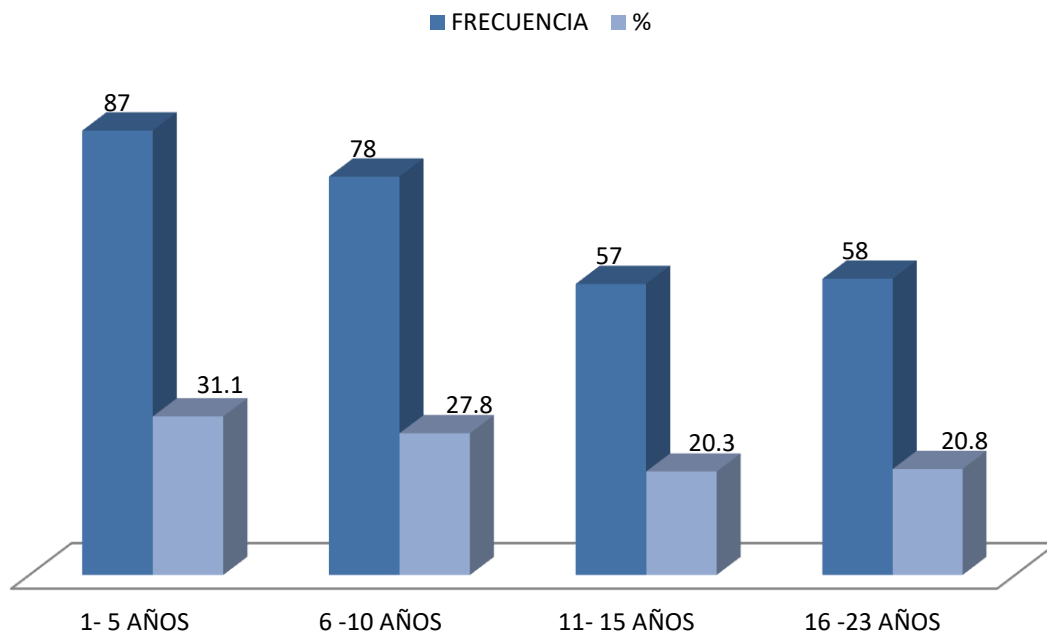


Grafico 1: Años de evolución de diagnóstico con diabetes mellitus.

El apoyo familiar se presentado con mayor frecuencias es medio con 138 pacientes que representa el (49%) presentándose en menor frecuencia el apoyo familiar bajo con 67 pacientes que representa el 24 %.

APOYO FAMILIAR

- APOYO FAMILIAR BAJO
- APOYO FAMILIAR MEDIO
- APOYO FAMILIAR ALTO

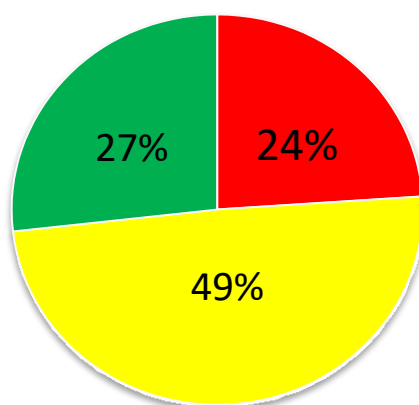


Grafico 2: Distribución de la clasificación del apoyo familiar en pacientes con diabetes descontrolada.

DISCUSIÓN.

El apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolado no es bajo, si no de acuerdo a los resultados obtenidos es de predominio medio, lo cual no es un resultado del todo favorable por motivo que únicamente 75 pacientes (27%) presentan un apoyo familiar alto lo que indica que solo ese pequeño porcentaje tienen intervenciones activas para hacer frente a la enfermedad, y al resto de pacientes su red de apoyo no se encuentra integrada para lograr el control de la enfermedad.

Gabriela García et al (2019) realizaron un estudio en población mexicana de Acapulco Guerrero, donde el apoyo familiar fue de predominio alto con (74.2%) y apoyo familiar medio (25.8%), lo que llama la atención en no presentar apoyo familiar bajo a diferencia de nuestro estudio, siendo que se comparten características sociodemográficas de los pacientes y de las familias que funcionan como red de apoyo.

Carlos Ríos et al (2022) indagaron sobre el apoyo familiar y el control glicémico en población de Paraguay, en donde de la misma forma se presentan los tres tipos de apoyo familiar bajo, medio, alto con predominio en apoyo familiar medio, al ser una población de América latina donde se comparten ciertas características sociodemográficas coincide el resultado, como se ve en ambos estudios la familia no se considera en las intervenciones para mejorar el control metabólico.

María Vázquez et al (2020) estudio a la población del sur de México en Chiapas, lugar donde se comparten características de la familia a la de esta zona de estudio, la similitud reportada es la población femenina, que fue mayor a la masculina. En el estudio de María Vázquez et al se reportaron presentes los tres grados de apoyo familiar con los siguientes resultados, apoyo familiar bajo 47 pacientes (15.6), apoyo familiar medio 208 pacientes (69.1%), apoyo familiar alto 46 pacientes (15.3) la similitud en resultados a nuestro estudio

concuerta en que predomina un apoyo familiar medio con 138 pacientes (49%). Implementar estrategias de manera personalizada, considerando las necesidades específicas de cada familia y adaptándolas a la naturaleza de la enfermedad crónico puede contribuir significativamente a mejorar la red de apoyo y lograr un control de la enfermedad.

CONCLUSIONES.

El apoyo familiar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en descontrol adscritos a la Unidad de Medicina Familiar es medio con 49%, con mayor frecuencia en sexo femenino 61.7%, de los pacientes estudiados el 31.1% de los pacientes cuentan con menos de 5 años de evolución de la enfermedad,

Este estudio es de forma inicial para un enfoque colaborativo que involucre la participación de la familia en forma activa y tenga un impacto positivo para fortalecer las redes de apoyo de los pacientes con diabetes mellitus en descontrol.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Abreu AB. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México Ensanut 2022. Salud pública de México. 2023 Junio.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Acercando el IMSS al ciudadano. [Online].; 2020 [cited 2023 Noviembre 3. Available from: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/436>.
3. Vázquez JR, Hernández Rivero E, Martínez Villamil M, Zamudio López, Islas Vega I. Atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus. Hosp Domic. 2020 Abril; 4.
4. Ortega MdC. El apoyo Social. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2019.
5. Macías BA. La red de apoyo familiar y las relaciones intrafamiliares como productoras de la satisfacción vital. Actualidades en Psicología. 2021 Marzo;(35).
6. Hernández AJR. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. [Online].; 2022 [cited 2023 Diciembre 10. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://endocrinologia.org.mx/pdf_pacientes/44_Manual_pacientes_DM1.pdf.
7. Álvarez NM, Rodríguez Orozco. Percepción del funcionamiento familiar, estado nutricional y control metabólico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Atención Primaria. 2021 Febrero; 1.
8. León AM, Charry Higuerras M, Escobar Serrano MC. Redes de apoyo y bases morales en el cuidado de niños y niñas. Palobra. 2019 Marzo; 19(1).
9. Sánchez RG. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de

Diabetes tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. 2019 ENERO; I(2019).

10. Teherán VA. Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. *Ciencias de la Salud*. 2017 Enero; 15(2).
11. González JLH. La familia en el proceso salud-enfermedad. Primera ed. Velazco JA, editor. México DF: Alfil; 2995.
12. Martínez JM. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud. *Enfermería global*. 2019 Julio; 47.
13. Juan AS, Ávila Lichica L. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. In Juan AS, Ávila Lichica L. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. España: red GDPS;2018. p. 54-58.
14. Gaitan ES. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*. 2021 febrero; 6(2).
15. Arroyo Rojas Dasilva M, Bonilla Muñoz P, Trejo González L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Neurocirugía y Psiquiatría*. 2005.
16. Morales GG, Rodríguez Pascual A, Garibo Polanco RE. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco Guerrero México. *Atención familiar*. 2018 Octubre; 1.
17. Consenso Estatal de Medicina Familiar 2016. Manual de Clinimetría En Medicina Familiar. In Institucional CdPyE, editor. Manual de Clinimetría En Medicina Familiar. Guadalajara: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. p. 52-60.
18. Figueroa IV, Alfaro Alfaro N, Centeno Covarrubias G, Cabrera Pivaral C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo.

Red de Revista Científica de América Latina,. 2004 Diciembre; v(3).

19. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA. 2018;: p. 9.
20. INSTITUTO NACIONAL SALUD PÚBLICA. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN. MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL SALUD PUBLICA. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, SALUD; 2021.
21. Sánchez-Sierra LE. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Cuidados del Pie Diabético en Pacientes con Diabetes tipo 2. *Hisp Cienc Salud*. 2019 Diciembre; 5(4).
22. Coelho AL. Intervenciones educativas para el conocimiento de la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*. 2017; 25.
23. Jumbo RFT, Navia MKA, Avilés DAR. Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento*. 2020 marzo.
24. Garibo-Polanco G. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *ATENCIÓN FAMILIAR*. 2018; 25(1).
25. Argueta TB. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención sobre la enfermedad renal crónica en diabéticos e hipertensos. *Alerta*. 2021 Enero; 4(1).
26. Hernández MG. RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA UMF 25 TUXTLA GUTIÉRREZ. Tesis. Tuxtla Gutiérrez: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2020.

MANUSCRITO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE LA REVISTA DE PUBLICACIÓN.

Revista: Ciencia Latina Revista

Multidisciplinar. Factor de impacto

2023:5.992.

ISSN impreso 2707-2207 ISSN en línea 2707 2215.

Apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 descontrolado, adscrito a la Unidad Médica Familiar No 53 de León Guanajuato en el periodo de Marzo 2022 a Agosto 2022.

Dr. Alexis López Guillen

alexis_l_g@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8493-6572>

Residente de tercer año medicina familiar, UMF 53, León Gto, México

Dra. Maribhy Dinorha Cruz

Galindo

maribhy.cruz@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0181-9953>

Instituto mexicano del Seguro Social León. Guanajuato-México.

Dr Asdrúbal Bermúdez

Aguirre

Asdrubalbermudez09@gmail.com

com Instituto mexicano del

Seguro Social Oaxaca de

Juárez – México

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 descontrolado, adscrito a la Unidad Médica Familiar No 53 de León Guanajuato en el periodo de Marzo 2022 a Agosto 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo en la UMF No.53 en el cual se incluyeron a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. El proyecto de investigación se aprobó con número de registro R-20221-1008-046. Para el cálculo de la

muestra se utilizó la herramienta de López Calviño y cols. Obteniendo una muestra de 280 pacientes con una proporción esperada de 24%, un nivel de confianza de 95 % y precisión 5%, el muestreo fue aleatorio simple. Previo consentimiento informado se aplicó la encuesta de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 la cual consta de 24 ítems validada en población mexicana en el 2003 con un Alfa de Cron Bach de 0.93. Además se interrogó sobre variables sociodemográficas y el valor del último control glicémico para posteriormente realizar el análisis estadístico en SPSS22. Se contó con evaluación del comité de ética en investigación, nuestro estudio es sin riesgo de acuerdo con la Ley General de Salud para la Investigación. **Resultados:** Se analizó una muestra de 280 pacientes de los cuales 107 (38.21%) fueron hombres y 173 (61.28%) mujeres, en un rango de edad entre los 19 y 69 años con mayor frecuencia en el rango de 50- 59 años 65 (23.2%) pacientes, en los cuales se encontró que tienen un apoyo familiar bajo 67 pacientes (23.9%), apoyo familiar medio 138 pacientes (49.3%), apoyo familiar alto 75 paciente (26.8%) **Conclusiones:** De acuerdo con los resultados obtenidos, el apoyo familiar no cumple con las intervenciones necesarias, para tener un impacto positivo en el paciente con el control de su enfermedad, ya que el apoyo familiar interviene en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente. Siendo un área de gran intervención para mejorar el apoyo familiar ya que el 73% de los pacientes presenta un apoyo familiar medio a bajo, logrando que las intervenciones familiares sean de impacto para el control de la enfermedad y no queden en un acompañamiento físico.

Palabras clave: apoyo familiar; diabetes mellitus; descontrolado.

Family support for an uncontrolled type 2 diabetic patient, assigned to the Family Medical Unit No 53 of León Guanajuato in the period from March to August 2022

ABSTRACT

Objective: To evaluate family support in an uncontrolled type 2 diabetic patient, assigned to the Family Medical Unit No. 53 of León Guanajuato in the period from March 2022 to August 2022.

Material and methods: An observational, prospective, cross-sectional, descriptive study was carried out with a quantitative approach in the UMF No.53 in which patients with a diagnosis of uncontrolled type 2 diabetes mellitus were included. The research project was approved with registration number R-20221-1008-046. To calculate the sample, the tool of López Calviño et al. Was used. Obtaining a sample of 280 patients with an expected proportion of 24%, a confidence level of 95% and precision 5%, sampling was simple random. With prior informed consent, the family support survey was applied to type 2 diabetic patients, which consists of 24 items validated in the Mexican population in 2003 with a Cron Bach Alpha of 0.93. In addition, sociodemographic variables and the value of the last glycemic control

were questioned to subsequently perform the statistical analysis in SPSS22. There was an evaluation by the research ethics committee, our study is risk-free in accordance with the General Health Law for Research.

Results: A sample of 280 patients was analyzed, of which 107 (38.21%) were men and 173 (61.28%) were women, in an age range between 19 and 69 years with a higher prevalence in the range of 50-59 years 65 (23.2%) patients, in whom it was found that 67 patients (23.9%) have low family support, medium family support 138 patients (49.3%), high family support 75patients (26.8%)

Conclusions: According to the results obtained, family support does not comply with the necessary interventions to have a positive impact on the patient with the control of their disease, since family support intervenes in the pharmacological and non-pharmacological treatment of the patient. Being an area of great intervention to improve family support since 73% of patients have medium to low family support, ensuring that family interventions have an impact on the control of the disease and do not remain in physical accompaniment.

Keywords: family support; Mellitus diabetes; uncontrolled

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, su descontrol conlleva a diversas complicaciones de tipo cerebrovascular, renales, oculares, que generan un impacto negativo en la calidad de vida, se encuentra entre las primeras causas de muerte y discapacidad a nivel mundial (1)

Se estima que existen 12.5 millones de mexicanos con esta enfermedad. En el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) en el 2020 acuden 3.1 millones de pacientes con diabetes para mejorar su estado de salud, quienes reciben tratamiento farmacológico para el control de su padecimiento, además orientación para prevención de complicaciones, sin embargo el 46% de las personas con diabetes no realizan medidas preventivas para las múltiples complicaciones. (2)

Para un paciente con enfermedades crónicas, la familia será su primera red de apoyo y su respuesta influirá de forma positiva o negativa sobre su conducta a seguir, las necesidades requeridas del paciente se agudizan cuando el deterioro de su salud es mayor esto debido a no lograr un control metabólico y la ausencia de medidas preventivas para las complicaciones, como se sabe el control de una enfermedad crónica no solo se basa en el tratamiento farmacológico, sino también en el no farmacológico que es donde el apoyo familiar es más representativo. (3)

La relación que existe entre la familia y la salud se representa por dos vías, la primera es la víapsicofisiológica que son las crisis normativas y paranorvativas presentadas durante

el ciclo vital familiar y la segunda vida es la conductual que es donde se ven aplicados los buenos hábitos de vida y la disciplina, que ejercen como familia, es decir si un hábito nunca fue desarrollado como familia difícilmente ese hábito se mantendrá durante el control de una enfermedad crónica. (4)

En el paciente con diabetes mellitus, la familia en su función de red de apoyo funciona como un promotor de salud, generando menor morbilidad y mortalidad y de manera contraria el bajo apoyo familiar se puede considerar un factor de riesgo como obesidad, tabaquismo, sedentarismo. Que representaría no lograra el control de la enfermedad (4)

El apoyo familiar dependerá del nivel de cohesión y adaptabilidad que presenten los miembros de la familia, debe de existir un equilibrio entre la distancia y la proximidad de las relaciones internas de la familia, un equilibrio entre estas 2 cualidades permitirá a los miembros de la familia afrontar de mejor forma los problemas de salud presentados en sus integrantes. (4)(5)

El vivir con una enfermedad crónica es un reto no solo para el paciente sino también para su familia como primera red de apoyo, al igual que al paciente pasa por un proceso de duelo por pérdida del estado de salud, es donde se demuestra que también se tiene que integrar a la familia en la educación de la patología. (6)

La pérdida de la percepción del apoyo familiar va aumentando conforme aumenta la edad del paciente, comprendiendo que entre mayor edad tenga el paciente este será más cuidadoso con su estado de salud, sin embargo al ser la diabetes mellitus una enfermedad que para logara el control metabólico y la prevención de complicaciones crónicas es multifactorial. (7) (8)

Otros estudios similares:

Ríos realizó una evaluación de apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un hospital de tercer nivel de Paraguay, donde a través de un estudio observacional descriptivo utilizando el mismo instrumento de medición, se reportó un predominio de apoyo familiar medio a bajo, este estudio teniendo como similitud son las características sociodemográficas al ser un país de América Latina donde la estructura familiar es similar a la mexicana (9)

En el 2018 se realizó un estudio en el centro de la población mexicana realizado por García y colaboradores con tipo de estudio transversal analítico con muestreo probabilístico, donde se estudió a 345 pacientes obteniendo un resultado de un apoyo familiar alto 256 pacientes (74.2%) y un apoyo familiar medio 89 pacientes (25.8%) demostrando que el apoyo familiar alto aumenta 2.7% veces la probabilidad de tener un control glucémico (10) (11)

Hipótesis de trabajo:

El apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes tipo 2 descontrolada es bajo.

Objetivo general:

Determinar el nivel de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 descontrolado adscrito a la unidad médica familia No 53 de León Guanajuato en el periodo de Noviembre 2021 a Enero 2022.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en la que se incluyeron pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No 53 de León, Guanajuato, la investigación fue autorizada por el Comité de Ética e Investigación local 10088 y el Comité Local en Salud 1008 con número de registro R-2021-1008-046, para el cálculo de la muestra utilizo una proporción esperada de 24 % de acuerdo al estudio realizado por Gabriela Garcia y cols, con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 5% obteniendo una muestra de 280 participantes, Posteriormente se realizó el muestreo aleatorizado mediante la aplicación sorteo. Una vez seleccionado los pacientes, se les invito a colaborar en el estudio, a los pacientes que aceptaron se otorgó el formato de consentimiento informado de forma escrita para proceder a la autorización y recolección de datos, se interrogó sobre edad, sexo, número de años de diagnóstico de la enfermedad y se prosiguió a la aplicación del instrumento de apoyo familiar en paciente diabético tipo 2 (12)

El instrumento está avalado para aplicación en población mexicana desde el 2003 realizado por Isabel Valadez Figueroa y cols, consta de 24 ítems y posee un índice de Alfa de Cronbach de 0.93, las áreas que explora el instrumento son: conocimiento sobre medidas de control, conocimiento sobre complicaciones, actitudes hacia el enfermo y actitudes hacia las medidas de control. Evaluando el apoyo familiar en bajo, medio y alto. (13)

Una vez terminado la recolección de datos se realizó análisis estadístico usando programa SPSS versión 25.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

Pacientes mayores a 18 años de edad.

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada que tengan glucosaestudios de laboratorio de 3 meses de antigüedad a la fecha de recolección.

Paciente con glicemia capilar mayor a 130 mg/dl o hemoglobina glucosada mayor a 7.(14) (15)

Criterios de exclusión.

Pacientes que vivan solos.

Criterios de eliminación:

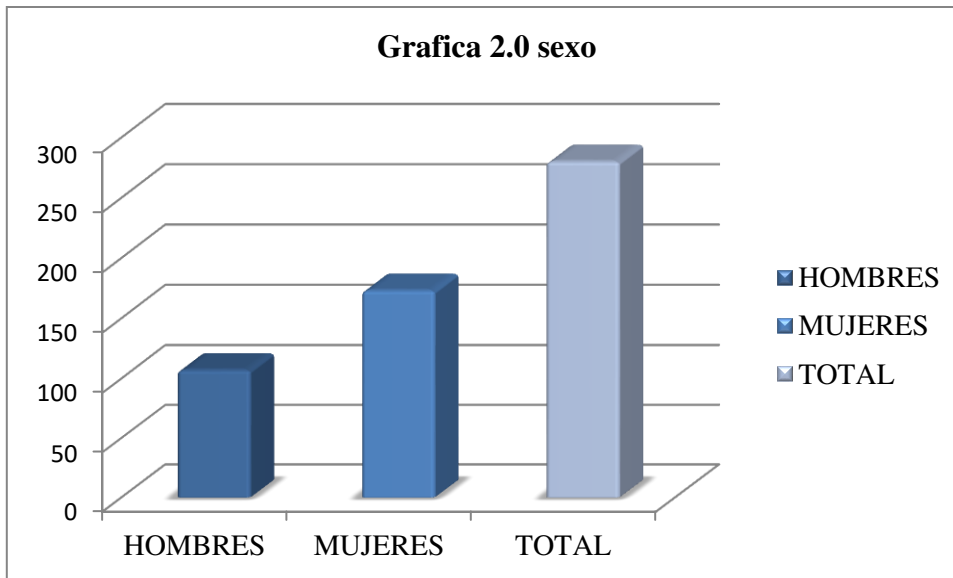
Personas con diagnóstico de diabetes mellitus 2 en control, participantes que no firmaran el consentimiento informado, pacientes que dejaran incompleta la encuesta.

Resultados y discusiones:

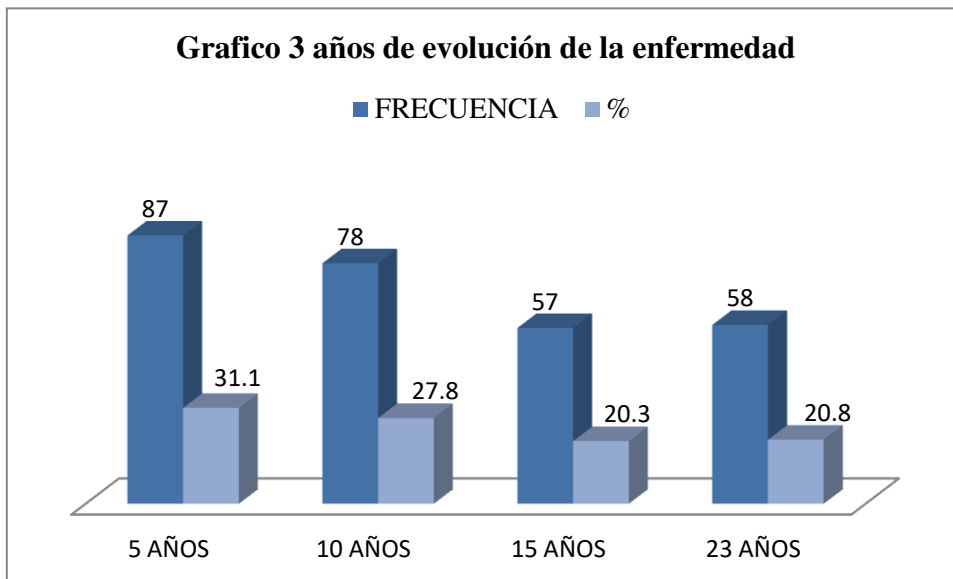
Se analizó una muestra de 280 de pacientes quienes están adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 53 de la ciudad de León Guanajuato, entre un rango de edad de 19 a 69 años con mayor frecuencia entre los 50 a 59 años 65 pacientes (23.2%). En relación a estudios realizados en población mexicana y de América latina coincide que la población más afectada es mayor a 50 años

Grafica 1 distribución por edad.

De acuerdo al sexo, se presentó un predominio en el sexo femenino con 173 pacientes (61.7%) y 107 masculino (38.3%), que coincide con estudios realizados en población de América latina donde se comparten características de la conformación y roles de los integrantes de la familia

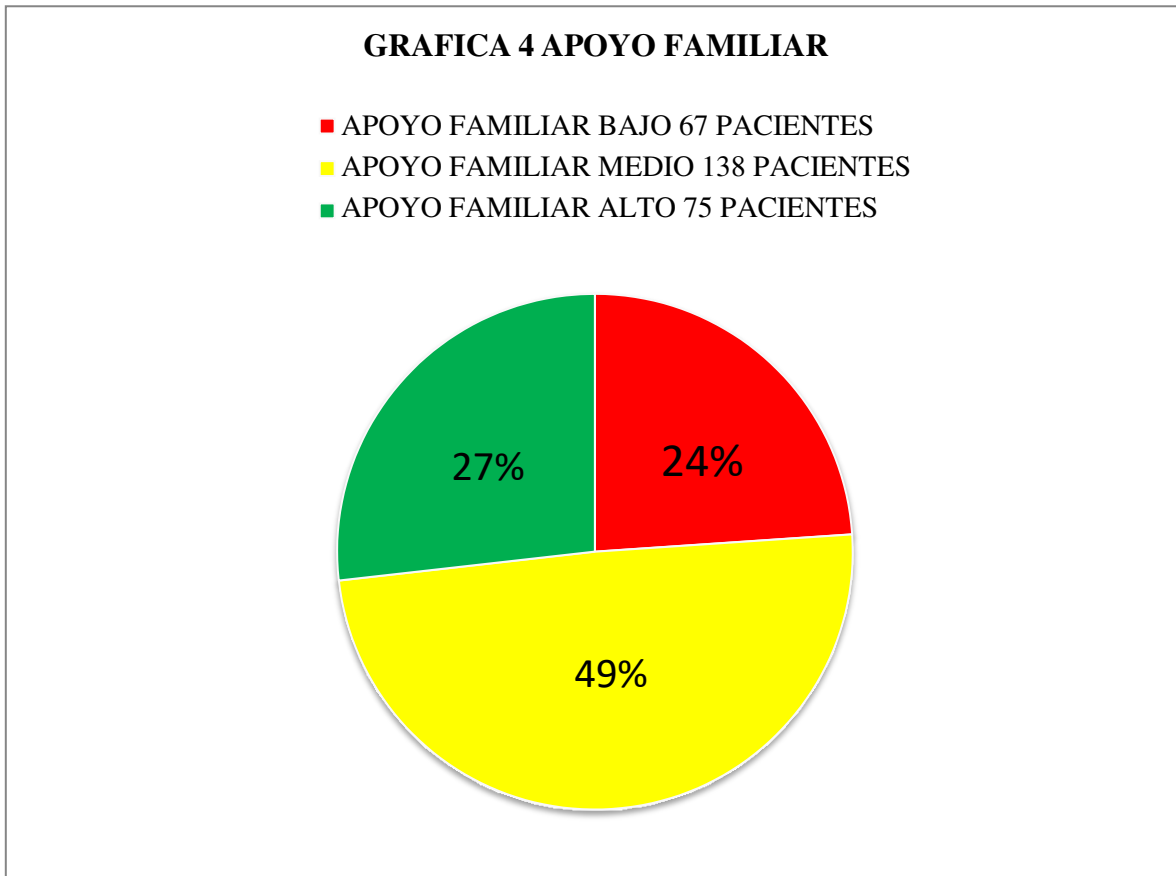


En relación a años de evolución con la enfermedad se presentó pacientes desde 1 año de diagnóstico hasta 23 años de evolución de la enfermedad pero en este momento se encuentran con un descontrol de la enfermedad, presentando mayor frecuencia con 87 pacientes (31.1%) con 5 años de evolución, lo que representa que a pesar del descontrol de la enfermedad aún puede estar ausente las múltiples complicaciones crónicas.



El apoyo familiar representado en la gráfica 4 presentado en los 280 pacientes estudiados se presenta una mayor frecuencia en un apoyo familiar medio con 138 (49%) pacientes. Existe

Una diferencia del apoyo familiar en pacientes de Acapulco Guerrero, ya que en ellos predomina un apoyo familiar alto con una frecuencia de 256 (74.2%) pacientes y sin presenciade apoyo familiar bajo que representaría mayor grado de abandono en las redes de apoyo.



Conclusiones:

La participación activa de la familia es esencial para hacer frente a la enfermedad mediante la implementación de un sistema de apoyo sólido, ya que gran parte de población presenta un apoyo familiar medio 49% teniendo la oportunidad de presentar intervenciones positivas para mejorar el control de la enfermedad. Además que esas intervenciones tendrían alto impacto en el 31.1% de los pacientes que son quienes llevan menos de 5 años de evolución de la enfermedad por lo que las complicaciones crónicas no son tan severas.

Este estudio es de forma inicial para un enfoque colaborativo que involucre la familia puede marcar la diferencia en el bienestar a largo plazo de los pacientes con diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abreu AB, López Olmedo N, Rojas Martínez R, Aguilar Salinas CA. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México Ensanut 2022. Salud pública de México. 2023 Junio.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Acercando el IMSS al ciudadano. [Online].; 2020 [cited 2023 Noviembre 3]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/436>.
3. Vázquez JR, Hernández Rivero E, Martínez Villamil M, Zamudio López, Islas Vega I. Atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus. Hosp Domic. 2020 Abril; 4.
4. López González, Alvarez Trigueros L. El apoyo Social. Cantabria: Universidadde Cantabria; 2019.
5. Macías AB. La red de apoyo familiar y las relaciones intrafamiliares como predictores de la satisfacción vital. Actualidades en Psicología. 2021 Marzo;(35).
6. Hernández AdJR. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. [Online].; 2022 [cited 2023 Diembre 10]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://endocrinologia.org.mx/pdf_pacientes/44_Manual_pacientes_DM1.pdf.
7. Alvarez NM, Rodríguez Orozco. Percepción del funcionamiento familiar, estado nutricional y control metabólico en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Atención Primaria. 2021 Febrero ; 1.
8. León AM, Charry Higuerras M, Escobar Serrano MC. Redes de apoyo y bases morales en el cuidado de niños y niñas. Palobra. 2019 Marzo; 19(1).
9. González CMR, Espinola Chamorro CC. Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un hospital de III nivel de atención de Paraguay. Revista del Nacional. 2020 Abril; 1.
10. Morales GG, Rodríguez Pascual A, Garibo Polanco RE. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco Guerrero México. Atención familiar. 2018 Octubre; 1.
11. Naranjo EGB, Chavarría Campos F, Garita Fallas. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia. 2021 Febrero;

6(2).

12. Consenso Estatal de Medicina Familiar 2016. Manual de Clinimetría En Medicina Familiar. In Institucional CdPyE, editor. Manual de Clinimetría En Medicina Familiar. Guadalajara: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. p. 52-60.
13. Figueroa IV, Alfaro Alfaro N, Centeno Covarrubias G, Cabrera Pivaral C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Red de Revista Científica de América Latina,. 2004 Diciembre; v(3).
14. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control, y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basa en Evidencia Edición 2019. ALAD. 2019 Enero; 1.
15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. cenetec/difusion. [Online]. Ciudad de México; 2021 [cited 2023 Diciembre 18. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-657-21/ER.pdf>.