



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

RELACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN CONTROL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE  
ADULTOS MAYORES HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO 2017

PRESENTADA POR  
SUSAN AYDEE CASIANO PRINCIPE

ASESOR  
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JÍMENEZ

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

LIMA – PERÚ  
2018



**Reconocimiento**

**CC BY**

La autora 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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCIÓN DE POSGRADO**

**RELACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN CONTROL EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE  
ADULTOS MAYORES HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

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

**PRESENTADA POR**

**SUSAN AYDEE CASIANO PRINCIPE**

**ASESOR**

**DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JÍMENEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

|   | <b>Págs.</b> |
|---|--------------|
| Portada                                       | i            |
| Índice  | ii           |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> | <b>1</b>     |
| 1.1 Descripción de la situación problemática  | 1            |
| 1.2 Formulación del problema                  | 2            |
| 1.3 Objetivos                                 | 2            |
| 1.3.1 Objetivo general                        | 2            |
| 1.3.2 Objetivos específicos                   | 3            |
| 1.4 Justificación                             | 3            |
| 1.4.1 Importancia                             | 3            |
| 1.4.2. Viabilidad                             | 4            |
| 1.5 Limitaciones                              | 4            |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>             | <b>6</b>     |
| 2.1 Antecedentes                              | 7            |
| 2.2 Bases teóricas                            | 8            |
| 2.3 Definición de términos básicos            | 11           |
| <b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>    | <b>12</b>    |
| 3.1 Formulación de la hipótesis               | 12           |
| 3.2 Variables y su operacionalización         | 12           |
| <b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>               | <b>13</b>    |
| 4.1 Diseño metodológico                       | 13           |
| 4.2 Diseño muestral                           | 13           |
| 4.3 Procedimientos de recolección de datos    | 14           |
| 4.4 Procesamiento y análisis de los datos     | 14           |
| <b>CRONOGRAMA</b>                             | <b>15</b>    |

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

17

## **ANEXOS**

### 1. Matriz de consistencia

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

De acuerdo con la definición de American Diabetes Asociación (ADA), la diabetes mellitus tipo 2 (DM) es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, causado por defectos de la secreción de la insulina. Afecta a cualquier edad, asimismo, en el adulto mayor es considerada una patológica crónica irreversible que a lo largo de la enfermedad trae complicaciones, entre los más frecuente son hipoglicemia, hiperglicemia, complicaciones agudas (cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar) y complicaciones tardías como la neuropática diabético, pie diabético, retinopatía diabética, nefropatía diabética entre otros.

Las proyecciones de los Centros internacionales para el Control de Enfermedades y Prevención de Enfermedades (CDC) refiere que los siguientes 20 años se duplicará el número de casos, la incidencia aumentará en 4.5% entre los años 2005 a 2050 en todos los adultos mayores. El envejecimiento natural de la persona causa disfunción pancreática empeorando la situación de los adultos mayores con diabetes mellitus establecida.

La encuesta Nacional de Hogares, realizó un estudio en américa latina el 2013, donde el adulto mayor representa el 9.4% de diabetes mellitus tipo 2 respecto a la población general. También, demostraron que conforme hay mayor edad hay una disfunción pancreática que puede conllevar la enfermedad. Actualmente, existe 3-4 veces más probable de diabetes mellitus tipo 2 en población de etapa adulta mayor respecto el adulto.

En el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, no existen estudios realizados, a pesar de una demanda de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. No hay un control adecuado del paciente por su padecimiento además el poco soporte familia en acudir al consultorio, participar en la charlas y talleres, ausencia del cuidado entre otros.

Esta enfermedad, es un problema de salud pública para nuestro país, que con lleva un gasto al sector salud, el médico de hoy en día, trata al paciente como un individuo biológico, sin tener en cuenta la influencia de los factores psicológico, culturales y sociales del individuo. Además no se considera muchas veces la participación de la familia.

La evaluación de la funcionalidad familiar evaluará los problemas de un mal control de tratamiento del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, entonces las familias funcionales no tendrán descompensación de la enfermedad y aquella familia disfuncional moderada o severa existirá una descompensación continua del paciente.

La dinámica familiar es la suma de factores psicológicos, sociales y de comportamiento que tiene el paciente. Se identifica la expectativa que tiene sobre su enfermedad, el apoyo de la familia. La familia se considera el soporte más importante en un paciente con diabetes mellitus tipo 2, creemos que hay una estrecha relación entre la descompensación de un paciente y los demás integrantes de la familia.

## **1.2 Formulaciones del problema**

¿Existe asociación entre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento en control en diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral 2017?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre la disfunción familiar y adherencia al tratamiento en control en diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la adherencia al tratamiento en control de diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

Determinar el nivel de funcionalidad familiar de diabetes tipo 2 de adultos mayores Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

El trabajo es realizado, debido que la diabetes mellitus tipo 2 es considerado un problema del estado, que trae un elevado costo económico. El paciente, desde el momento que adquiere la enfermedad, presenta complicaciones tempranas y tardías que incrementan la morbilidad y mortalidad, por lo cual el estado se hace responsable de ello.

La persona que lo adquiere, causa un gasto al sector salud para el manejo de la enfermedad como: su tratamiento, evitar la progresión y otras complicaciones tardías que se agregan.

Existen estudios que han podido describir que el control correcto de la glucosa en sangre evita la aparición de complicaciones micro y macrovasculares. Además, hubo una relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y su control de la patología (tipo de tratamiento, su forma de administración, forma de estilo de vida).

Para ello, el control integral del adulto mayor debe ser una participación multisistémica del personal de salud con apoyo familiar, sobre todo del cuidador. Los integrantes de la familia tienen una influencia importante sobre el control de la enfermedad, el hecho que el paciente tenga en su entorno familiar conflictos internos donde la funcionalidad de la familia está alterada, eso afectará en la adherencia y/o control de la glucosa. Luego de chequeo integral, tiene que realizarse el seguimiento a su entorno que participan en el cuidado. Se orienta al paciente dando conocimientos específicos de su condición.

El estudio, brindara identificar los daños individuales y familiares preexistente, además de ayudar a beneficiar en el autocuidado del paciente, en la modificación del estilo de vida y que esto sea permanente; especialmente en la no variación de su tratamiento para evitar las complicaciones tardías ya mencionada y darle mejor calidad de vida al paciente.

Los resultados obtenidos de la investigación permitirán un mejor manejo de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, una reestructuración de servicio de atención médica y considerar la funcionabilidad familiar como un aspecto importante para el control de la patología. Este beneficio será para principalmente los adultos mayores con la enfermedad. Así también los servicios médicos y los programas que tienen a su responsabilidad las enfermedades crónicas.

#### **1.4.2 Viabilidad**

Es viable porque se cuenta con el recurso humano y los materiales necesarios; así como con la autorización de las autoridades del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral y no hay problemas éticos para esta investigación.

#### **1.5 Limitación**

La adherencia a la medicación es considerada un problema muy frecuente donde además de la ingesta de medicamentos, también se le tiene que agregar una dieta adecuada, con un plan alimentario adecuado a su padecimiento y un adecuado estilo de vida.

Los resultados nos pueden servir para posteriores estudios en poblaciones más grandes. No se encontraron muchos estudios en nuestro país y podríamos tener que permitan comparar con otras poblaciones de Latinoamérica y España.

El tratamiento del adulto mayor con enfermedad crónica endocrina no considera por lo usual o el involucramiento de la familia para mejorar el control y la evolución de la enfermedad. Los resultados de esta investigación podrían servir además para mejorar las intervenciones a esta enfermedad y la influencia del familiar para el beneficio del paciente.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Troncoso C, et al. en 2010 publicaron una investigación sobre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa y la adherencia al tratamiento, se empleó un estudio descriptivo donde se encontraron que los factores como económico, el inadecuado estilo de vida y la falta de ejercicios del paciente, influyeron en la no adherencia del tratamiento. Concluyeron que no hay adherencia al tratamiento de paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos de forma ambulatoria <sup>(10)</sup>.

Ávila L, et al. en 2013 publicaron una investigación sobre el soporte familiar y el control de diabetes mellitus tipo 2, se empleó un estudio correlacional donde se encontraron que el 62% de la población presenta un buen control de glucosa y ellos tenían un soporte familiar alto, en comparación de aquellos paciente con mal control de glucosa que tenían soporte familiar medio o bajo, y esto tuvo un valor de  $p = 0.06$ . Concluyeron que el soporte familiar influencia en el control de la enfermedad <sup>(11)</sup>.

Helena L, et at. en 2009 publicaron una investigación sobre la adherencia al tratamiento en adultos mayor y la funcionabilidad familiar se empleó un estudio transversal donde se encontraron: la edad promedio fue 66.4años, 52.6% vienen de una familia nuclear de los cuales el 42.6% viene de una familia disfuncional leve, el 94% tiene una comorbilidad agregada pero de ese grupo el 66.6% no presenta complicaciones. Por otro lado 47.3% no tuvo ni un soporte familiar y el 79.3% presenta adherencia al tratamiento. Concluyeron que las familias nucleares o aquellas familias con disfunción familiar leve presenta adherencia al tratamiento, en la medida en que se incrementa la disfunción familiar aumenta el riesgo de mal control (OR = 1.3 para familias disfunción leve y 7.0 para familias de disfunción moderada/severa,), al igual que la complejidad del tratamiento (OR = 7. 2 para terapia oral combinada y 17. 8 para cualquier terapia con insulina) <sup>(12)</sup>.

Antonio C, en 2009 publicó un estudio sobre la adherencia al tratamiento y el estilo de la vida del paciente se empleó un estudio descriptiva donde se encontró: 50% de los paciente hombres y el 33.3% de mujeres no había adherencia al tratamiento médico, los pacientes de sexo masculino tiene menor frecuencia en la asistencia a la consulta externa de la atención primaria y poco conocimiento de la enfermedad, 50% de los hombres y el 3.3% de la mujeres presenta más de 2 complicaciones tardías. Concluyó que las cifras se debe al poco saludable estilo de vida provocando una mala evolución clínica de este padecimiento, además de un sistema sanitario donde no está incluida en programas de prevención secundaria y terciaria la diabetes mellitus tipo 2<sup>(13)</sup>.

Marcela C, et al. en 2010 publicaron una investigación sobre el tipo de funcionalidad de las familias en paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial compensando o descompensando se emplearon un estudio descriptivo donde se encontraron que aquellos pacientes que tiene disfunción familiar moderada o severa tiene mayor riesgo de tiene descompensación ya sea en enfermedad de hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Concluyeron que los paciente con disfunción modera-severa tienen 21 veces más riesgo de sufrir eventos descompensatorios <sup>(14)</sup>.

Silvia R, et al, en 2010 publicaron un investigación sobre funcionamiento familiar y relación con su estilo de vida emplearon un estudio cuantitativa donde se encontraron que el 35.7% de las personas que tienen un estilo de vida adecuado presenta una funcionabilidad familiar adecuada, el 17,9% de la población estudiada presenta disfunción familiar moderada y el 3,6% de la población presenta disfunción familiar severa. Concluyeron que existe asociación entre el estilo de vida y funcionalidad <sup>(15)</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

### **La diabetes mellitus tipo 2**

Es considera una enfermedad insidiosa irreversible y asintomática. La patogénesis se debe porque hay una resistencia a la insulina debido una disfunción parcial o total del páncreas donde traerá como consecuencia la resistencia de insulina, junto con un defecto de la excreción de la misma

hormona. La incidencia de esta enfermedad aumenta conforme llegamos la etapa adulta mayor, es más frecuente en América Latina por los diferentes factores de riesgo que desarrollan como es obesidad, sedentarismo, síndrome metabólico, dislipidemia y otras comorbilidades <sup>(16)</sup>.

## **El diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2**

Se emplean los siguientes criterios:

- Glucosa en ayunas mayor e igual de 126 mg/dl al azar en 2 días diferentes o glucosa precedidas de 8h en ayunas.
- Glucosa en cualquier momento del día que sea mayor igual a 200 mg/dl que puede estar acompañada con poliuria, polidipsia poliuria, polidipsia, pérdida de peso Inexplicable.
- Glucosa mayor e igual de 200 mg/dl luego de darle 75 gramos de glucosa con o sin ausencia de síntomas ya mencionado<sup>(17)</sup>.

## **El adulto mayor**

Es toda persona que tiene una edad superior del 60 años, tomando una relación entre el envejecimiento y la esperanza de vida de la persona<sup>(19)</sup>.

## **Control del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2**

El sistema de salud se encarga del diagnóstico, el tratamiento y la educación primaria y secundaria. La participación del cuidador y demás familiares durante su evaluación integral será continua. Se evaluará su capacidad funcional, su estado clínico y físico, complicación agudas o crónicas que presenta durante la enfermedad <sup>(18)</sup>. Durante el control del paciente intervienen factores psicosociales como: estrés, conflictos intrafamiliares, trabajo entre otros que puede influenciar en la cuantificación de la glicemia. El paciente adulto mayor a veces toma su enfermedad como un factor que afecta la estabilidad de la familia y eso imposibilidad la adherencia del tratamiento <sup>(25)</sup>

## **La familia**

Todo los individuos que viven bajo un mismo habitad es considerado familia. Es un grupo natural, único con funciones y necesidades básicas. La socialización como función, permite al sujeto tener una identidad y posición diferente a otros miembros de esa sociedad (21,22).

## **El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2**

El tratamiento de la enfermedad, es controlar la glucosa en sangre evitando las complicaciones tardías más frecuente como son: la neuropatía diabética, retinopatía diabética, pie diabético, nefropatía diabético o lesión de vasos arteriales. Para eso se prioriza una buena calidad de vida al adulto mayor y así evitar descompensación aguda como son hiper/hipoglicemia u otras complicaciones tardías con la finalidad de disminuir la mortalidad del paciente. Las formas de lograr las metas de control de glucosa es modificar el estilo de vida, evitar el sedentarismo, consumo de agua, actividades física considerando un mínimo de 30 minutos en 5 días por semanas y el uso de antidiabéticos oral o caso de daño hepático insulina <sup>(23, 24)</sup>.

## **El cuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2**

La persona que estará a su lado durante el progreso de la enfermedad, causara aumento de trabajo, de estrés y participación en su terapia del familiar enfermo. El cuidador es importante ya que constituye el principal apoyo del paciente <sup>(26)</sup>. Existe una relación entre el envejecimiento con cambios físicos y psicosociales que se agregara a los signos y síntomas propia de la enfermedad, esto aumentara la dependencia del adulto mayor, su aumento discapacidad y aumento de morbilidad y mortalidad por lo cual el cuidador estará presente.

## **Funcionalidad familiar**

El instrumento utilizado es el APGAR FAMILIAR, evaluará la familia de forma sistemática e identificará también los riesgos que puede presentar. Evaluará situaciones básicas de la función familiar: adaptación a los miembros de la

familia, su grado de participación como miembro de la familia, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Este instrumento de fácil acceso, tiene una gran utilidad como respuesta a la necesidad que tienen respecto a los riesgos encontrados. El instrumento se puede utilizar por personas con poca educación, es de corto tiempo. Tendremos una sumatoria de 5 parámetros donde cada parámetro vale 0 al 4, teniendo una sumatoria de 0 – 20 puntos por los 5 parámetros evaluados que permitirá la baja o alta satisfacción del funcionamiento familiar <sup>(28)</sup>.

### **Adherencia al tratamiento**

Se define como un comportamiento adquirido de la persona con la participación de la familia van a cumplir con lo prescrito por el médico. El sector salud serán los encargados de darle seguimiento continuo al paciente con una atención integral donde siempre pedirá el apoyo principalmente del cuidador. Se evaluará con una variables: cumplidor /no cumplidor, adherencia / no adherencia. Es una evaluación cuantitativa donde al paciente “cumplidor “ es aquel que ingiere los medicamentos en un 80 - 100% la dosis que se ha prescrito y aquel que es considerado “ no cumplidor “ son aquellos que ingiere medicamento menor al 80% de lo prescrito por el médico.<sup>(29)</sup>.

### **Test de Morisky-Green-Levine**

Es una evaluación que consta 4 preguntas simples como

- a) ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
- b) ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- c) Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- d) Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?. Se responderá con SI - NO

Las personas con adherencia contestaran las 4 preguntas en negación y quienes contesta 1 – 3 pregunta si son considerados persona no adherentes <sup>(3,4)</sup>.

### 2.3 Definiciones conceptuales

**Diabetes mellitus:** Es una enfermedad crónica irreversible caracterizado por la elevación de la glucosa por causa de la disfunción de la glándula pancreática lo cual resulta una alteración en la secreción insulina <sup>(16)</sup>.

**Disfunción familiar:** Se define como un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas<sup>(22)</sup>.

**Adherencia al tratamiento:** Es el comportamiento de la persona donde va a tener sugerencias realizada por el medico tanto para el paciente y el apoyo de la familia. El sector salud serán los encargados de darle seguimiento continuo al paciente como: Asistir a las cita médica que se le programara en el consultorio y /o hospital, indicar la toma de medicamentos de forma correcta, indicar la participación de la familia con el soporte familiar y el apoyo en su cambio de estilo de vida, y por ultimo realiza su control periódico y tamizaje de sus complicaciones tardías <sup>(9)</sup>.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de hipótesis

El proyecto no requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo.

### 3.2 Variables y operacionalización

| Variable            | Definición  | Tipo por su naturaleza | Indicador   | Escala de medición | Categorías y sus valores   | Medio de verificación |
|---------------------|---|------------------------|---|--------------------|--|-----------------------|
| Disfunción familiar | Alteración de la dinámica familiar y parámetros básicos de la función familiar. | Cuantitativo           | Actividades y conductas dentro de la familia.<br>Puntuación de la adaptación familiar.<br>Puntuación la Participación familiar.<br>Puntuación de la ganancia o crecimiento familiar.<br>Puntuación del Afecto de la familia.<br>Puntuación de los Recursos de la familia. | Razón              | Familia funcional<br>Puntaje mayor a 6                           | Historia Clínica      |
|                     |   |                        |   |                    | Familia disfuncional leve /moderada<br>: Puntaje de 4 a 6 puntos |                       |
|                     |   |                        |   |                    | Familia disfuncional grave:<br>Puntaje de 0 a 3 puntos           |                       |

|                            |   |             |   |       |   |                  |
|----------------------------|---|-------------|---|-------|---|------------------|
| Adherencia al tratamiento. | Sigue las indicaciones médicas del tratamiento de la enfermedad que padece suscritas por el médico. | Cualitativo | Puntuación con "0" ó "1" según corresponda la respuesta a la pregunta | Razón | Puntaje de mayor a 1: Adherente al tratamiento. | Historia Clínica |
|                            |   |             |   |       | Puntaje 0: adherente al tratamiento.            |                  |

## **CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

El tipo de estudio es cuantitativo

Diseño de estudio:

- Según la intervención del investigador: estudio observacional.
- Según el alcance que tienen de demostrar una relación causal: descriptivo.
- Según las mediciones de las variable(s) de estudio: transversal.

### **4.2 Diseño muestral**

La población del universo son todos los pacientes diabéticos adultos mayores que han tenido atención en el servicio de medicina familiar del Hospital Aurelio Díaz ufano en el año 2017 según los registrados.

La población de estudio son todos los pacientes diabéticos adultos mayores atendidos al Hospital Aurelio Díaz ufano 2017.

El tamaño de muestra y muestreo según el investigador tiene de conocimiento que el número de la población total (aproximadamente 200 adultos mayores diabéticos) es número accesible a recolectar en su totalidad. Es por ello que no es necesario el cálculo del tamaño de muestra, ni muestreo.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes diabéticos de etapa adulto mayor.

#### **Criterios de exclusión**

- Registros (historia clínica o sistema informático) incompletos
- Pacientes adultos mayores atendidos por primera vez por diabetes.
- Registro de segunda o más atenciones de los pacientes en el periodo de estudio.

### **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

Registraremos los datos de glicemia en ayunas, edad, peso. También la participación de la familia en su tratamiento del paciente. De estos datos serán obtenidos de las historias clínicas extraída de archivos y/o sistema informático del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral de los pacientes acudieron a consultorio externo de Medicina Familiar. Los datos serán registrados en forma correspondiente en una ficha de recolección de datos de uso propio del investigador.

### **4.4 Procesamiento y análisis de los datos**

La información registrada serán organizados en un programa llamado Excel versión 2016. Luego, esta información registrada será exportada al Stata versión 13.0. Existen 2 variables: cualitativas y cuantitativas:

- La variable cualitativa serán expresadas en frecuencias absolutas y relativas: glicemia en ayunas.
- La variable cuantitativa son las actividades y conductas dentro de la familia.

### **4.5 Aspectos éticos**

El proyecto será evaluado por la organización de investigación perteneciente de la universidad encargada. Se garantiza la confidencialidad de la información recolecta en el Hospital Aurelio Díaz Ufano de los pacientes registrados en consulta externa; ya que los datos a registrar y reportar no dan la posibilidad de poder atentar contra la privacidad del paciente son información extraída de la historia clínica registrada durante la consulta médica.

## CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES   | MES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   | E   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Presentación del proyecto de investigación              | X   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Investigación bibliográfica                             |     | X | X | X |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Solicitud de historias clínicas                         |     |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |
| Investigación de otros estudios                         |     |   |   |   |   | X | X |   |   |   |   |   |
| Procedimiento   |     |   |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |
| La información de los estudios registrarlos en la ficha |     |   |   |   |   |   |   |   | X |   |   |   |
| Análisis de los datos                                   |     |   |   |   |   |   |   |   |   | X | X |   |
| Elaboración del informe final                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |
| Entre del trabajo de investigación realizada            |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |

## PRESUPUESTO

| CONCEPTO               | MONTO ESTIMADO(SOLES) |
|------------------------|-----------------------|
| Material de escritorio | 80.00                 |
| Soporte especializado  | 500.00                |
| Empastado de tesis     | 120.00                |
| Transcripción          | 500.00                |
| Impresiones            | 300.00                |
| Logística              | 230.00                |
| Refrigerio             | 60.00                 |
| TOTAL                  | 1790.00               |

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. American Diabetes Association. Definición y descripción de la Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*; ADA 2012; 35 (Supp 1).
2. The American Geriatrics Society. Diabetes in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012; Volume 60, Issue 12, pages 2342–2356.
3. García F. Metodología de estudios del incumplimiento terapéutico. Fundación Lilly, 2001:39-41.
4. García, y et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia* 2000; Vol. 1, N° 1.
5. Gigoux L, y et al. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Publica* 2010; Vol 14 (2-3): 238-270.
6. Marcela C, Carlos R. Family functionality in diabetic and hypertensive patients compensated and decompensated. *Theoria*2010; Vol. 19 (1): 41-50
7. Valadez I, Aldrete R, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II". *Salud Pública Méx* 1993; Vol. 35(5):464-465.
8. Jeannette R. La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético? Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno abril del 2005.
9. Germán S, Esmeralda G, Jaime O. Adherencia Al Tratamiento Implicaciones De La No-Adherencia. *Acta Médica Colombiana* 2005; Vol. 30 N° 4.
10. Troncoso C, Delia De, Carolina R. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2, *Rev. Costa Salud Pública* 2013; 22: 9-13 N.º 1– Vol. 22.
11. Avilés L, Domingo C, Rosa R, Lubia V. 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.

12. Helena L, Carlin B, José V. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx* 2009; Vol. 145 No. 6, 469 – 479.
13. Antonio C, José C , Santiago D. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 567-575
14. Marcela C, Carlos R. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *ISSN* 2010; Vol. 19 (1): 41-50.
15. Reyes S, Olga V, Karina O, Mercedes C. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca. *Rev. Aporte Santiaguino* 2010; 3(2): 214-221.
16. Gabriela G. Tratamiento de la Diabetes en el Paciente Mayor. *Rev. med. clin. Condes* 2009; 20(5) 635 – 638.
17. García G, Díaz R. Diabetes Mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* 2005; 13 (7): 207-210.
18. Pérez L, Díaz C, Pérez L, Torres M, Díaz V. Características clínico, epidemiológicas de la diabetes mellitus en el adulto mayor. Policlínico Universitario Luís A Turcios Lima. *Rev Ciencias Médicas* 2011; 15(2): 11
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. Lima, noviembre de 2012
20. Martínez C. La familia y las necesidades psicológicas del niño. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993; 9(1):67-8.
21. Arés M. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico–Técnica; 2010.
22. Goday A, Franch J, Mata M. Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2. *Med Clin* 2004; 123(5):187-197

23. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Tratamiento no farmacológico de la DM2. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2006; 14(3): 117-119.
24. Soria T, Ávila D.Vega Z, Nava C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Año xvi 2012; Núm. 26
25. López M, et al. Disfunción familiar del paciente diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284
26. García, et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de Familia 2000; Vol. 1, N° 1.

## ANEXOS

### 1. Matriz de Consistencia

| Título   | Pregunta de Investigación  | Objetivos  | Tipo y diseño de estudio   | Población de estudio y procesamiento de datos   | Instrumento De recolección |
|--|--|--|--|---|----------------------------|
| Relación de disfunción familiar y adherencia al tratamiento en control en diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral 2017 | ¿Existe asociación entre la disfunción familiar y la adherencia al tratamiento en control en diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral 2017? | Determinar la asociación entre la disfunción familiar y adherencia al tratamiento en control en diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. | Es un estudio No experimental es decir observacional porque observamos al grupo de estudio no intervenimos en el resultado, de tipo analítico. | El tipo de estudio es cuantitativo<br>Diseño de estudio:<br>-Según la intervención del investigador:<br>estudio observacional.<br>-Según el alcance que tienen de demostrar una relación causal:<br>descriptivo.<br>Según la mediciones de las variable (s) de estudio:<br>transversal. | Historia Clínica           |