



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD AMAKELLA. LIMA, 2022”

“FAMILY FUNCTIONALITY AND ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN ELDERLY ADULTS WITH DIABETES MELLITUS AT THE AMAKELLA HEALTH CENTER. LIMA, 2022”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

AUTOR

PIERINA ASTRID PAREDES GONZALES

ASESOR

JOSE ARGENTINO NESTARES ROJAS

LIMA – PERÚ

2022

RESUMEN

Introducción: En la última década, la Diabetes Mellitus se ha posicionado como una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia en el mundo, trayendo consigo, complicaciones y consecuencias que no solo afectan al enfermo sino también al entorno familiar. Por ello, es de importancia contar con un adecuado funcionamiento familiar que garantice el apoyo frente a esta condición y su manejo mediante la adherencia terapéutica. *Objetivo:* Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con Diabetes Mellitus en el Centro de Salud Amakella. *Metodología:* Se realizará una investigación de tipo observacional, transversal y analítico; en el cual, se hará uso de dos instrumentos previamente validados. El cuestionario APGAR familiar y el cuestionario de Morisky-Green para medir la adherencia al tratamiento farmacológico. *Plan de análisis:* Los datos serán procesados y analizados en el programa STATA vs.17. *Aspectos éticos:* Se presentará al Comité Institucional de Ética en Humanos (CIE) para solicitar la aprobación para ejecución.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Adherencia, Funcionalidad Familiar (DeCS).

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan el 70% como la principal causa de muerte a nivel mundial. Dentro de estas, se consideran a las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer y diabetes (1).

La diabetes mellitus (DM) ha incrementado su prevalencia del 4,7% en 1980 al 8,5% en el año 2014, afectando a 422 millones de adultos a nivel mundial, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La literatura menciona, que 1 de cada 11 adultos en todo el mundo tiene diabetes y ésta se convierte en la causa del 11% de las muertes anuales (2). Esta condición afecta negativamente la esperanza de vida y la calidad de vida; siendo una de las principales etiologías de las complicaciones macro y microvasculares que dan lugar a la insuficiencia renal, infarto de miocardio, ceguera, accidente cerebrovascular y amputación de extremidades (3,4). En el Perú, el 31,5% de los infartos agudos de miocardio y el 25% de los accidentes cerebrovasculares tienen como causa en común a la DM; mientras que, las infecciones, las urgencias de diabetes y los trastornos cardiovasculares son las causas de ingreso hospitalario con una prevalencia menor al 10% (5).

LeRoith D. y cols, recomienda que en los pacientes de 65 años o más con diabetes, se debe evaluar el estado general de salud del paciente y los valores personales antes de la determinación de las metas y estrategias del tratamiento (6,7), basadas en la evidencia, como el manejo del estilo de vida y la terapia con medicamentos, y la identificación y el manejo de comorbilidades comunes y complicaciones relacionadas con la diabetes (6,7). A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos y ensayos históricos que establecen los beneficios de un control estricto de la glucemia; la evidencia destaca que muchos adultos que viven con diabetes: menos del 50 % conoce su nivel de control glucémico, el 63 % conoce su presión arterial y solo el 22 % conoce su nivel de colesterol. Las pautas enfatizan que todos los pacientes deben recibir educación formal para el autocontrol de la diabetes y apoyo continuo; pero *menos del 7 %* de los adultos con seguro privado reciben educación y capacitación para el autocontrol dentro del primer año después del diagnóstico (8). El control glucémico deficiente está significativamente asociado con complicaciones clínicas, y es desencadenado por factores que incluyen, entre otros, la edad, los hábitos dietéticos, el comportamiento del ejercicio, el índice de masa corporal, la duración de la DM, y la adherencia a los medicamentos prescritos (9-11).

La falta de adherencia contribuye al empeoramiento de la enfermedad, al aumento de los ingresos hospitalarios y al alto costo médico (12); sin embargo, se caracteriza por tener un comportamiento complejo relacionado y dependiente de muchos factores de riesgo intrínsecos del paciente y extrínsecos (contextuales) (13). La evidencia sugiere que un miembro de la familia puede contribuir o amortiguar los efectos nocivos del estrés en el control glucémico (13, 14). Khosravizade, et al. (13) menciona que el apoyo familiar antes y después de la intervención ($P < 0,001$) aumentó a $10,9 \pm 8,84$ después

de la intervención; concluyendo que, la instrucción de apoyo familiar basada en las necesidades educativas de los miembros de la familia puede mejorar la adherencia a la medicación a través de un efecto directo. Mientras que, Mayberry, et al. concluye que las conductas de falta de apoyo de los miembros de la familia se asociaron con una menor adherencia al régimen de medicamentos para la diabetes ($\rho = 0,44$, $P < 0,001$). (14)

Los miembros de familias solidarias pueden tener comportamientos más saludables, una mayor adherencia a los medicamentos y niveles más bajos de estrés que podrían explicar sus mejores resultados (15-17). Iloh, et al. encontró que las tasas de funcionamiento familiar saludable, adherencia a la medicación y control glucémico fueron del 90,8 %, 72,5 % y 61,7 %, respectivamente (16). En este sentido, que para lograr efectos positivos en la atención del paciente con diabetes se debe involucrar a la familia del paciente (18-20).

Un estudio realizado en Perú en el 2012, estimó la prevalencia de diabetes en una población urbana y suburbana estratificada a nivel nacional seleccionada por muestreo aleatorio por conglomerados de 1677 personas mayor o igual a 25 años, representativas de una población de 10.860.000; encontrándose una prevalencia de diabetes del 7,0 % que afecta a 763 000 personas, con un 4,2 % de diabetes diagnosticada y un 2,8 % de casos nuevos de diabetes. La prevalencia fue mayor en la región de la costa (8,2 %) que en la región andina (4,5 %) o la selva (3,5 %); además, la mayor prevalencia de diabetes fue en la población adulta mayor (10,6%) y en los analfabetos (18,8%) (5).

De acuerdo a la distribución de la prevalencia de DM en nuestro país (5), es posible que la función familiar puede tener efectos beneficiosos o perjudiciales en el resultado de la diabetes (6,7,13,14,16). En los estudios de LeRoith D (6), Sudore R(7), Khosravizade, et al. (13), Mayberry, et al. (14), Iloh, et al. (16) se concluye que la función familiar influye en la adherencia al tratamiento farmacológico de este tipo de pacientes (16,19); por ello, es importante contar con una línea base para que surjan intervenciones; tales como planes y programas, que permitan fortalecer el cuidado integral de la salud de estos pacientes. Por ello, el propósito de estudio será determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella. Lima, 2022.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella. Lima, 2022.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas en los adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella.
2. Identificar la funcionalidad familiar en los adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella, mediante el cuestionario APGAR familiar.
3. Describir la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella, mediante el cuestionario de Morisky Green.
4. Relacionar grado de funcionalidad y adherencia adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos mayores con Diabetes Mellitus del centro de salud Amakella.

3. MATERIAL Y MÉTODO

a. Diseño del estudio:

Se realizará una investigación de tipo observacional, analítico y transversal.

b. Población:

La población estará conformada por los pacientes adultos mayores diagnosticados con Diabetes Mellitus que reciben atención médica en el centro de salud Amakella; en el periodo de Abril 2022 a Mayo del 2022.

c. Muestra:

La muestra estará conformada por 151 adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus sin comorbilidades que reciben atención en el centro de salud Amakella; y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. El reclutamiento de la muestra será de tipo aleatorio, considerando que acuden un promedio diario de diez pacientes.

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la proporción de adherencia al tratamiento farmacológico de 45% y de funcionalidad familiar de 29% (parámetros tomados del artículo base) (21); cuyo valor fue reemplazado en la fórmula para estimar una proporción en población finita ($N=250$); considerándose un nivel de confianza del 95%. Se optó por el tamaño de muestra que generó el mayor tamaño (obtenido con los

valores de la adherencia al tratamiento farmacológico). Se realizará un muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión:

Pacientes adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus (glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl, hemoglobina Glucosilada HbA1c mayor o igual de 6,5 %) sin comorbilidades que reciben atención en el Centro de Salud Amakella; con edades comprendidas entre 60 a 85 años y con un tiempo de diagnóstico mayor de 6 meses.

Criterios de Exclusión:

Pacientes que presenten dependencia funcional o deterioro cognitivo que limite su capacidad de entender y completar el cuestionario (Evaluación cognitiva de montreal)(6); asimismo, pacientes que presenten complicaciones debidas a la Diabetes Mellitus que será evaluado durante la consulta por un médico especialista.

Pacientes que no deseen participar en la investigación.

d. Definición Operacional de variables:

Variable	Dimensiones	Definición Operacional	Tipo	Escala De Medición	Valores
Funcionalidad Familiar	Adaptación Participación Gradiente de recursos Afectividad Capacidad resolutive	Percepción de la funcionalidad familiar del adulto mayor medida a través del APGAR familiar.	Cualitativa	Ordinal	Normal Leve Moderada Severa

Adherencia al tratamiento farmacológico	-	El paciente será considerado adherente si responde No-Si-No-No al cuestionario de Morisky Green	Cualitativa	Nominal	Adherente No Adherente
Edad	-	Medida en años cumplidos, del tiempo que tiene viviendo una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	De Razón	Años
Sexo	-	Características biológicas y anatómicas de un ser humano.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Estado civil	-	Circunstancia personal en la que se encuentra una persona en relación a otra.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Conviviente Viudo
Grado de instrucción	-	Grado educativo más alto que ha alcanzado.		Nominal	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnica Superior
Persona con quién vive	-	Persona con quien comparte la vivienda.	Cualitativa	Nominal	Pareja Hijo(a) Nieto (a)

e. Procedimientos y técnicas:

En el presente estudio, se utilizará como método la encuesta estructurada. Para la selección de los participantes se aplicarán los

criterios de inclusión y exclusión planteados. Previo al llenado de la encuesta, se solicitará la participación voluntaria del adulto mayor a través de un consentimiento informado (Anexo 02). Si el adulto mayor no acepta participar, no será considerado en la muestra.

En la fase de la recolección de datos, se empleará un cuestionario teniendo como técnica la entrevista presencial; el cuál será entregado en la zona que corresponde a la sala de espera del centro de salud Amakella; a los pacientes que asisten a consulta externa y que reciben atención médica.

Para medir el grado de funcionalidad familiar se utilizará el APGAR familiar (Anexo 03) cuyas dimensiones son: la participación, la adaptación, la gradiente de recursos, la capacidad resolutive y la afectividad. La puntuación a cada una de las respuestas será dada mediante una escala de Likert con un valor numérico que va del 1 al 5 según las siguientes categorías: (0) Nunca, (1) Casi Nunca, (2) Algunas veces, (3) Casi Siempre y (5) Siempre.

Este instrumento ha sido previamente validado, mostrando un índice de correlación de 0.80 (21, 22); para asegurar la confiabilidad del instrumento antes de ser aplicado para medir la funcionalidad familiar en los estudios de Áviles (21) y Pahuara (22); como parte de una prueba piloto previa a la fase ejecución. Asimismo, su uso es aplicable en diferentes estratos socioeconómicos y en diferentes contextos socioculturales; ya que, es capaz de proporcionar datos que indican la integridad de componentes importantes relacionados con la función familiar. Para el tipo de percepción del funcionamiento familiar: Total 10 puntos (5 ítems) que se categorizan de la siguiente manera: Funcionalidad normal (17-20 puntos), Disfunción leve (13-16 puntos), Disfunción moderada (10-12 puntos) y Disfunción Severa (menor de 9 puntos).

Para medir la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizará el cuestionario de Morisky - Green (Anexo 04). Este test presenta 04 preguntas que proporciona información sobre los motivos del incumplimiento; las cuales, se realizan entremezcladas con la conversación y manteniendo la cordialidad. Las alternativas de respuesta son: "Sí" o "No" en todas las preguntas. Se considerarán pacientes con adherencia al tratamiento farmacológico a quienes contestan "NO", "SÍ", "NO" y "NO". A quienes contestan de manera contraria en una sola pregunta, se considerarán pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico.

Este cuestionario, se caracteriza por ser un método validado y usado para múltiples enfermedades crónicas (20,23,24,25,26). Es conciso, fácil de aplicar, económico, tiene un alto valor predictivo positivo y no requiere un nivel sociocultural alto para su comprensión. Desde que el cuestionario fue introducido, ha sido utilizado y validado en varias investigaciones a nivel internacional, y a nivel nacional, como en los estudios de Áviles L.(21) y Barra F.(23).

f. Aspectos éticos del estudio:

Este estudio de investigación será revisado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; para solicitar su aprobación y proceder a la respectiva ejecución. Una vez obtenida la autorización, se emitirá una copia al centro de salud Amakella.

Los adultos mayores que participen en esta investigación, podrán solicitar su exclusión en el momento que deseen, respetando el principio de autonomía. La información registrada será manejada para los fines del presente estudio manteniendo la confidencialidad de los participantes. En caso, de divulgación del artículo científico y/o informe final, no se expondrá información que identifique a los participantes.

g. Plan de Análisis:

Los datos serán codificados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, para posteriormente, ser operacionalizados en el programa STATA vs.17.0 con licencia para MAC Ios. El nivel de significancia será del 5%, con un intervalo de confianza del 95%.

Las variables cualitativas serán expresadas en frecuencias y porcentajes; mientras que, para establecer la relación entre las variables se utilizará la Prueba de Chi cuadrado de Pearson. Se asumirá la relación estadísticamente significativa cuando el valor p es menor que 0.05.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gong JB, Yu XW, Yi XR, Wang CH, Tuo XP. Epidemiology of chronic noncommunicable diseases and evaluation of life quality in elderly. *Aging Med (Milton)*. 2018;1(1):64-66.
2. Msyamboza KP, Mvula CJ, Kathyola D. Prevalence and correlates of diabetes mellitus in Malawi: population-based national NCD STEPS survey. *BMC Endocr Disord*. 2014;14 (41): 1-6.
3. Kanter JE, Bornfeldt KE. Impact of Diabetes Mellitus. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2016; 36(6):1049-53.
4. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, Heinemann L, Schleicher E. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019;127(S 01):S1-S7.
5. Villena J. Diabetes Mellitus in Peru. *Ann Glob Health*. 2015; 81(6): 765-775.
6. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, Casanueva FF, Draznin B, Halter JB, Hirsch IB, McDonnell ME, Molitch ME, Murad MH, Sinclair AJ. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(5):1520-1574.
7. Sudore RL, Karter AJ, Huang ES, Moffet HH, Laiteerapong N, Schenker Y, Adams A, Whitmer RA, Liu JY, Miao Y, John PM, Schillinger D. Symptom burden of adults with type 2 diabetes across the disease course: diabetes & aging study. *J Gen Intern Med*. 2012;27(12):1674-81.
8. Gonzalez JS, Tanenbaum ML, Commissariat PV. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *Am Psychol*. 2016;71(7):539-551.
9. Radwan M, Elsous A, Al-Sharif H, Abu Mustafa A. Glycemic control among primary care patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2018:3-14.
10. Onwuchuluba EE, Oyetunde OO, Soremekun RO. Medication Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Exploration of Barriers and Facilitators From Socioecological Perspectives. *J Patient Exp*. 2021;8:1-8.
11. Ahmad NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:525–30.
12. Onwuchuluba E, Soremekun R, Oyetunde O. Medication adherence and influencing factors in patients with type 2 diabetes attending a tertiary hospital in South-West Nigeria. *J Clin Sci*. 2019;16:138–43.
13. Khosravizade H, Madarshahian F, Khoshniat Nikoo M, Hassanabadi M, Mahmoudirad G. Impact of family support improvement behaviors on anti-diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *J Diabetes Metab Disord*. 2014;13(1):113.
14. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1239-45.

15. García D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract.* 2011;28:4–11.
16. Iloh G. Family Functionality, Medication Adherence and Blood Glucose Control Among Ambulatory Type 2 Diabetic Patients in a Nigerian Hospital. *J Basic Clin Pharm* 2017;8:149-153.
17. Ramírez LDH, Soto AF, Valenzuela CLC. Factors influencing glycemic control in patients with diabetes type II in Mexican patients. *J Fam Med* 2016;3:1061.
18. Iloh GUP, Amadi AN, Ebirim CIC. Type 2 diabetes mellitus in ambulatory adult Nigerians: Prevalence and associated family biosocial factors in a primary care clinic in Eastern Nigeria: A cross-sectional study. *British Journal of Medicine & Medical Research* 2015;9:1-12.
19. Takenaka H, Sato J, Suzuki T. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med* 2013;7:13.
20. Baig AA, Benitez A, Quinn MT. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann NY Acad Sci* 2015;1353:89-112.
21. Avilés L. Asociación entre grado de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 del centro médico metropolitano del cusco, 2020 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Cusco: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Andina del Cusco, 2021.
22. Pahuara M. Percepción de la funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar en adultos mayores del centro de salud Conde de la Vega Baja, Cercado de Lima – 2018 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada de Enfermería]. Lima: Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”. Universidad Nacional Federico Villarreal, 2019.
23. Barra F. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con Diabetes Mellitus en 7 localidades de la Costa de Perú [Tesis para optar el grado de Maestro en Diabetes y Obesidad con mención en Manejo Nutricional]. Lima: Escuela de Postgrado Victor Alzamora Castro. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018.
24. Lee WY, Ahn J, Kim JH, Hong YP, Hong SK, Kim YT, Lee SH, Morisky DE. Reliability and validity of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea. *J Int Med Res.* 2013;41(4):1098-110.
25. Wang Y, Lee J, Toh MP, Tang WE, Ko Y. Validity and reliability of a self-reported measure of medication adherence in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med.* 2012;29(9):e338-44.
26. Martinez P, et al. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Aten Primaria.* 2021;53(2):101942.

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO					
MATERIALES					
N°	Especificación	Financiación	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
1	Hojas Bond A4	Personal	1000	28	56
2	Lapiceros	Personal	50	1	70
3	USB	Personal	3	25	90
4	Folder	Personal	5	1.5	14
5	Tablero	Personal	5	20	20
SUBTOTAL					250

N°	Especificación	Financiación	Costo Total (S/.)
1	Copias	Personal	50
2	Estadístico	Personal	900
3	Gasolina	Personal	500
4	Otros	Personal	150
5	Materiales	Personal	230
TOTAL			1830

ACTIVIDAD	2022							
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag o
Búsqueda Bibliográfica	X							
Elaboración del Proyecto	X							
Presentación para su aprobación		X						
Correcciones de proyecto		X						
Recolección de datos			X	X	X			
Análisis y discusión						X	X	
Elaboración de Informe							X	
Presentación de resultados								X
Informe Final								X

ANEXOS

ANEXO 01 TAMAÑO DE MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra, se aplicaron los datos en la fórmula para estimar una proporción; la cual, se realizó en una calculadora de Excel del sistema Fistera. Se utilizaron los datos del artículo base.

$$n = \frac{Z_a^2 * p * q}{d^2}$$

- $Z_a^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada (en este caso $45\% = 0.45$)²¹
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.45 = 0.55$)
- $d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%)
-

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar casilla en blanco)	250
Nivel de Confianza o Seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	45%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	151

* Justificación: Se realizó el cálculo del tamaño de muestra utilizando la proporción de adherencia al tratamiento farmacológico de 45% y de funcionalidad familiar de 29% que figura en el artículo base (21). Se optó por el tamaño de muestra que generó el mayor tamaño (obtenido con los valores de la adherencia al tratamiento farmacológico).

ANEXO 03

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)

Estimado paciente adulto(a) mayor, soy egresada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Estoy realizando mi trabajo de investigación titulado: “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus del centro de salud Amakella. Lima, 2022”. Los datos que Ud. Brinda serán de carácter ANÓNIMO, exclusivas para la investigación.

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____ años

Estado civil: Soltero (), Casado (), Conviviente (), Divorciado (), Viudo ()

Grado de instrucción: Sin instrucción (), Primaria (), Secundaria (), Técnica (), Superior ()

Con quien vive: Pareja (), Hijo(a) (), Nieto (a) ()

Por favor responda con total sinceridad los datos solicitados y las respuestas serán tratadas en forma anónima y de manera confidencial. Coloque un aspa (X) en el número que describe cómo se siente generalmente ante la situación planteada:

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a. El tiempo para estar juntos. b. Los espacios en la casa. c. El dinero.					

LEYENDA: Nunca (N), Casi Nunca (CS), Algunas Veces (AV), Casi Siempre (CN), Siempre (S)

ANEXO 04

CUESTIONARIO DE MORISKY - GREEN

Estimado paciente adulto(a) mayor, soy egresada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Estoy realizando mi trabajo de investigación titulado: “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus del centro de salud Amakella. Lima, 2022”. Los datos que Ud. Brinda serán de carácter ANÓNIMO, exclusivas para la investigación.

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN		
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez su medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar su medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez se siente mal, ¿Deja de tomar su medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>