



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DE UN HOSPITAL NACIONAL DE
LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional en Psicología con mención en
Psicología Clínica

Autora:

Morales Apolinario, Norka Julissa

Asesora:

Aguirre Morales, Marivel Teresa
(ORCID: 0000-0002-0680-2616)

Jurado:

Castillo Gomez, Gorqui Baldomero
Mendoza Huaman, Vicente Eugenio
Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Lima - Perú

2022



Referencia:

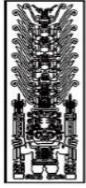
Morales, N. (2022). *Funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5736>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DE UN HOSPITAL NACIONAL DE
LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y Psicología Educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología

Clínica

Autora:

Morales Apolinario, Norka Julissa

Asesora:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Jurados:

Castillo Gomez, Gorqui Baldomero

Mendoza Huaman, Vicente Eugenio

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

A Dios, a mis padres y hermanos por su soporte emocional y apoyo incondicional.

Agradecimiento

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, a mis docentes, por su paciencia y dedicación en mi formación académica y profesional.

A la Dra. Marivel Aguirre, Dr. Edmundo Hervias y Dr. Dennis López por su orientación y asesoría en este proceso de investigación.

A la Lic. Vanesa Narrea, asesora de internado, por alentarme a realizar esta investigación, destacando la importancia de la familia en la adherencia al tratamiento.

A los pacientes del programa de diabetes, que sin duda esto no hubiera sido posible gracias a su colaboración desinteresada.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Indice	iv
Lista de tablas	vi
Lista de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
I. Introducción	11
1.1. Descripción y formulación del problema.....	12
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos.....	31
1.4. Justificación	32
1.5. Hipótesis	33
II. Marco teórico	35
2.1. Funcionamiento familiar.....	35
2.1.1. Factores que intervienen en el funcionamiento familiar	39
2.1.2. Modelos explicativos del funcionamiento familiar	42
2.1.3. Funcionamiento familiar en paciente con diabetes mellitus.....	44
2.2. Adherencia al tratamiento	46
2.2.1. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento.....	47
2.2.2. Modelos explicativos de la adherencia al tratamiento.....	49
2.3. Funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento	52
III. Método.....	54

3.1.	Tipo de investigación.....	54
3.2.	Ámbito temporal y espacial	54
3.3.	Variables	54
3.4.	Población y muestra.....	55
3.5.	Instrumentos.....	57
3.6.	Procedimientos.....	59
3.7.	Análisis de datos	60
3.8.	Consideraciones éticas	60
IV.	Resultados.....	62
V.	Discusión de resultados.....	95
VI.	Conclusiones.....	107
VII.	Recomendaciones	108
VIII.	Referencias	109
IX.	Anexos.....	120

Lista de tablas

N° de Tabla.....	Pág.
Tabla 1 Distribución según variables sociodemográficas de los pacientes del programa de diabetes	56
Tabla 2 Validez de constructo por correlación ítem – categorías de test de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes	63
Tabla 3 Confiabilidad del Test de Funcionamiento familiar FF-SIL y sus categorías en los pacientes del programa de diabetes.....	64
Tabla 4 Validez de constructo por correlación ítem – dimensión de la Escala de Adherencia al Tratamiento de diabetes mellitus tipo II en los pacientes del programa de diabetes	65
Tabla 5 Análisis de confiabilidad de la Escala de Adherencia al Tratamiento de diabetes mellitus tipo II en los pacientes del programa de diabetes	71
Tabla 6 Pruebas de ajuste a la normalidad para el Test de funcionamiento familiar y la Escala de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes	72
Tabla 7 Distribución de tipo de funcionamiento familiar según variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes.....	74
Tabla 8 Diferencias de medias de funcionamiento familiar y categorías según el sexo en los pacientes del programa de diabetes.....	76
Tabla 9 Diferencias de medias funcionamiento familiar según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes.....	76
Tabla 10 Distribución del nivel de adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes.....	81

Tabla 11 Diferencias de medias de adherencia al tratamiento según sexo en los pacientes del programa de diabetes	85
Tabla 12 Diferencias de medias de las dimensiones de Adherencia al tratamiento según sexo en los pacientes del programa de diabetes	86
Tabla 13 Diferencias de medias de adherencia al tratamiento según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes	87
Tabla 14 Diferencias de medias de los factores de Adherencia al tratamiento; según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes	89
Tabla 15 Correlación de Rho de Spearman entre las categorías de funcionamiento familiar y factores de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes	93

Lista de figuras

N° de Figura.....	Pág.
Figura 1. Distribución del tipo de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes	73
Figura 2. Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes	79
Figura 3. Dispersigrama de la relación entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes.....	91

**Funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en pacientes del programa
de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana**

Universidad Nacional Federico Villarreal

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 134 pacientes con diabetes mellitus tipo II (109 mujeres y 25 varones), a los cuales se les administró el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Escala de Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (EATDM-III). Los resultados obtenidos mostraron que la mayor proporción estaba entre las edades de 51 a 70 años (64.9%), el tiempo de diagnóstico era de más de 9 años (41%) y la percepción de apoyo familiar en el tratamiento provenía solo de hijo/as (29.9%) y la ausencia de apoyo familiar en el tratamiento (29.9%). Asimismo, prevaleció el tipo de funcionamiento familiar funcional (43%) y el nivel de adherencia al tratamiento medio (73%). En cuanto a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes, se encontró un $Rho = .613$ y $p < .001$, concluyendo que existe una correlación positiva, alta y significativa entre ambas variables de estudio.

Palabras clave: funcionamiento familiar, adherencia al tratamiento, relación, diabetes mellitus tipo II.

**Family functioning and adherence to treatment in patients of the diabetes program
of a national hospital in Metropolitan Lima**

Federico Villarreal National University

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between family functioning and adherence to treatment in patients from the diabetes program of a national hospital in Metropolitan Lima. The study was quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional. The population consisted of 134 patients with type II diabetes mellitus (109 women and 25 men), who were administered the Family Functioning Test (FF-SIL) and the Treatment Adherence Scale in patients with type II diabetes mellitus (EATDM-III). The results obtained showed that the highest proportion was between the ages of 51 to 70 years (64.9%), the time of diagnosis was more than 9 years (41%) and the perception of family support in the treatment came only from the son / daughter. as (29.9%) and the absence of family support in treatment (29.9%). Likewise, the type of functional family functioning prevailed (43%) and the average level of adherence to treatment (73%). Regarding the relationship between family functioning and adherence to treatment in patients in the diabetes program, a $Rho = .613$ and $p < .001$ were found, concluding that there is a positive, high and significant correlation between both study variables.

Keywords: family functioning, adherence to treatment, relationship, type II diabetes mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

La familia cumple un rol importante en el proceso de salud – enfermedad, por ser el entorno inmediato en el que se encuentra el paciente con una enfermedad crónica. Acorde con ello, dependiendo del tipo de funcionamiento familiar, ésta podría favorecer o no en los niveles de adherencia al tratamiento.

En nuestro contexto, la información acerca de la relación entre estas variables resulta aún escasa desde la concepción de la psicología clínica y de la salud, es decir, los niveles óptimos de adherencia al tratamiento se atribuyen a otros factores. Motivo por el cual, se buscó aportar y profundizar en el rol que cumple la familia y el tipo de funcionamiento familiar en esta problemática.

En el primer capítulo; se presentará el planteamiento del problema, posteriormente se expondrá la revisión de antecedentes internacionales y nacionales. Y con ello, se plantearán los objetivos de investigación, hipótesis y justificación del estudio.

En el segundo capítulo; se mostrará una revisión exhaustiva de las bases teóricas del funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento, los cuales servirán de fundamento en la explicación de ambos fenómenos.

En el tercer capítulo; se expondrá la metodología de investigación, dando a conocer el tipo de investigación, población y sus características, los instrumentos para la recolección de datos, el procedimiento con el cual se llevó a cabo la investigación y el procesamiento de los datos.

En la última sección, se presentará los resultados entorno a las propiedades psicométricas de los instrumentos, la distribución de los datos, los estadísticos descriptivos y medias de funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas y la correlación entre las variables, luego se procederá a contrastarlos con la teoría y antecedentes de investigación. Finalmente se plantearán las conclusiones y recomendaciones para investigaciones futuras.

1.1. Descripción y formulación del problema

La diabetes mellitus es una enfermedad grave, no transmisible y crónica. En la actualidad, es uno de los problemas más grande para la salud pública, por los elevados costos económicos que acarrea debido al incremento de casos y las cifras en mortalidad. (Federación internacional de Diabetes [FID], 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que, a nivel mundial, en 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de defunciones. Además, 1 de cada 11 adultos de entre 20 a 79 años tiene diabetes (463 millones de personas), también 1 de cada 5 personas con diabetes está por encima de los 65 años (136 millones de personas); y lo más preocupante es que 1 de cada 2 adultos no está diagnosticado (232 millones de personas). Por consiguiente, en el año 2040, se estima que el número de casos a nivel mundial alcanzará los 109 millones de personas. (FID, 2019).

En América del Sur y Central la población afectada es de 32 millones (FID, 2019). Mientras que, en el Perú, la diabetes es la octava causa de muerte y la prevalencia de diabetes tipo II en el año 2017, de entre 20 a 79 años, era de 1, 130, 800 personas, de los cuales el

número de muertes ascendía a 7,129 peruanos. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019). Asimismo, el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus tiende a ser mayor en las mujeres (4,8%) que en los hombres (4,1%), encontrándose predominantemente en la Costa (5,2 %). (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020).

Uno de los factores que se asocia al incremento exponencial de estas cifras, se relaciona a niveles bajos o ausencia de adherencia al tratamiento, entendido como aquel proceso activo que asume el paciente para el cumplimiento de factores psicológicos y socioambientales, los cuales se basan en las características de la enfermedad. Según la OMS (2004) las cifras de no adherencia al tratamiento en pacientes que padecen enfermedades crónicas bordean el 50%, es decir, solo la mitad de las personas se adhieren al tratamiento. En Perú, Castillo (2017) sostiene que la falta de adherencia se sitúa entre el 30 y el 51% en los pacientes con diabetes que toman antidiabéticos orales, y cerca del 25% en pacientes insulinizados.

El funcionamiento familiar es la dinámica relacional sistemática entre los miembros del sistema familiar, que se da a través de la cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. (Ortega et al., 1999). Así también Minuchin (como se citó en Aguilar et al., 2018) señala que el funcionamiento familiar involucra una dinámica adecuada, la cual se refleja cuando los objetivos o funciones de la familia se cumplen a fin de mantener el equilibrio del sistema.

Bajo estas premisas, múltiples son los eventos que desencadenan desequilibrio en la familia, alterando de esa manera su funcionamiento, siendo un causal una de las enfermedades crónicas que más aqueja a nuestra sociedad, la diabetes mellitus tipo II; puesto que la familia se verá en la necesidad de reorganizar su funcionamiento y sus miembros orientar sus esfuerzos

a mantener el balance, y no solo eso, sino también a proveer cuidado en la salud para la ingesta de medicación, control médico, cambios en la alimentación, actividad física, higiene y autocuidado, etc.; todo ello, por tanto, contribuirá en que el paciente se adhiera a su tratamiento. (Zenteno, 2015).

En consecuencia, un adecuado funcionamiento familiar actuará como un factor determinante para el buen control de la enfermedad y cumplimiento de las indicaciones del tratamiento. Tal como lo menciona, Mendizábal y Pinto (2006) si el funcionamiento familiar es funcional, se ejecutarán conductas tales como; acompañamiento en el control de la glucosa periódicamente, vigilar el consumo del medicamento o administración de insulina, ayudar al paciente a desarrollar una sensación de autocontrol sobre la enfermedad, no aislar al diabético sino darle apoyo emocional y motivarlo a hablar del tema, de sus temores e interrogantes; conductas que definen y van en línea con la adherencia al tratamiento.

En este contexto, el paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, se encuentra inmerso dentro de un sistema familiar que se encuentra modificándose bajo un proceso de enfermedad, de ahí se deriva la importancia de analizar el funcionamiento familiar y su relación con la adherencia al tratamiento.

Considerando que, a través de los resultados del análisis entre estas dos variables, se contribuirá en el entendimiento del factor familia en términos de funcionamiento y cómo esta influye en la adherencia al tratamiento. Así también, la investigación permitirá determinar los niveles de dichas variables asociadas a datos sociodemográficos como el sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en el tratamiento de la diabetes mellitus, para así contribuir tanto a nivel académico como en las líneas de acción a nivel internacional y nacional.

En este escenario, surge la iniciativa de responder ¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

En la literatura a nivel internacional, se ha investigado la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento, dichos estudios pretendieron describir las variables en una población en específico.

El estudio más reciente corresponde a Becerra y Villegas (2021) quienes tuvieron como objetivo conocer la funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar Número 78. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 336 pacientes, a quienes se aplicaron los instrumentos con variables sociodemográficas, la Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL). En relación con la funcionalidad familiar, se apreció una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la disfunción familiar, siendo una tensión arterial promedio 130/78mmHg en el grupo que calificó para familia severamente disfuncional. Respecto al tiempo de evolución, se observó una tendencia al aumento en años de diagnóstico con relación a la disfuncionalidad familiar, teniendo un promedio de 10.2 años de evolución. Así mismo, el 89.6% mostró una alta adherencia al tratamiento y el 10.42% una adherencia moderada. La escala FF-SIL mostró una frecuencia de 54% con familia funcional, 37.2% moderadamente funcional, 7% disfuncional y 0.9%

severamente disfuncional. El estudio mostró que existe una relación inversamente proporcional entre la funcionalidad familiar (aumento de disfuncionalidad) y adherencia al tratamiento ($p=0.232$).

También Romero et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre funcionamiento familiar y el grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo II. La investigación fue correlacional y transversal. Se contó con una muestra de 286 pacientes hospitalizados en una institución de segundo nivel. Se aplicó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y la Escala Meggit-Wagner. Los resultados mostraron que predominó el sexo masculino (60.8%), las personas casadas (54.9%) y obreros de ocupación (38.1%), además la hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad de mayor incidencia (65.7%). En relación con las variables de estudio, 52.4% de los participantes mostraron funcionalidad familiar balanceada y el grado de lesión con mayor predominio fue el grado I (40.6%). Se concluyó que la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de presentar un mayor grado de lesión del pie diabético (OR de 10.0, $p < 0.0001$).

En cuanto a las variables que influyen en la adherencia al tratamiento, Barrios (2019) buscó identificar los factores socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud T-III. El estudio fue de tipo observacional y descriptivo-transversal. La muestra estuvo integrada por 171 pacientes. Se aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus II (EATDM-III) para medir la adherencia al tratamiento, de los cuales solo 71 pacientes (42%) lograron una adecuada adherencia al tratamiento siendo de estos el 25% mujeres. Se encontró también que 43.8% de las mujeres presentó buen apoyo familiar, con relación a solo 29.8% en el caso de los hombres. Se concluyó que, los coeficientes de correlación entre las dimensiones con la escala general

permitieron detectar relación, resaltando la importancia de las dimensiones de control médico, la dieta y el apoyo familiar, de este último encontrando que el 75% de pacientes obtuvieron un adecuado apoyo, en su mayoría las mujeres con 43.8%. Se destaca el presente estudio por considerar entre diversos factores, el apoyo familiar como determinante de la adherencia al tratamiento.

Así también, Balcázar et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de identificar si existía relación entre la funcionalidad familiar, el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo II, así mismo indagar si la adherencia terapéutica es predicha por dichas variables. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes, 38 mujeres y 22 hombres, a los cuales se les aplicó el APGAR Familiar, el MOS para evaluar apoyo social y la Escala de Adherencia Terapéutica en enfermedades crónicas. Se encontró que el 90% de los participantes presentan disfunción severa y 10% una disfunción moderada. En el caso del apoyo social percibido, 25% perciben poco apoyo, 55% uno de tipo moderado y un 20% perciben que su apoyo social es alto. Los resultados de la correlación revelaron una relación positiva entre el funcionamiento familiar y la adherencia terapéutica ($r = .518$; $p = .00$). Concluyeron que, mediante la regresión de las variables predictores de adherencia, sólo el apoyo familiar permite explicarla.

De modo similar, en otras enfermedades crónicas, Aguilar et al. (2018) en su investigación tuvieron como objetivo determinar la relación entre adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas crónicas del Hospital General de Zona 46. El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 300 pacientes con linfoma, mieloma y leucemia. Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos y el Cuestionario de

Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Los resultados mostraron que predomina el sexo masculino (40.5%), entre las edades de 31 a 45 años (42.2%) en el nivel de adherencia terapéutica moderada (76.2%). Asimismo, la funcionalidad familiar que prevaleció fue la moderadamente funcional, la cual es mayor en el sexo masculino (50.6%), entre los 31 a 45 años (22.6%) y dicho sector forma parte de una familia nuclear. Se concluyó que existe relación en cuanto a la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica ($p=.000$).

Por otro lado, Meléndez et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de describir las características sociodemográficas e identificar el nivel de conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero. El diseño fue correlacional y descriptivo. La muestra la conformaron 59 pacientes, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario DKQ24 para medir el conocimiento de la enfermedad y la Escala de Adherencia al Tratamiento a diabetes mellitus tipo II (EATDM-III). Los resultados mostraron que el promedio de edad fue de 60 años, el 57.6 % mujeres y el promedio de tiempo de diagnóstico fue de 8 años. En relación con las variables de estudio, el 71.2 % de los pacientes tuvo un nivel insuficiente de conocimiento de la enfermedad y la media de adherencia al tratamiento fue de 63.61. Se concluyó que no hay evidencia estadística para demostrar relación entre las variables tiempo de diagnóstico con adherencia al tratamiento ($r = -.128$; $p = .344$) y tiempo de diagnóstico con conocimiento de la enfermedad ($r = -.040$; $p = .770$).

Asimismo, Ibarra (2017) realizó un estudio que tuvo como objetivo analizar la percepción de la funcionalidad familiar y sus efectos en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. La investigación fue de tipo cuantitativo, correlacional y de corte

transversal. La muestra fue no probabilística y la conformaron 41 pacientes adultos mexicanos de ambos sexos, de entre 18 y 64 años. Se utilizó el cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) y el Cuestionario de Adherencia Terapéutica de Martín, Bayarre y Grau (MBG). Se concluyó que existe una correlación negativa significativa entre el factor de cumplimiento del tratamiento y los factores de la funcionalidad familiar, entre ellas la resolución de problemas ($r=-0.316$, $p=0.044$). Así también, se evidenció una relación negativa y significativa entre el factor de relación transaccional y patrones de control de conducta ($r=-0.330$, $p=0.035$).

También, Torres (2017) realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el apoyo familiar, la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo II. El estudio fue no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 330 personas de 20 a 80 años. Se aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento de diabetes mellitus (EATDM-III), se solicitó el último resultado de glucosa capilar del mes y al familiar del paciente se le aplicó el instrumento para evaluar el Apoyo Familiar al paciente. Se encontró correlación significativa entre la adherencia global al tratamiento con apoyo familiar real ($r= .211$) y percibido ($r=.773$), sin embargo, no hubo relación con control glucémico ($p > .05$). Además, se halló correlación entre apoyo familiar percibido con adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico ($r=.371$, $r=.201$) respectivamente.

Así mismo, Alulima (2016) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar, la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus II que asisten al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora. La investigación fue correlacional y descriptiva. La muestra estuvo conformada por 60

pacientes ecuatorianos, a los cuales se les aplicó el cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), el WHOQOL-BREEF que identifica los factores de riesgo dentro de la salud integral del paciente diabético y la Escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus II (EATDM III). Los resultados indicaron que un 58,3% presentan una regular adherencia al tratamiento y un 21,7% refleja que existe una adherencia moderada al tratamiento. También el 50% de la población presenta un ambiente familiar moderadamente funcional, mientras que el 25% presentaron niveles de disfuncionalidad familiar, concluyendo que ello incide en la salud integral y adherencia al tratamiento de los pacientes involucrados.

En cuanto a similares características de la población en relación con enfermedades crónicas, Goya et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de comparar la relación entre la funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento en personas que padecen enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. El método de la investigación fue observacional - analítico. Se aplicaron el test Morisky Green para medir adherencia al tratamiento y el cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Los participantes presentaron una edad media de 59 años, de los cuales el 54.2% fueron hombres, 66.7% procedían del área urbana, 50% con estado civil casado, el 43.8% con instrucción de bachillerato incompleto, únicamente el 10.4% tenían menos de un año en tratamiento dialítico y el 81.3%, presentaban comorbilidades preexistentes, tanta diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se concluyó que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar con la adherencia terapéutica (χ^2 : 33,56; $p < 0,05$; V Cramer: 0,83).

Mientras que, Aguilar y Medel (2016) en su investigación tuvieron como objetivo identificar la asociación entre adherencia terapéutica con funcionalidad familiar y estilo de vida actual en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de la UMF 75. La muestra fue

conformada por 240 pacientes, de los que se recopilaron sus datos generales y aspectos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico); así como covariables (control glucémico, tiempo de evolución y complicaciones microvasculares). Se recolectó los datos mediante el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, el Estilo de Vida Actual mediante cuestionario IMEVID y la Escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus tipo II (EATDM- III). Los resultados mostraron que 103 familias fueron moderadamente disfuncionales, 119 pacientes presentaron un estilo de vida poco saludable y 102 pacientes una adherencia terapéutica media. Se concluyó que, hay asociación entre familias disfuncionales y estilo de vida poco saludable con adherencia baja, con un nivel alfa igual 0.05 y un intervalo de confianza del 95%.

Asimismo, Gudiño y Tituaña (2016) realizaron su estudio con el objetivo de identificar las características familiares en cuanto a estructura, funcionalidad, redes de apoyo, crisis normativas y no normativas, ciclo vital individual y familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la diabetes mellitus tipo II. Fue un estudio de corte transversal, en el que participaron 272 pacientes los cuales acudían al Centro de Salud Atuntaqui. Se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas, el test de Morisky-Green para evaluar la adherencia al tratamiento y para las características familiares se aplicó el familiograma, test de APGAR y ecomapa. Se encontró que el mayor porcentaje de participantes fueron mujeres representado por el 69%, el 36% de la población estudiada presentó adherencia al tratamiento farmacológico y el 20% al no farmacológico, así también el 40.07% presentó funcionamiento familiar funcional, 37.50% disfunción leve, 14.71% disfunción moderada y 7.72% disfunción severa. Respecto a las características familiares, se evidenció que el 100% de las familias ampliadas, con hijos pequeños y sin redes de apoyo no se adhieren a dicho tratamiento. Concluyeron que existe relación positiva entre apoyo familiar y adherencia al

tratamiento farmacológico y no farmacológico, con un valor de ($p=0.001$), es decir que, el no tener apoyo familiar es factor de riesgo para la no adherencia del tratamiento.

También, Zenteno (2015) realizó una investigación con el objetivo de analizar la influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo II. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, predictivo y transversal. La muestra fue conformada por 170 personas, seleccionados mediante el análisis de potencia, no probabilística por conveniencia. Para la recolección de datos, se aplicó la cédula de Factores Sociodemográficos Personales y Familiares (CFSDPF), la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (EE-FF) y la Escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus tipo II (EATDM-III). Se concluyó que, a mayor funcionamiento familiar, mayor adherencia al tratamiento terapéutico ($r= .269$, $p=.001$), y a mayor funcionamiento familiar menores niveles de glucosa en sangre ($r= -.195$, $p= .011$).

Por último, Javier (2014) realizó una investigación con el objetivo de conocer la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo II. El estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo. La población fue de 255 pacientes, a los cuales se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y para medir la adherencia al tratamiento el test de Morisky-Green. Se encontró un 44.7% con funcionalidad familiar y un 55.3% sin funcionalidad familiar; asimismo, se observó que el área más afectada fue la comunicación con 99.1%, el área menor afectada fue el apoyo con 68.4% y las áreas con menor disfunción fueron; autoridad 16.7%, supervisión 33.3%, afecto 4.2%, apoyo 4.2%, conducta disruptiva 4.2% y recursos 4.2%. En relación con la adherencia al tratamiento, el 68.6% no tuvo adherencia y el 31.4% sí presentó

adherencia. Se concluyó que la disfunción familiar tiende a influir en la adherencia al tratamiento expresada en una probabilidad de 45%.

Estos estudios revelan descriptiva y cuantitativamente, en primera instancia la adherencia al tratamiento como un problema de salud pública a nivel internacional. Y en segunda instancia, que tal condición, se encuentra mediada por diversos factores; destacando la importancia del apoyo social y dentro de ella, la función relevante de la familia y su funcionamiento, el cual tendría un rol de factor protector.

A nivel nacional, la investigación más reciente corresponde a Avilés (2021) quien en su estudio buscó asociar el grado de disfunción familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo II del Centro Médico Metropolitano de Cusco. Este fue un estudio de diseño no experimental y transversal de tipo correlacional. La muestra la conformaron 190 pacientes. Se recolectó los datos a través de llamadas telefónicas, por encuesta virtual en formulario de Google donde se utilizó el APGAR familiar y el Test de Morisky- Green modificado por Val Jiménez. Se evidenció que el 71% de los pacientes presentaron una funcionalidad normal, de los cuales el 45% tuvo una adherencia al tratamiento farmacológico y el 55% no tuvo adherencia al tratamiento farmacológico. El 29% presentó disfunción familiar, de este grupo el 100% no presentó adherencia al tratamiento farmacológico. De ahí se concluyó que, existe asociación entre grado de disfunción familiar y adherencia al tratamiento farmacológico ($X^2=36,604$, coeficiente de contingencia=.402, $Rho=.433$, $p=0,05$).

En relación con los factores asociados a la adherencia al tratamiento, Acuña y Huamancayo (2019) en su investigación tuvieron como objetivo evaluar el conocimiento sobre

diabetes mellitus tipo II, la funcionalidad familiar y la depresión asociados a la adherencia terapéutica en adultos del programa de diabetes del CAP-UNHEVAL del Hospital II Essalud. El estudio fue de tipo no experimental, de diseño transversal y analítico. La muestra se obtuvo por cálculo probabilístico y fue conformada por 172 huanuqueños. Para la recolección de datos, se usó el cuestionario de datos demográficos, patológicos y clínicos, el Cuestionario de Adherencia de Morisky, el test de conocimiento sobre diabetes, el APGAR familiar y la escala de HADS para medir depresión. Se obtuvo como resultados que el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 fue no aceptable 86%, se obtuvo un 95.9% con una mala función familiar y un 90.2% de depresión. En el análisis bivariado de las variables se encontró que aquellos pacientes con conocimiento inadecuado presentan 2.03 veces más probabilidad de tener mala adherencia en comparación a quienes tienen un nivel de conocimiento aceptable ($p=0,00$; $RP=2,3$; IC 95%). También, en cuanto a la funcionalidad familiar, aquellos pacientes con disfunción familiar tienen 7.83 veces más la probabilidad de presentar mala adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que presentan una buena función familiar ($p=0,00$; $RP=7.83$; IC 95%).

En esa misma línea, Maqui (2019) realizó un estudio para determinar la relación entre adherencia al tratamiento de la diabetes con la funcionalidad familiar según factores socioeconómicos y culturales en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II del Hospital I Albrecht. El presente estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. La muestra la conformaron 100 pacientes, seleccionados a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos se les aplicó el APGAR familiar y el test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que, un 49% de los pacientes presentaron funcionalidad familiar normal, un 25% de los mismos con disfunción familiar leve y de moderada a más un 20%; además, solo el 34% presentó adherencia al tratamiento. Según los factores económicos, hay relación entre la situación económica familiar, disfuncionalidad

familiar severa y la adherencia al tratamiento ($p<0.05$). Respecto a los factores culturales, se evidenció una relación entre el grado de instrucción, la disfuncionalidad familiar severa y la adherencia al tratamiento ($p<0.05$). Por último, se concluyó que, existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar ($\chi^2=.04$).

En relación con otras variables asociadas a la adherencia al tratamiento, Martínez (2018) realizó una investigación con el objetivo de conocer si existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos del Hospital Hipólito Unanue. El tipo de investigación fue no experimental, de origen transversal y correlacional. La población la conformaron 160 pacientes del programa de diabetes tipo I y II e hipertensión, cuyas edades oscilaban entre los 26 y 79 años. La recolección de datos fue a través del Inventario de Depresión de Beck II y la Escala de Adherencia al Tratamiento EATDM-III. Se encontró que, el nivel de depresión que prevalecía era entre moderado a grave; así mismo el mayor nivel de adherencia al tratamiento era medio 88.13%, seguida de baja 10% y alto 1.88%. Se concluyó que existe relación entre la depresión y la adherencia terapéutica ($p=0.004$).

Machaca (2018) investigó con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Mi Perú. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y con un diseño no experimental de corte transversal. Se contó con una población total de 70 pacientes, a los cuales se les aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (EATDM-III). Los resultados obtenidos indicaron que solamente el 32,9 % son adherentes al tratamiento y cumplen con lo recomendado. Así mismo, en la dimensión de ejercicio físico el 57.1% no presenta adherencia, en tanto en la dimensión de control y salud la no adherencia es de 67.1% y en dieta la no adherencia es de

68.6%. Este estudio permite conocer cifras que muestran la realidad problemática de la no adherencia al tratamiento en nuestro contexto nacional y a nivel de Lima Metropolitana.

También, Ochavano (2018) realizó una investigación con el objetivo de identificar el nivel de adherencia terapéutica en el paciente con diabetes mellitus tipo II en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. El diseño de estudio fue no experimental y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 171 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (EATDM – III). Se encontró que, el nivel de adherencia al tratamiento se distribuye en un 36.8% siendo este el nivel bajo, 35.1 % correspondiente al nivel alto y un 28.1% en el nivel medio. Así también, respecto a las dimensiones; en el de dieta predomina el nivel medio 35.7%. En la dimensión de ejercicio físico, la mayor proporción presentó un nivel de adherencia bajo 44.4%. El nivel de la dimensión control médico prevaleció en el nivel medio 43.9%. En la dimensión de organización y apoyo comunal, el nivel que predominó fue nivel bajo 40.9%. En la dimensión de higiene y autocuidado el nivel que resaltó fue el medio 50.3%. En la dimensión de valoración de la condición física, los pacientes en su mayoría presentaron adherencia en un nivel medio 80.1%. Por último, la dimensión de apoyo familiar, el nivel que predominó fue el bajo con un 45.6%, seguido del nivel medio con un 31.0% y un nivel alto representado por el 23.4%.

De modo similar, en relación con el diseño de la investigación y bajo el contexto de las enfermedades crónicas, Porras (2018) realizó una investigación con el objetivo de determinar si existe relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Materno Infantil. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal. La población estuvo compuesta por 60 pacientes con tuberculosis pulmonar. Para la recolección de datos, se aplicó el test de Morisky Green y

APGAR familiar instrumentos que midieron la adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar respectivamente. Los resultados mostraron que, los pacientes con adherencia representaban el 53% y sin adherencia el 47%. Por otro lado, predominó una buena funcionalidad familiar 47%, seguido de disfunción severa 25%, disfunción leve 15% y disfunción moderada 13%. Se concluyó que existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis ($p=.000$).

Por otro lado, Soto (2018) en su estudio tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La investigación fue de enfoque cuantitativo, no experimental y de corte transversal. La muestra fue conformada por 947 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (EATDM-III). Los resultados arrojados mostraron que el 66% de pacientes no se adhiere al tratamiento y un 34% si muestra adherencia. Además, el 83% de pacientes no se adhieren al tratamiento en la dimensión de ejercicio físico, el 70% de los pacientes en la dimensión dieta, un 60% en la dimensión de higiene y autocuidado y un 58% tampoco se adhiere al tratamiento en la dimensión de control médico.

Respecto a otros estudios directamente relacionados a esta investigación, se tiene a Condori y Cruz (2017) quienes tuvieron como objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en paciente con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Honorio Delgado. La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño correlacional, tipo descriptivo y corte transversal. La muestra fue conformada por 194 pacientes arequipeños. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta, entrevista e instrumentos como el test de APGAR familiar y el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

(MBG). Los resultados mostraron que los pacientes perciben disfunción familiar leve 29.4%, buena función 27.3%, disfunción moderada 24.2% y disfunción severa 19.15%. En cuanto a la adherencia al tratamiento, prevaleció en el grado parcial 73.2%, total 22.2% y no adherencia 4.6%. Se concluyó que, existe una relación altamente significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento ($\chi^2=96,857$ y $p=0.000$); de ahí que, a mejor funcionalidad familiar mejor adherencia al tratamiento.

Asimismo, Lozada (2017) en su estudio buscó analizar los determinantes sociodemográficos y culturales asociados a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes del Hospital Provincial Docente Belén. La investigación fue de diseño no experimental, descriptiva y correlacional. Se realizó un muestreo no probabilístico, aleatorio al azar simple, del cual se obtuvo una muestra de 82 pacientes. Se utilizó un cuestionario donde se recogió la información de edad, sexo, estado civil y grado de instrucción, así mismo el test del APGAR familiar y el test de Morisky-Green para medir la adherencia al tratamiento. Se obtuvo que, los pacientes de 54 a 67 años representan el 45% de la población, de los cuales el 14% son adherentes al tratamiento y el 8% tienen familias funcionales. El 60% de la población son del sexo femenino, donde el 14% de esta población fueron adherentes al tratamiento y el 8% tienen familias funcionales. También, las personas de sexo masculino representaron el 40%, donde el 12% tienen adherencia al tratamiento y el 9% tienen familias funcionales. Sobre el estado civil, la mayor proporción corresponde a las personas casadas quienes representan el 60% de la población, de los cuales el 14% son adherentes al tratamiento y el 6% tienen familias funcionales. Finalmente, las personas con grado de instrucción secundaria completa representan el 32% de la población en estudio de la cual el 19% son adherentes al tratamiento y el 8% tienen familias funcionales. Se concluyó que, existe relación de una intensidad moderada entre el funcionamiento familiar y la

adherencia al tratamiento, en la cual intervienen los determinantes sociodemográficos y culturales.

También, Rivera (2017) en su investigación tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos del área de emergencia del Hospital Nacional "Luis N. Sáenz". La investigación fue de tipo no experimental, correlacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes, 49 varones y 46 mujeres, la mayoría con edades de entre 60 a 69 años y el tipo de esquema de tratamiento más común fue la metformina. Se recolectaron datos demográficos, se aplicó el test de Morisky-Green-Levin y el APGAR Familiar. Los resultados indicaron que, el 40% de los pacientes presentaron disfunción familiar leve y el 15.8% presentaron adherencia terapéutica. La presencia de percepción de disfunción familiar y sus aspectos como; participación ($p=.013$), ganancia ($p=.033$) y afecto ($p=.002$) influyeron en la adherencia al tratamiento.

En relación con otros factores asociados, Muñante (2016) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación del nivel de conocimiento sobre su enfermedad y la funcionalidad familiar con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Hospital Regional de Ica. El estudio fue de tipo no experimental, observacional, transversal y prospectivo. Se contó con una muestra de 202 participantes a quienes se les aplicó un Cuestionario de Conocimiento sobre la Diabetes, el test de Morisky Green y el APGAR familiar. Los resultados mostraron que respecto al nivel de conocimiento sobre su enfermedad el 10% tiene un conocimiento no adecuado, un 76.7% tiene un conocimiento intermedio y solo un 12.9% tiene conocimientos adecuados. De acuerdo con los resultados del APGAR familiar el 11.9% tienen disfunción familiar severa, 14.9% disfunción familiar moderada, 27.2% tiene

disfunción familiar leve y el 46% tienen buena función familiar. En cuanto a la adherencia terapéutica se encontró que el 58.4% presentó una mala adherencia al tratamiento y un porcentaje de 41.6% tuvieron una buena adherencia al tratamiento. Además, se evidenció que la adherencia terapéutica tiene relación con el conocimiento sobre su enfermedad ($p=.02$) y la funcionalidad familiar ($p=.001$), mostrando como factores de riesgo el bajo conocimiento y una disfunción familiar para la adherencia terapéutica. Esta investigación muestra el rol que desempeña el funcionamiento familiar como un factor protector para óptimos niveles de adherencia al tratamiento.

Por último, Gonzales (2015) en su estudio tuvo como objetivo evaluar si el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y funcionalidad familiar están asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos en el Hospital Militar Central. El estudio fue de corte transversal y prospectivo. Se utilizó el muestreo por conveniencia, obteniendo un total de 100 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Conocimiento, el test de APGAR familiar y el test Adherencia Terapéutica de Morisky-Green. En el análisis descriptivo, se obtuvo que, la edad promedio fue de 66,11 años, el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 fue no aceptable 69%, el 50% fue adherente al tratamiento y el 67% obtuvieron una buena función familiar, 11% disfunción familiar leve, 13% disfunción familiar moderada y 9% disfunción familiar severa. Los resultados mostraron que los pacientes con disfunción familiar tienen casi 3.6 veces la probabilidad de presentar mala adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que presentan una buena función familiar ($p=.00$, $OR=3.69$, IC 95%). De ahí se concluyó que, las variables asociadas a la mala adherencia del tratamiento diabético fueron la disfunción familiar y un conocimiento no aceptable.

1.3. Objetivos

Objetivo general

- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Establecer las propiedades psicométricas del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II EATDM-III del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Identificar el tipo de funcionamiento familiar que prevalece en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento que prevalece en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.
- Establecer las diferencias significativas de funcionamiento familiar según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Establecer las diferencias significativas de adherencia al tratamiento según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

- Describir la relación entre las categorías de funcionamiento familiar y los factores de adherencia al tratamiento de los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

La diabetes mellitus es un problema grave de salud pública, pese a que esta enfermedad no tiene cura, tiene un tratamiento que ayuda a prevenir secuelas psicosociales, familiares, económicas y/o complicaciones médicas tales como neuropatías, cardiopatías, amputaciones, retinopatías, entre otros. (OMS, 2020). Por ello, la presente investigación busca analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta que, la familia asume un rol importante en el proceso de enfermedad, como proveedor de atención y cuidado. (De la Cuesta,1995).

El estudio de los factores asociados a la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. Al respecto, el número de investigaciones desarrolladas en nuestro contexto y ámbito profesional resultan aún escasas y en su mayoría se concentran en la relación con el conocimiento de la enfermedad, autoeficacia, autocuidado o calidad de vida; sin embargo, insuficientes son los estudios que analizan el rol de la familia y en específico, el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento desde la psicología clínica y la salud.

Es por ello que, la relevancia teórica del presente estudio radica en revalorar, ampliar y profundizar dicha relación desde el enfoque sistémico, un modelo teórico que concibe a la familia como un sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez

integrada a un sistema mayor que es la sociedad. (Bertalanffy, 1976). Por ende, además de comprobar la relación entre ambas variables, los resultados obtenidos podrán servir de referencia bibliográfica, para continuar investigando y desarrollando más conocimiento dentro del marco de las enfermedades crónicas.

De modo similar, tomando en cuenta las políticas a nivel nacional, orientadas a promover y promocionar programas educativos de diabetes, los cuales tienen como objetivo el control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas, la investigación tiene relevancia social, puesto que espera aportar información y evidencia del tipo de funcionamiento familiar y los niveles de adherencia al tratamiento que prevalecen, para que sobre esa base se generen o mejoren las estrategias de prevención e intervención; y, por tanto, en lo que respecta a la atención psicológica, incluir a la familia como factor determinante en el proceso de enfermedad, para mejorar su funcionamiento y ello finalmente pueda repercutir en el incremento de la adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta que, existe parcial ausencia de estudios de tipo correlacional tanto a nivel nacional como internacional en los cuales se haya hecho uso de ambos instrumentos para la recolección de datos. El aporte metodológico, permitirá dar a conocer las propiedades psicométricas de ambos instrumentos; el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus tipo II (EATDM-III).

1.5.Hipótesis

Hipótesis general

- Existe una correlación positiva y significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

Hipótesis específicas

- Existe diferencias significativas en el tipo de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de enfermedad y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.
- Existe diferencias significativas en los niveles de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de enfermedad y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.
- Existe una correlación positiva y significativa entre las categorías de funcionamiento familiar y los factores de adherencia al tratamiento de los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Funcionamiento familiar

Castellón y Ledesma (2012) definen como un “Concepto de carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables de la familia, por medio de las que se relacionan internamente los sujetos que la conforman” (pp. 6-7).

También se puede notar en:

El funcionamiento familiar se conceptualiza como la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus integrantes y adaptarse a situaciones de cambio. Se considera un funcionamiento funcional cuando el sistema es capaz de brindar solución a los problemas, de modo que estos no afecten a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. También, una familia funcional es aquella capaz de atravesar favorablemente una etapa a otra dentro de su ciclo vital y para ello debe mantener su organización, realizar las actividades de la vida diaria y mantener un entorno seguro y protector. (Hernández, 2018, p. 33).

En esta definición se mencionan elementos fundamentales del funcionamiento familiar; tales como, solución de problemas, cumplimiento de roles, tipo de organización y el ciclo vital familiar dentro de un contexto de afrontamiento a situaciones de cambio. Asimismo, Hernández (2018) sostiene que para conocer el funcionamiento familiar es necesario también indagar el patrón de comunicación y relaciones.

Ante ello, la familia adopta un rol importante en el afrontamiento de crisis, es decir, el sistema familiar tendrá que adaptarse a fin de conservar su continuidad y favorecer el crecimiento de sus miembros; ello se resume la tendencia homeostática y capacidad de transformación del sistema familiar frente a eventos estresantes. (Mendizábal & Pinto, 2006). Por ende, los miembros de la familia tendrán que orientar sus esfuerzos a estabilizar el sistema familiar mediante el apoyo recíproco, además de flexibilizar su organización para sobrellevar de la crisis.

En base al tipo de funcionamiento familiar ésta se diferenciará entre funcional o disfuncional, es decir, si existe un cumplimiento eficaz o no de sus funciones, reorganización y soporte a sus miembros.

a) Funcionamiento familiar funcional

Se caracteriza por su cohesión, una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, así como la toma de decisiones de las tareas cotidianas y una dinámica armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia. (Alarcón, 2015).

En relación con eventos estresantes, Pinto (2005) hace referencia a un funcionamiento familiar funcional como aquella familia que vive experiencias de cambios que permiten el crecimiento, en el cual los miembros podrán expresarse libremente, es decir, existe el diálogo familiar frecuente, lo cual favorece que algún miembro sea capaz de pedir ayuda cuando lo necesite.

En otros aspectos relacionados al funcionamiento familiar funcional, De la Revilla (como se citó en Javier, 2014) sostiene que es “Aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo” (p.112).

Y ante dichas demandas, Alulima (2016) sostiene que la familia con este tipo de funcionamiento “Mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que los mantiene unidos a pesar de las crisis que se presenten, a fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez” (p. 11).

Según Ortega et al. (1999) un funcionamiento familiar funcional se valora a través de las siguientes áreas:

- Cohesión, entendido como la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas.
- Armonía como la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación, la cual hace referencia a que los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad como aquella habilidad para cambiar de estructura de poder y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad haciendo referencia a la capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas los unos a los otros.
- Roles, definido como cada miembro cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- Permeabilidad, es la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

b) Funcionamiento familiar disfuncional

Se define por la dificultad para valorar a algún miembro de la familia, así mismo, la capacidad de brindar apoyo y cumplimiento de roles es nula o deficiente. (Alarcón, 2015).

Según Hernández (2018) un funcionamiento familiar disfuncional se caracteriza por rigidez en el sistema, como resultado, la capacidad de generar cambios o adaptarse a situaciones de crisis se encuentra disminuida. Por consiguiente, ello impide desempeñarse en la etapa del ciclo vital familiar en el que se encuentre, el crecimiento de sus miembros y de esa forma, obstaculizando su desarrollo. Mientras que para Martínez (2009) un sistema familiar disfuncional muestra la ausencia de afectos, de bienestar, de comunicación clara y directa.

Según Minuchin (como se citó en Mendizábal & Pinto, 2006), las familias disfuncionales pueden ser clasificados en:

- La familia aglutinada, es aquella en la cual los límites se encuentran difusos, también en la cual la conducta de un miembro de la familia afecta a los otros y el estrés individual repercute intensamente a través de los límites, produciendo resonancia en otros subsistemas.
- La familia rígida, por el contrario, es aquella en la cual los miembros presentan límites severos, pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen parcial sentido de

independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia, así como presentan dificultad para pedir ayuda cuando lo necesitan.

2.1.1. Factores que intervienen en el funcionamiento familiar

Según Fernández (2004) la aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia puede representar un problema tanto en su funcionamiento como en su composición, por ello, precisó los siguientes factores como aquellos que condicionan el impacto de la enfermedad en el funcionamiento familiar:

a) Etapa del ciclo vital

El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra; por ejemplo, será diferente afrontar la diabetes en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que en el cónyuge en etapa de nido vacío. De igual forma, la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, en comparación con una familia que ha afrontado diversas crisis, cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico. (Fernández, 2004).

b) Flexibilidad o rigidez de roles familiares

Para Fernández (2004) la enfermedad crónica supone una crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. Cuando se da a conocer la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después

se tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos entre los miembros de la familia. Así también, las familias con mayor rigidez presentarán mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad, ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

c) Cultura familiar

Entendido como el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, y los cuales intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. En los casos de enfermedad crónica, será importante conocer cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que eso permitirá identificar sus costumbres y creencias, y cómo ellas podrían interferir en el tratamiento. (Fernández, 2004).

d) Nivel socioeconómico

Fernández (2004) señala las diferencias entre el conocimiento de la enfermedad en una familia con escasos recursos económicos y en una económicamente estable. De ahí que, la crisis familiar en la primera va a ser mayor, no solo debido a la reorganización del sistema familiar, sino porque durante la enfermedad la familia necesitará mayor cantidad de recursos económicos para los medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc.

e) Comunicación familiar

La comunicación es un aspecto fundamental dentro del funcionamiento familiar, por lo que, como sostiene Fernández (2004) el ocultar información al familiar dificulta la convivencia

con el grupo familiar e incluso con el médico, por ende, ello generará que disminuya su confianza. Asimismo, esta situación repercutirá a nivel emocional, puesto que el paciente sospecharía de lo que puede estar pasando, experimentando profundos sentimientos de soledad, miedo e indecisión.

f) Tipo de respuesta familiar

Según Kornblit (como se citó en Fernández, 2004) el tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad hace referencia a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. En consecuencia, se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos:

- ***La tendencia centrípeta***, caracterizada por una extrema cohesión interna de los miembros de la familia, es decir, todas las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo los recursos afectivos y económicos de la familia.
- ***La tendencia centrífuga***, en ella se puede observar que las conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En este caso, el cuidado del paciente es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, en quien recae el papel de controlar la evolución de la enfermedad.

g) Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos

La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo Kornblit (como se citó en Fernández, 2004). Por

ejemplo, una familia que ha sufrido grandes conflictos en los momentos difíciles de su evolución, frente a otra que ha podido reorganizarse rápidamente en función de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros.

2.1.2. Modelos explicativos del funcionamiento familiar

Existen diversas teorías que explican el funcionamiento familiar, a continuación, se presentarán aquellas que se relacionan con el enfoque sistémico, modelo que se toma como referencia para la teorización del funcionamiento familiar.

a) Teoría estructural del funcionamiento familiar

Desde este modelo, Minuchin concibe a la familia como un sistema que está compuesto por subsistemas (conyugal, parental, fraterno y filial), los cuales no son absolutos, por lo que también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar. (Huaccha, 2021).

Así mismo, Minuchin (como se citó en Huaccha, 2021) en relación con la estructura de familia, sostiene que ésta debe ser relativamente fija y estable, para que favorezca el cumplimiento de tareas y funciones, así como para facilitar el desarrollo familiar y los procesos de individuación. Cabe resaltar que, la estructura ha de tener un grado de flexibilidad que permita a la familia acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de la vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia.

Adicionalmente, acerca de dicho sistema Huaccha (2021) señala que “Ha de tener límites, haciendo referencia de que en una familia deben existir reglas que definan la

participación de cada uno de sus integrantes en situaciones determinadas, de manera que esto permita la protección del sistema y los subsistemas familiares” (p.16).

También según Huaccha (2021) desde el punto de vista de esta teoría, el sistema familiar sufre una alteración al verse expuesto a una amenaza externa, como es el diagnóstico de la diabetes, lo cual afectará el funcionamiento de los subsistemas, por lo que el sistema tratará de encontrar condiciones favorables para regular el bienestar tanto individual como familiar, pese a la presencia de una enfermedad.

b) Modelo circunplejo de sistemas familiares

Este modelo, desarrollado por Olson et al., (como se citó en Huaccha, 2021) se enfoca en evaluar la percepción del funcionamiento familiar bajo dos componentes: adaptabilidad y cohesión familiar; asociándolo a la vez con la comunicación; es decir, mientras mejor adaptación y cohesión exista, mejor serán sus procesos comunicacionales.

Así también, Huaccha (2021) sostiene que para determinar si una familia es funcional, se deben de cumplir con las funciones de apoyo mutuo, autonomía e independencia, cumplimiento de reglas y normas, adaptabilidad a los cambios de ambiente y comunicación. Dicho de otra manera, es aquella familia que va a adaptarse a pesar de las complejas situaciones a las que se esté enfrentando, en este caso producto de la presencia de un familiar enfermo.

c) Teoría familiar de Friedman

Huaccha (2021) acerca de la teoría de Friedman menciona que “Tiene un enfoque en la dinámica y relaciones familiares internas, la estructura y las funciones, así como también en la interdependencia de la familia con su medio externo” (p. 18).

De acuerdo con esta teoría, la familia se concibe como un sistema interaccional, es decir, en un proceso de enfermedad, la influencia de las relaciones familiares será fundamental en el tratamiento del paciente, puesto que existe una fuerte relación entre la familia y la salud de sus miembros. (Huaccha, 2021).

d) Teoría general de los sistemas

Bertalanffy (como se citó en Ares, 2002) afirma que todo organismo es un sistema, es decir un orden dinámico de partes y procesos. Además, la familia representa un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí, también por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, las cuales se encuentran en constante interacción e intercambio con el exterior.

Ares (2002) afirma que “Esta teoría se fundamenta en tres supuestos básicos: los sistemas existen dentro de sistemas, los sistemas son abiertos y las funciones de un sistema dependen de su estructura” (p. 8). Por tanto, los sistemas se caracterizan por ser organizados y complejos, con límites que permiten la arbitrariedad y que además tienen propósitos u objetivos, globalidad o totalidad, entropía y homeostasis.

2.1.3. *Funcionamiento familiar en paciente con diabetes mellitus*

Maldonado (como se citó en Mendizábal & Pinto, 2006) afirma que la persona que tiene alguna enfermedad es una persona en conflicto, cuya vida se modifica transitoria o definitivamente a causa de tal enfermedad. Por consiguiente, la familia asume un rol importante a fin de brindar protección y apoyo, adaptándose así a los cambios que existirán en el sistema.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar, en efecto, representa un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición, hasta el punto de considerarse una crisis debido a su capacidad para desorganizar el sistema familiar. El grado de desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad, la dinámica del grupo familiar y la condición de cronicidad, que no sólo impactará en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución de la propia enfermedad (Fernández, 2004).

“La Organización Mundial de la Salud reconoce que, en las enfermedades crónicas, el paciente y su familia son elementos claves, ya que han de estar preparados, informados y motivados con el desarrollo de habilidades para el manejo de la enfermedad” (Lagos & Flores, 2014, p. 2).

En específico, la diabetes afecta a la persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, y a su vez, ésta repercute en el control de la diabetes. De ahí que, la familia y la diabetes pueden influirse mutuamente, es decir, la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios (Mendizábal & Pinto, 2006). Puesto que, en el momento en que la persona y la familia saben que uno de sus miembros tiene la enfermedad, el sistema familiar ha de reorganizarse para mantener su homeostasis.

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros (Florenzano 1998, como se citó en Suarez, 2013). El apoyo que de esta manera le ofrece la familia entera al paciente diabético, influye de manera importante para que él acepte la enfermedad, se esfuerce por controlarla y

aprenda de los cambios positivos en el estilo de vida que impone una enfermedad crónica como la diabetes Shah et al. (como se citó en Jiménez, 2015).

Valdés et al., 1994 (como se citó en Huaccha, 2021) señala que la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada al proceso de salud enfermedad de sus miembros, de ahí que la familia se convierte o en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos desde un punto de vista biopsicosocial.

2.2. Adherencia al tratamiento

Haynes y Rand (como se citó en la OMS, 2004, p. 17) se refieren al “Grado en que el comportamiento de una persona, haciendo referencia a la ingesta de medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 17).

En la misma línea, Villalobos et al. (2007) definen a la adherencia al tratamiento como un cuidado médico continuo y manejo de adecuada información para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y aumentar la calidad de vida.

No obstante, adherirse al tratamiento no solo implica cuestiones médicas; sino también comprende el cumplimiento de factores psicológicos y socioambientales como: el apoyo familiar, la organización y apoyo comunal, el ejercicio físico, el control médico, la higiene y autocuidado, la dieta y la valoración de la condición física. (Villalobos et al., 2007).

2.2.1. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento

Según García (como se citó en Gudiño & Tituaña, 2016) la adherencia al tratamiento puede estar influenciada por diversos factores, los cuales se pueden clasificar según su relación con el paciente, con el medio ambiente, con el medicamento y con la relación médico-paciente.

a. Relacionados con el paciente

Según Vidal (como se citó en García, 2008) sostiene que dichos factores se deben principalmente a la disminución o pérdida de funciones; una de ellas son las sensoriales como la visión y la audición, lo que dificulta al paciente obtener la información adecuada de las recomendaciones dadas por el personal médico.

Por otro lado, García (2008) también señala que están asociados a la personalidad, la actitud frente a la enfermedad, la motivación para recuperar la salud, el conocimiento y creencias sobre el tratamiento y su efectividad. Asimismo, este factor incluye las alteraciones del estado de ánimo como depresión, ansiedad, entre otras; lo que conlleva a su vez una falta de atención y seguimiento en el tratamiento. En relación con ello; por ejemplo, la adaptabilidad a los síntomas de la enfermedad podría ocasionar que el paciente no consulte al médico.

A nivel sociodemográfico, un factor relevante es la edad, el sexo y el estado civil, respecto a este último; por ejemplo, las personas solteras tienen mayor probabilidad de abandono del tratamiento en comparación con las personas casadas. Tanto como los pacientes con un bajo nivel de escolaridad, pues se ha evidenciado que constituye una barrera en la comunicación con el personal de salud y con la familia. (García, 2008).

b. Asociados con el medio ambiente

García (2008) señala el entorno familiar como un pilar importante para la adherencia al tratamiento puesto que, existe un mayor porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento si presentan disfunción familiar o aislamiento del entorno social, al igual que el hecho de no informar a la familia sobre la enfermedad. Por consiguiente, se considera como factor protector el apoyo familiar y social para la adherencia al tratamiento.

c. Relacionados con el medicamento

La adherencia al tratamiento se encuentra estrechamente relacionada con la duración del tratamiento, la cantidad de medicamentos prescritos, la vía de administración y los efectos adversos, teniendo mayor tendencia al abandono en procesos crónicos y polifarmacia. Galeano y Basterral (como se citó en García, 2008).

d. Asociados a la relación médico-paciente

Una buena relación médico-paciente y en general con los profesionales de la salud juega un papel fundamental en la adherencia al tratamiento, pues en tanto se fundamente en una comunicación eficaz, con recomendaciones dadas de forma clara y precisa, junto con la aceptación del tratamiento; como resultado se tendrá la disminución en el incumplimiento y promoverá el compromiso y participación en este proceso. Basterra (como se citó en García, 2008).

2.2.2. Modelos explicativos de la adherencia al tratamiento

a. Teoría de la autoeficacia

Bandura afirmaba que la motivación humana y la conducta están reguladas por las creencias de control, las cuales están relacionadas a tres tipos de expectativas:

Las expectativas de la situación-resultado, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados; y, las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. (Ortego et al., 2011, p. 12).

En efecto, un determinante importante de la práctica de las conductas de salud es el sentido de autoeficacia, entendido como la creencia de que uno mismo puede controlar su conducta en el cumplimiento del tratamiento. Es decir, el que una persona observe una conducta de salud específica depende de varias creencias y actitudes; la magnitud del peligro para su salud, el grado en el que esa persona se siente vulnerable a ese peligro, el grado en el que la persona cree que puede dar la respuesta adecuada para reducir ese peligro y el grado en el que la medida de salud recomendada es efectiva, deseable y fácil de realizar. Moral y Cerda (como se citó en Soto, 2018).

b. Modelo de las creencias sobre la salud

Esta teoría se basa en las expectativas, es decir, la conducta de salud o enfermedad depende de dos variables; el valor que le asigna la persona a determinado objetivo y a la estimación, en términos de probabilidad, de que al llevar a cabo una acción se logre dicho objetivo deseado. (Ortego et al., 2011).

Esto se podría traducir en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud. Maiman y Becker (como se citó en Moreno & Roales, 2003).

Cabe resaltar, que la idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud, es decir, esta vulnerabilidad que presenta está condicionada por la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, de ahí que, el modelo trató de explicar la respuesta de cada individuo ante los síntomas de la enfermedad o el cumplimiento del paciente con el tratamiento y las recomendaciones médicas. (Ortego et al., 2011).

c. Teoría de la acción razonada

Taylor (como se citó en Soto, 2018) refieren que Ajzen y Fischbein en su teoría conciben que una conducta de salud es el resultado directo de una intención conductual; a su vez comprende las actitudes de la acción específica, las normas subjetivas orientadas a la acción y el control conductual percibido. También, sostiene que las actitudes frente a la acción están

basadas en creencias acerca de los posibles resultados de la acción y en la evaluación de estos resultados. Mientras que, el control conductual percibido es cuando un individuo necesita sentir que es capaz de llevar a cabo la acción contemplada y que la acción emprendida tendrá el efecto pretendido.

d. Modelo del autocuidado

El autocuidado está constituido por aquellas acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones. Esta teoría también permite dar a conocer a los pacientes las acciones necesarias para cumplir con las indicaciones, por ello es importante identificar las capacidades, disposición y voluntad de la persona, de esta manera la intervención será más efectiva y los pacientes podrán adherirse al tratamiento. Naranjo (como se citó en Soto, 2018).

e. Modelo de los sistemas autorreguladores

Leventhal et al. (como se citó en Ortego et al., 2011) definen a las personas como sujetos activos, inmersos en un proceso permanente de evaluación de su estado presente y cuyo objetivo sería preservar su estado de funcionamiento ideal mediante la retroalimentación.

Este modelo intenta explicar la forma en que las personas están inmersas en un proceso autorregulador que les permite la adaptación a corto y largo plazo ante situaciones de enfermedad. Además, los comportamientos ante la enfermedad estarían determinados por las representaciones o creencias de sentido común acerca de la enfermedad: identidad (etiqueta y

síntomas), causa, consecuencias, el estado corporal real, el estado corporal ideal, la experiencia emocional, los planes de cambio y la forma en que el sujeto evalúa todos estos aspectos. (Ortego et al., 2011).

2.3. Funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento

Zenteno (2015) afirma que estudios como las de Huerta (2011) y Gonzales y Martínez (2012) sostienen que el funcionamiento familiar es un factor importante en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, dicha afirmación subyace en la premisa de que la familia constituye el primer agente de apoyo y soporte que posee el individuo, así mismo ejerce una función protectora ante las dificultades que se presentan en la vida cotidiana.

La presencia de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus demanda del sistema familiar una serie de ajustes, es decir, cuando la familia se enfrenta a esta situación, se modifica su equilibrio y se ve afectado su funcionamiento, la magnitud dependerá de la capacidad de adaptación que el individuo y su familia poseen: si es funcional, tiene mayor posibilidad de reajustarse y cambiar, mostrando mayor flexibilidad; pero si es disfuncional, fácilmente se presentarán conflictos. (Sauceda & Maldonado, 2003).

En este contexto, el paciente percibe la enfermedad crónica como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el sistema familiar no se modifique para apoyarlo, gradualmente podría ir en declive el nivel de adherencia al tratamiento. (Johnson y Johnson, como se citó en Rodríguez & Guerrero, 1997).

El soporte que ofrece la familia cimentada en su funcionalidad es el principal recurso de prevención de la enfermedad y promoción de salud. Esto se hace de manifiesto cuando el miembro con diabetes mellitus requiere del soporte afectivo y material de su familia, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones terapéuticas en las que el entorno familiar se encuentra implicado.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Acorde a la naturaleza del problema, los objetivos e importancia del estudio. La investigación fue de tipo cuantitativa, de alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal. Es decir, mediante una única recolección de datos, se midió y evaluó las características y componentes de ambas variables de estudio, para luego determinar y explicar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento. (Hernández et al., 2010).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación fue realizada en el periodo del 2019 desde marzo a diciembre en las instalaciones de atención del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

3.3. Variables

Variables de estudio: funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Variables sociodemográficas: sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en el tratamiento.

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por 134 pacientes, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y aquellos que aceptaron de manera voluntaria participar del estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que son atendidos en el programa de diabetes.
- Autorizar su participación mediante la firma del consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes nuevos o recién inscritos al programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Pacientes con prediabetes.
- Pacientes con discapacidad visual.
- Pacientes con secuelas neurológicas.

En la Tabla 1, se muestra que la mayor proporción de pacientes del programa de diabetes es del sexo femenino (81.3%). Respecto a la edad, el grupo con mayor proporción corresponde a los pacientes de entre 51 a 70 años (64.9%). En cuanto al tiempo que conocen el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II la mayor proporción es de más de 9 años (41%). Por último, acerca de la distribución de la percepción de apoyo familiar, la mayor proporción

corresponde a aquellos pacientes que perciben solo por parte de los hijos (29.9%) y a quienes no perciben ningún apoyo en el tratamiento (29.9%).

Tabla 1

Distribución según variables sociodemográficas de los pacientes del programa de diabetes

Variable		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	109	81.3
	Masculino	25	18.7
Edades	20-50 años	15	11.2
	51-70 años	87	64.9
	>71 años	32	23.9
Tiempo de diagnóstico	< 3 años	37	27.6
	3 a 6 años	18	13.4
	6 a 9 años	24	17.9
	> 9 años	55	41.0
Percepción de apoyo familiar	Cónyuge	25	18.7
	Cónyuge e hijo/as	9	6.7
	Sin apoyo	40	29.9
	Otros	20	14.9
	Solo hijo/as	40	29.9

3.5. Instrumentos

- **Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)**

Este instrumento fue desarrollado por Pérez et al. (1997) en Cuba. Tiene como objetivo medir el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros. El instrumento FF-SIL tiene un total de 14 ítems, los cuales exploran siete factores; siendo la primera la cohesión que tiene como ítems el 1 y 8, armonía el 2 y 13, comunicación 5 y 11, permeabilidad 7 y 12, afectividad 4 y 14 miden la variable, roles 3 y 9, y adaptabilidad 6 y 10.

Para la calificación e interpretación se tomará en cuenta lo siguiente, la prueba consta de una escala Likert, es decir cada reactivo tiene 5 opciones de respuestas, que tienen una calificación en puntos de menor a mayor, en la que casi nunca equivaldrá a un punto, pocas veces a dos puntos, a veces a tres puntos, muchas veces a cuatro puntos y casi siempre a cinco puntos. Posteriormente, se suma las puntuaciones de cada ítem, ello determinará en qué categoría se encuentra el funcionamiento familiar; un total de 70 a 57 puntos corresponde a una familia funcional, de 56 a 43 puntos a una familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos a una familia disfuncional y de 27 a 14 puntos a una familia severamente disfuncional. (Pérez et al., 1997).

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, el estudio de la confiabilidad con relación al tiempo (test re-test) se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad r_u donde se obtuvo un coeficiente igual a .94, lo que demuestra que el test es confiable con relación al tiempo. En el análisis de la consistencia interna se obtuvo un r_u igual a .88, lo que demuestra que el test es homogéneo, por lo que existe una alta correlación entre

los ítems. Al analizar la consistencia interna a partir del coeficiente de determinación R^2 se obtuvo una alta correlación entre las categorías y homogeneidad entre las mismas. (Pérez et al., 1997).

Considerando dichas propiedades y que en la actualidad hay ausencia de evidencia de validez y confiabilidad en una población con las características del estudio, en la presente investigación se procederá a determinar las propiedades psicométricas.

- **Escala de Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (EATDM-III)**

El instrumento fue desarrollado por Villalobos y Araya en el año 2006 en Costa Rica. Tiene como objetivo medir la adherencia al tratamiento en términos de información relacionada con el apego al tratamiento, cómo ha llevado su tratamiento médico y no médico, así como otros factores relacionados con su vida personal, familiar y social, además de los resultados clínicos en donde el paciente refiere cómo percibe su estado de salud. (Villalobos et al., 2006).

La escala está compuesta por 55 ítems, distribuidos en siete factores; apoyo familiar (AF), incluye aspectos relacionados con la dinámica familiar y el apoyo que recibe el paciente por parte de familiares para la adquisición de insumos relacionados con el tratamiento, así como el apoyo que se le brinda para la alimentación y la toma de medicamentos. Organización y apoyo comunal (OAC), abarca aspectos que se relacionan con el entorno comunitario de los pacientes, valora la forma en cómo la comunidad los apoya para lidiar con su enfermedad. Ejercicio físico (EF) aborda ítems relacionados con la actividad física de los pacientes y la forma como esta rutina de actividad modifica su estado de salud y su calidad de vida. Control

médico (CM) evalúa en qué medida los pacientes atienden sus controles médicos y de laboratorio. Higiene y autocuidado (HA) presenta ítems relacionados con la forma en que los pacientes se cuidan. Dieta (D), son preguntas encaminadas a la rutina del paciente en cuestión de la alimentación y la frecuencia con la que consume determinado grupo de alimentos. Y, valoración de la condición física (VCF), la forma como el paciente percibe su estado físico y la capacidad de realizar sus actividades cotidianas. (Barrios, 2019).

Para la calificación se ha de tomar en cuenta que la escala es un cuestionario tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscila de 0 a 4: la situación no ocurre (0), la situación ocurre entre el 1% y 33% de las ocasiones (1), la situación ocurre entre el 34% y 66% de las ocasiones (2), la situación ocurre entre el 67% y el 99% de las ocasiones (3) y la situación siempre ocurre 100% (4).

Respecto a las propiedades psicométricas; el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach osciló entre .87 (Villalobos y Araya, 2001) a .88 (Villalobos et al., 2006). Acerca de la validez, para hallar de la prueba original se utilizó el análisis Kolmogorov Smirnov (KS) utilizadas para la normalidad y homogeneidad siendo ($p < 0,09$). Villalobos et al. (2006).

Del mismo modo, considerando dichas propiedades relativamente recientes y en la actualidad con ausencia de evidencia de validez y confiabilidad en el contexto y grupo etario de estudio; con fines de investigación en el presente estudio se procederá a determinar las propiedades psicométricas.

3.6. Procedimientos

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones internas y asistencia a las actividades del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Los

encuentros con los pacientes tenían como objetivo informar acerca de la investigación para así concretar su participación voluntaria y proceder con la entrega del consentimiento informado y cuestionario de recolección de datos, dándoles las instrucciones y orientación necesaria para responder adecuadamente. La aplicación se llevó a cabo tanto de manera colectiva como individual, con una duración de aproximadamente de 30 minutos.

3.7. Análisis de datos

Los datos inicialmente se van a tabular en el programa Excel, posteriormente a fin de evaluar la calidad de los datos se van a organizar en matrices en el programa SPSS versión 24. En primer lugar, se realizará el análisis exploratorio de datos a fin de determinar la distribución de dichos datos mediante la Prueba de Kolmogorov Smirnov (KS). En base a ello, y habiendo determinado la prueba paramétrica o no paramétrica, se procederá a realizar los análisis descriptivos simples mediante frecuencias, medias y proporciones. Luego, se procederá a realizar el análisis inferencial; en primer lugar, de asociación, comprobando así la correlación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento, y, en segundo lugar, se determinará los descriptivos comparativos entre las variables de estudio y variables sociodemográficas. Finalmente, se realizará el análisis para determinar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos, la validez de constructo mediante la correlación ítem-test y el índice de confiabilidad a través del estadístico Alfa de Cronbach.

3.8. Consideraciones éticas

En cuanto a los aspectos éticos del estudio; el presente trabajo se respetaron los siguientes principios; previo a la aplicación de los instrumentos, se consultó al paciente sobre

su deseo de participar en el estudio y se respeta el deseo de negarse a la participación (principio de autonomía), además se realizó la firma del consentimiento informado, documento que contiene información sobre la aplicación del instrumento y la confidencialidad de este (principio de confidencialidad), por lo que el cuestionario fue anónimo, y manejado bajo los códigos de ética. Asimismo, se le hizo saber a la persona que en el presente estudio no correrá ningún riesgo con respecto a su salud (principio de no maleficencia) y que inclusive se hará de conocimiento los beneficios que este trabajo podrá generar en la atención multidisciplinaria que reciben dentro del programa de diabetes al cual pertenecen (principio de beneficencia). (World Medical Association, 2013).

IV. RESULTADOS

Los resultados se presentarán en el siguiente orden: en primer lugar, las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados. En segundo lugar, el análisis exploratorio de los datos. En tercer lugar, las frecuencias y comparación de medias de funcionamiento familiar y categorías según las variables sociodemográficas. En cuarto lugar, las frecuencias y comparación de medias de la adherencia al tratamiento y factores según variables sociodemográficas. Y, por último, se presentará la asociación de las variables de estudio, mostrando la correlación entre las categorías de funcionamiento familiar y factores de la adherencia al tratamiento.

Propiedades psicométricas de los instrumentos de funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento

En la Tabla 2, se muestra la validez de constructo del test de funcionamiento familiar (FF-SIL), en el cual se obtuvo índices de correlación que oscilan entre .784 y .924, evidenciando coeficientes de correlación significativos, confirmando la validez del instrumento.

Tabla 2

Validez de constructo por correlación ítem – categorías de test de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes

Categorías	Ítems	<i>r</i>
Cohesión	1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	,848**
	8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	,828**
Armonía	2. En mi casa predomina la armonía.	,876**
	13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	,857**
Comunicación	5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	,854**
	11. Podemos conversar de diversos temas sin temor.	,871**
Adaptabilidad	6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	,831**
	10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	,865**
Afectividad	4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	,924**
	14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	,921**
Roles	3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	,784**
	9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado.	,878**
Permeabilidad	7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	,822**
	12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	,833**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). N = 134

En la Tabla 3, se muestran los índices Alfa de Cronbach para el Test de Funcionamiento Familiar y sus categorías, se encontró que las categorías de cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, roles y permeabilidad, tienen índices por debajo del .70, por lo que se procedió a considerar la media de correlaciones interelementos cuyo valor se encontró entre .20 y .40.

Tabla 3

Confiabilidad del Test de Funcionamiento familiar FF-SIL y sus categorías en los pacientes del programa de diabetes

Categorías	N° de ítems	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Media de correlaciones interelementos
Funcionamiento familiar	14	0.888	0.890	
Cohesión	2	0.576	0.577	0.405
Armonía	2	0.666	0.667	0.501
Comunicación	2	0.655	0.656	0.488
Adaptabilidad	2	0.609	0.611	0.44
Afectividad	2	0.824	0.824	
Roles	2	0.549	0.562	0.391
Permeabilidad	2	0.539	0.539	0.369

En la Tabla 4, se observa que en la dimensión dieta se obtuvo índices de correlación que oscilan entre ,437 y ,827, en higiene y autocuidado entre ,308 y ,609, en control médico entre ,472 y ,662, en organización y apoyo comunal entre ,232 y ,651, en apoyo familiar entre ,274 y ,838, en valoración de la condición física se obtuvo ,861 y ,886, y en ejercicio físico oscilan entre ,475 y ,736. En general, se evidenció coeficientes de correlación $>.200$, siendo los mismos significativos y de esta forma corroborando la validez de constructo del instrumento.

Tabla 4

Validez de constructo por correlación ítem – dimensión de la Escala de Adherencia al Tratamiento de diabetes mellitus tipo II en los pacientes del programa de diabetes

Factores	Ítems	<i>r</i>
	1. Evito consumir pan dulce	,692**
	2. Evito consumir postres dulces	,682**
	3. Evito consumir golosinas o caramelos	,776**
	4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de lácteos	,437**
Dieta (D)	5. Evito consumir carne con grasa	,764**
	6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal	,822**
	7. Evito consumir bebidas alcohólicas	,827**
	8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar	,649**
	10. Evito consumir comidas muy saladas	,801**
	9. Utilizo sustituto de azúcar	,589**
	11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio	,566**
Higiene y autocuidado (HA)	12. Consumo frutas al menos una vez al día	,589**
	52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético	,493**
	53. Después del baño seco mis pies	,609**
	55. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la Diabetes	,348**

	24. Visito al médico del Hospital o Centro de Salud en caso de una complicación	,515**
	25. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes	,505**
	26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas	,472**
Control médico	27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad	,480**
	28. Me realizo la glucemia cuando el medico lo solicita	,662**
	29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita	,639**
	30. El Hospital o Centro de salud es accesible para poder ir por los medicamentos	,597**
<hr/>		
	31. Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles de glucosa	,594**
	32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la Diabetes	,232**
Organización y apoyo comunal (OAC)	45. Se realizan en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	,648**
	46. En la comunidad donde vive, se organizan en grupos para la práctica de algún deporte	,648**
	47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive	,755**
	48. La comunidad se organiza para realizar actividades como la compra de medicamentos especiales para la Diabetes Mellitus	,651**
	49. La comunidad se organiza para realizar actividades como la compra de instrumentos de control de Glucemia	,598**

	50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud en mi comunidad	,490**
	51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad	,595**
	54. Asisto a algún lugar (hospital, clínica, centro de salud) para que me limen las uñas de manera adecuada	,332**
<hr/>		
	33. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus	,274**
	34. Mi familia permite que mis alimentos sean preparados a parte de la comida de los demás	,562**
	35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	,760**
	36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	,838**
	37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)	,773**
Apoyo familiar (AF)	38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	,782**
	39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	,593**
	40. Mis familiares me motivan en la práctica de alguna actividad recreativa	,602**
	41. Mis familiares me incitan a la práctica de algún deporte	,542**
	42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies	,550**
	43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el Hospital o Centro de Salud	,763**
<hr/>		

	44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	,757**
Valoración de la condición física (VCF)	18. Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física	,861**
	19. Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física	,886**
Ejercicio físico (EF)	13. Consumo ocho vasos de agua diarios	,495**
	14. Camino para sentirme mejor.	,580**
	15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos	,510**
	16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio	,539**
	17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio	,550**
	20. Manejo mi condición física cuando realizo alguna actividad física	,655**
	21. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio	,736**
	22. Realizo paseos cortos durante el día	,524**
	23. Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura	,475**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). N = 134

En la Tabla 5, se muestra los índices Alfa de Cronbach para los factores y la Escala de Adherencia al Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II, en el cual se encontró que los factores de higiene y autocuidado, control médico y valoración de la condición física tuvieron índices inferiores a .70, por lo que se procedió a considerar la media de correlaciones interelementos cuyo valor se encontró entre .20 y .40.

Tabla 5

Análisis de confiabilidad de la Escala de Adherencia al Tratamiento de diabetes mellitus tipo II en los pacientes del programa de diabetes

Factores	N de elementos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Media de correlaciones interelementos
Escala de adherencia al tratamiento	55	0.875	0.88	
Dieta (D)	9	0.884	0.882	
Higiene y autocuidado (HA)	6	0.466	0.548	0.168
Control médico (CM)	7	0.577	0.663	0.219
Organización y apoyo comunal (OAC)	10	0.713	0.758	
Apoyo familiar (AF)	12	0.879	0.876	
Valoración de la condición física (VCF)	2	0.69	0.692	0.529
Ejercicio físico (EF)	9	0.729	0.73	

Análisis exploratorio de los datos

En la Tabla 6, se muestra las pruebas de ajuste a la normalidad de Kolmogorov Smirnov del Test de Funcionamiento Familiar y sus categorías, en todos los casos se obtuvo un $p < .001$, lo cual muestra una distribución no paramétrica de los datos. En cuanto a la Escala de Adherencia al Tratamiento se obtuvo un $p > .001$ evidenciando una distribución normal de los datos, entonces, las comparaciones se realizarán con las pruebas paramétricas. En contraste, en los factores de dicha escala se obtuvo un $p < .001$, lo cual muestra una distribución no normal de los datos. Por tanto, para la correlación se prosigue con una correlación no paramétrica o de Spearman Brown (*Rho*).

Tabla 6

Pruebas de ajuste a la normalidad para el Test de funcionamiento familiar y la Escala de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes

		Estadístico	Sig.
	Funcionamiento familiar	0.138	0.000
	Cohesión	0.212	0.000
	Armonía	0.176	0.000
Categorías de	Comunicación	0.195	0.000
funcionamiento familiar	Adaptabilidad	0.147	0.000
	Afectividad	0.173	0.000
	Roles	0.206	0.000
	Permeabilidad	0.126	0.000

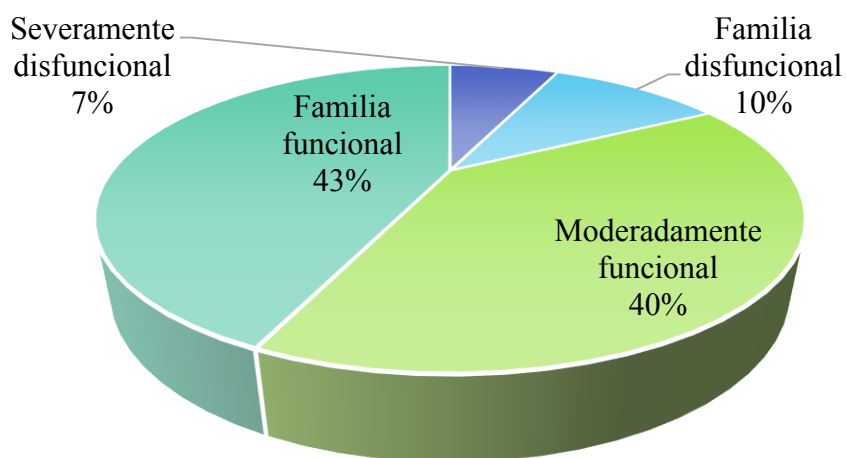
	Adherencia al tratamiento	0.054	0.200
	Apoyo familiar	0.104	0.001
	Organización y apoyo comunal	0.156	0.000
Factores de adherencia al tratamiento	Control médico	0.135	0.000
	Dieta	0.180	0.000
	Valoración de la condición física	0.172	0.000
	Ejercicio físico	0.081	0.000
	Higiene y autocuidado	0.121	0.000

Funcionamiento familiar

En la Figura 1, se muestra que la mayor proporción de pacientes tienen un funcionamiento familiar funcional (43%).

Figura 1

Distribución del tipo de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes



Funcionamiento familiar según variables sociodemográficas

En la Tabla 7, se observa la prevalencia del tipo de funcionamiento familiar según variables sociodemográficas. En el sexo, la mayor proporción es de las mujeres quienes tienen un funcionamiento familiar funcional (41.3%). Respecto a la edad, prevaleció los pacientes de edades entre 51 a 70 años, los cuales tienen un funcionamiento familiar funcional (44.8%). En cuanto al tiempo de diagnóstico, la mayor proporción de pacientes conocen su diagnóstico > 9 años y los mismos también presentan un funcionamiento familiar funcional (45.5%). Por último, en relación con la percepción de apoyo familiar, prevaleció aquellos que perciben apoyo de solo hijo/as y aquellos que no perciben apoyo en el tratamiento; respecto al primero, los pacientes con ese apoyo poseen un funcionamiento familiar funcional (55%), en contraste con los que no perciben, los cuales presentaron un funcionamiento familiar moderado (50%).

Tabla 7

Distribución de tipo de funcionamiento familiar según variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes

		Tipo de funcionamiento familiar			
		Severamente disfuncional %	Familia disfuncional %	Moderadamente funcional %	Familia funcional %
Sexo	Femenino	7.30	11	40.4	41.3
	Masculino	4	8	36	52

	20-50 años	13.3	13.3	33.3	40
Edades	51 a 70 años	5.7	10.3	39.1	44.8
	> 71 años	6.3	9.4	43.8	40.6
	<hr/>				
	< 3 años	5.4	5.4	40.5	48.6
Tiempo de diagnóstico	3 a 6 años	22.2		50	27.8
	6 a 9 años		25	33.3	41.7
	> 9 años	5.5	10.9	38.2	45.5
<hr/>					
Percepción de apoyo familiar	Cónyuge	4		44	52
	Cónyuge e hijo/as			33.3	66.7
	Sin apoyo	17.5	17.5	50	15
	Otros		15	30	55
	Solo hijo/as	2.5	10	32.5	55
<hr/>					

En la Tabla 8, se observa la diferencia de medias de funcionamiento familiar y categorías según el sexo, en el cual se tiene que la media tiende a ser mayor en las personas del sexo masculino; estadísticamente, respecto a la prueba U de Man Whitney, se obtuvo un $p > .05$, por lo que se asume que, no existe diferencias significativas entre varones y mujeres. Respecto a las categorías del funcionamiento familiar, por el contrario, en permeabilidad la media tiende a ser ligeramente mayor en las mujeres (6.30); no obstante, se obtuvo un $p > .05$, por ende, también se asume que no existe diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 8

Diferencias de medias de funcionamiento familiar y categorías según el sexo en los pacientes del programa de diabetes

	Sexo		U de Man Whitney	Sig
	Femenino	Masculino		
	\bar{x}	\bar{x}		
Escala general	51.39	54.04	1131	0.186
Cohesión	7.89	8.56	1159	0.229
Armonía	7.67	8.28	1089.5	0.11
Comunicación	7.65	8.16	1155.5	0.227
Adaptabilidad	6.84	7.32	1194.5	0.333
Afectividad	7.49	7.56	1343	0.909
Roles	7.54	8	1206	0.363
Permeabilidad	6.3	6.16	1346	0.924

En la Tabla 9, en la primera sección; se observa que la media tiende a ser mayor en las personas > 71 años; no obstante, se obtuvo un $p > .05$ indicando que, pese a existir diferencias aritméticas estas no son estadísticamente significativas. En la segunda sección; se muestra que las medias tienden a ser mayor en la percepción de apoyo del cónyuge e hijos/as, además respecto al índice H de Kruskal-Wallis, sólo en la escala general, cohesión, comunicación, afectividad y roles se obtuvo un $p < .05$ indicando que hay diferencias significativas entre los grupos. Así como en la tercera sección; donde las medias tienden a ser mayor en los pacientes que conocen su diagnóstico < 3 años y sólo en cohesión y afectividad se obtuvo un $p < .05$.

Tabla 9

Diferencias de medias funcionamiento familiar según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes

Variables	Escala	Cohesión	Armonía	Comunicación	Adaptabilidad	Afectividad	Roles	Permeabilidad
	general							
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Edades								
20 - 50 años	49.73	8.07	7.13	7.07	7.27	7.13	6.73	6.33
51 - 70 años	51.85	7.95	7.93	7.67	7.02	7.33	7.61	6.33
> 71 años	52.97	8.16	7.69	8.28	6.53	8.13	8.09	6.09
H de Kruskal-Wallis	0.697	0.363	1.256	3.927	1.186	3.952	4.576	0.242
Sig	0.706	0.834	0.534	0.14	0.553	0.139	0.101	0.886
Percepción de apoyo familiar								

Cónyuge	54.96	9.16	8.2	7.84	7.36	8	7.84	6.56
Cónyuge e hijo/as	59.33	8.67	8.67	8.67	8.11	9.22	8.56	7.44
Solo hijo/as	55.65	8.73	8.18	8.48	7	8.15	8.45	6.68
Otros	53.5	8.6	7.75	7.85	7.35	7.7	8.15	6.1
Sin apoyo	43.7	6.15	6.95	6.7	6.13	6.05	6.2	5.53
H de Kruskal-Wallis	24.034	34.642	3.868	12.892	8.199	19.542	21.923	6.039
Sig	0	0	0.424	0.012	0.085	0.001	0	0.196

Tiempo de diagnóstico

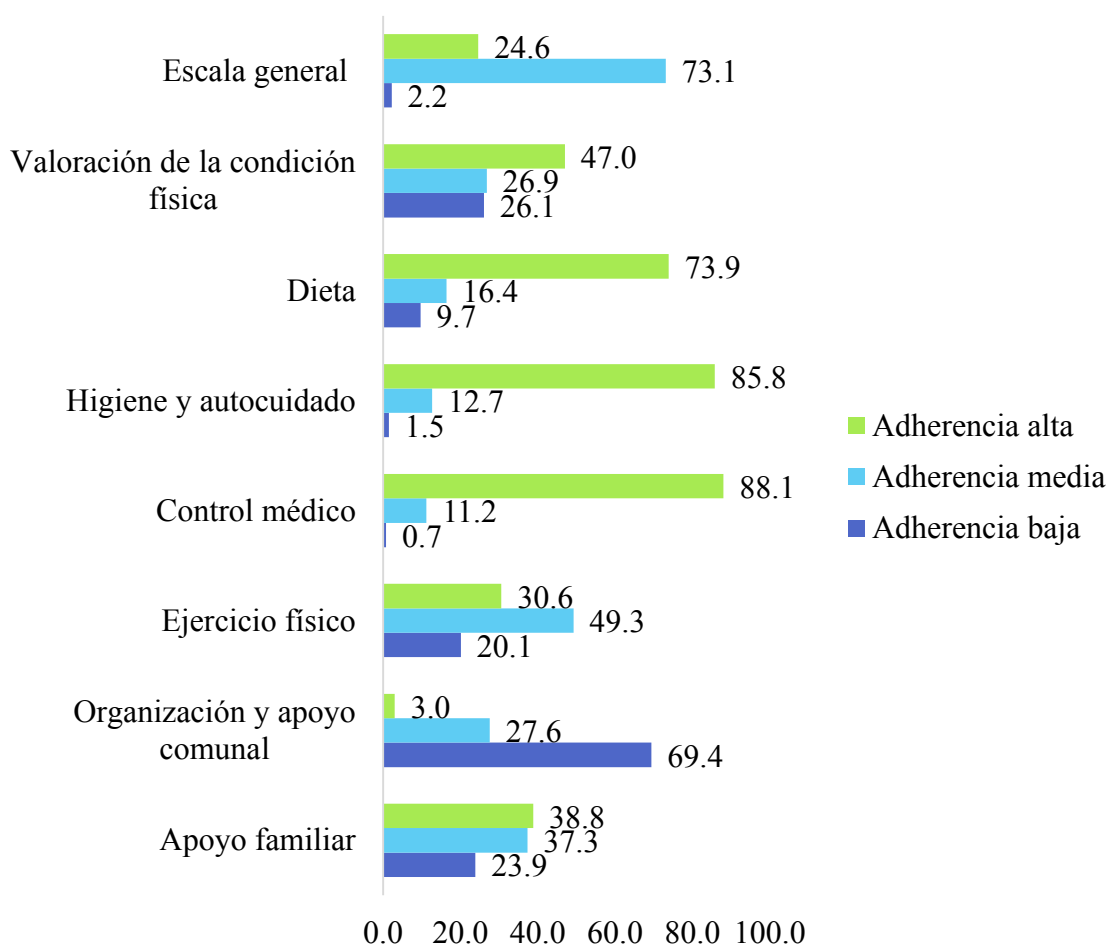
< 3 años	53.27	8.19	8.11	7.76	7.03	7.78	7.46	6.95
3 a 6 años	46.33	7.11	6.94	6.67	6.56	6	7.56	5.5
6 a 9 años	51.21	7.29	7.71	7.71	6.92	7.67	7.33	6.58
> 9 años	53.05	8.51	7.87	8.11	7	7.73	7.89	5.95
H de Kruskal-Wallis	4.418	9.338	4.179	4.721	0.203	7.801	2.708	3.862
Sig	0.22	0.025	0.243	0.193	0.997	0.05	0.439	0.277

Adherencia al tratamiento

En la Figura 2, se muestra que en la escala general la mayor proporción de pacientes tienen una adherencia al tratamiento media (73%). Respecto a los factores, se muestra que la mayor proporción de pacientes en el factor de valoración de la condición física (47%), dieta (73.9%), higiene y autocuidado (85.8%), control médico (88.1%) y apoyo familiar (38.8%) tienen una adherencia al tratamiento alta.

Figura 2

Distribución de los niveles de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes



Adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas

En la Tabla 10, se observa que, en la escala general en función del sexo, edades, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico prevaleció el nivel de adherencia al tratamiento medio. En el factor de apoyo familiar y valoración de la condición física, los niveles de adherencia al tratamiento están en el nivel medio y alto. Mientras que, en el factor de organización y apoyo comunal, prevaleció la adherencia al tratamiento baja. Por el contrario, en los factores de control médico, dieta e higiene y autocuidado, los niveles de adherencia al tratamiento que prevalecieron son altos. Por último, en el factor de ejercicio físico según las variables sociodemográficas, prevalecen los niveles de adherencia al tratamiento medio.

Tabla 10

Distribución del nivel de adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes

Variables	Niveles de adherencia al tratamiento	Escala general	Apoyo familiar	Organización y apoyo comunal	Control médico	Dieta	Valoración de la condición física	Higiene y autocuidado	Ejercicio físico
		%	%	%	%	%	%	%	%
Sexo									
Femenino	Baja	2.8	27.5	71.6	0.9	11	25.7	1.8	19.3
	Media	73.4	35.8	24.8	11	17.4	27.5	12.8	53.2
	Alta	23.9	36.7	3.7	88.1	71.6	46.8	85.3	27.5
Masculino	Baja		8	60		4	28		24
	Media	72	44	40	12	12	24	12	32
	Alta	28	48		88	84	48	88	44

 Edades

	Baja	6.7	33.3	80		13.3	20	6.7	20
20-50 años	Media	73.3	33.3	20	26.7	20	33.3	6.7	46.7
	Alta	20	33.3		73.3	66.7	46.7	86.7	33.3
	Baja	1.1	25.3	64.4	1.1	11.5	28.7	1.1	19.5
51-70 años	Media	74.7	39.1	32.2	8	20.7	23	14.9	48.3
	Alta	24.1	35.6	3.4	90.8	67.8	48.3	83.9	32.2
	Baja	3.1	15.6	78.1		3.1	21.9		21.9
>71 años	Media	68.8	34.4	18.8	12.5	3.1	34.4	9.4	53.1
	Alta	28.1	50	3.1	87.5	93.8	43.8	90.6	25

 Percepción de apoyo familiar

	Baja	4	8	68		20	28		12
Cónyuge	Media	76	36	32	16	12	20	16	56
	Alta	20	56		84	68	52	84	32
	Baja			66.7			44.4		22.2

Cónyuge e	Media	66.7	44.4	33.3	11.1	11.1	22.2		44.4
hijo/as	Alta	33.3	55.6		88.9	88.9	33.3	100	33.3
	Baja		2.5	65			7.5		10
Solo hijo/as	Media	55	35	27.5	7.5	15	32.5	5	60
	Alta	45	62.5	7.5	92.5	85	60	95	30
	Baja	10	25	55		15	30	5	30
Otros	Media	60	40	40	20	25	20	5	40
	Alta	30	35	5	80	60	50	90	30
	Baja		60	82.5	2.5	12.5	37.5	2.5	30
Sin apoyo	Media	97.5	37.5	17.5	7.5	17.5	30	25	40
	Alta	2.5	2.5		90	70	32.5	72.5	30
<hr/>									
Tiempo de diagnóstico									
	Baja	2.7	21.6	62.2	2.7	10.8	27	5.4	18.9
< 3 años	Media	67.6	35.1	35.1	16.2	27	21.6	13.5	43.2
	Alta	29.7	43.2	2.7	81.1	62.2	51.4	81.1	37.8

	Baja		38.9	66.7		11.1	33.3		27.8
3 a 6 años	Media	94.4	38.9	33.3	5.6	11.1	33.3	22.2	55.6
	Alta	5.6	22.2		94.4	77.8	33.3	77.8	16.7
	Baja	4.2	29.2	70.8		16.7	37.5		29.2
6 a 9 años	Media	75	33.3	25	20.8	20.8	29.2	8.3	45.8
	Alta	20.8	37.5	4.2	79.2	62.5	33.3	91.7	25
	Baja	1.8	18.2	74.5		5.5	18.2		14.5
> 9 años	Media	69.1	40	21.8	5.5	9.1	27.3	10.9	52.7
	Alta	29.1	41.8	3.6	94.5	85.5	54.5	89.1	32.7

En la Tabla 11, se observa que la media tiende a ser mayor en los pacientes del sexo masculino (137.28); sin embargo, estadísticamente, en la prueba t de Student se obtuvo un $p > .05$, revelando que estas diferencias no son significativas.

Tabla 11

Diferencias de medias de adherencia al tratamiento según sexo en los pacientes del programa de diabetes

		Adherencia al		
		tratamiento	<i>t</i>	<i>p</i>
		\bar{x}		
Sexo	Femenino	126.87	-1.8	0.09
	Masculino	137.28		

En la Tabla 12, se observa que las medias tienden a ser mayores en el sexo masculino en los factores de apoyo familiar, organización y apoyo comunal, control médico, dieta, valoración de la condición física, higiene y autocuidado y ejercicio físico. No obstante, respecto a la prueba U de Man Whitney, se obtuvo un $p < .05$ solo en el factor apoyo familiar, por lo que se asume que las diferencias entre varones y mujeres son estadísticamente significativas.

Tabla 12

Diferencias de medias de las dimensiones de Adherencia al tratamiento según sexo en los pacientes del programa de diabetes

	Sexo		U de Man Whitney	<i>p</i>	
	Femenino	Masculino			
	\bar{x}	\bar{x}			
Apoyo familiar	24.15	30.36	980.5	0.029	
Organización y apoyo comunal	11.28	12.32	1122	0.168	
Factores de adherencia al tratamiento	Control médico	22.94	23.68	1256	0.541
	Dieta	25.62	28.08	1119.5	0.164
	Valoración de la condición física	4.51	4.6	1324.5	0.826
	Higiene y autocuidado	18.71	18.36	1206.5	0.37
	Ejercicio físico	19.66	19.88	1310	0.764

En la Tabla 13, se observa en la primera sección; la diferencia de medias de adherencia al tratamiento según la edad se tiene que la media tiende a ser mayor en las personas > 71 años (134.16); no obstante, en la prueba Anova se obtuvo un $p > .05$, es decir, no existe al menos un grupo cuya media es distinta significativamente a la media del resto de los grupos. En la segunda sección; las medias tienden a ser mayor en los pacientes que perciben apoyo de solo hijo/as (144.50), acerca de las diferencias entre los grupos estas son estadísticamente significativas, ya que se obtuvo un $p < .05$. En la tercera

sección, se muestra que las medias tienden a ser mayor en los pacientes que conocen su diagnóstico > de 9 años (133.87); sin embargo, en la prueba Anova se obtuvo un $p > .05$, por lo que se asume que no existe diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 13

Diferencias de medias de adherencia al tratamiento según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes

		Adherencia al tratamiento	Anova	Sig
		\bar{x}	F	
Edades	20-50 años	124.13	0.925	0.399
	51-70 años	127.66		
	>71 años	134.16		
Percepción de apoyo familiar	Cónyuge	131	10.694	0.000
	Cónyuge e hijo/as	139.56		
	Solo hijo/as	144.5		
	Otros	126.15		
	Sin apoyo	110.68		
Tiempo de diagnóstico	< 3 años	130.08	1.983	0.120
	3 a 6 años	118.06		
	6 a 9 años	123.33		
	> 9 años	133.87		

En la Tabla 14, se observa la diferencia de medias de los factores de la adherencia al tratamiento según las variables sociodemográficas. En la primera parte; las medias tienden a ser mayor tanto en las personas de entre 51 a 70 años como mayores a 71 años, no obstante, solo en el factor de Dieta, en el índice de H de Kruskal-Wallis, se obtuvo un $p < .05$, indicando que las diferencias entre los rangos de edad son estadísticamente significativas. En la segunda sección; se muestra que las medias tienden a ser mayor en los pacientes que perciben apoyo por parte de solo hijo/as, también acorde al índice de H de Kruskal-Wallis, solo el factor de apoyo familiar e higiene y autocuidado, se obtuvo $p < .05$, indicando que las diferencias entre las medias de dichos factores son estadísticamente significativas. En la tercera sección, las medias son mayores en los pacientes que conocen el diagnóstico más de 9 años; no obstante, respecto al índice de H de Kruskal-Wallis, en todos los factores se obtuvieron un $p > .05$ indicando que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 14

Diferencias de medias de los factores de Adherencia al tratamiento; según edad, percepción de apoyo familiar y tiempo de diagnóstico en los pacientes del programa de diabetes

Factores de adherencia al tratamiento							
Variables	Apoyo familiar	Organización y apoyo comunal	Control médico	Dieta	Valoración de la condición física	Higiene y autocuidado	Ejercicio físico
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
Edades							
20-50 años	22.8	11.2	22.67	24.13	4.47	18.67	20.2
51-70 años	24.38	11.82	23.34	25.14	4.49	18.71	19.77
>71 años	29	10.69	22.53	29.56	4.66	18.44	19.28
H de Kruskal-Wallis	4.254	0.481	1.792	8.07	0.082	0.856	0.513
Sig	0.119	0.786	0.408	0.018	0.96	0.652	0.774

 Percepción de apoyo familiar

Cónyuge	30.08	11.28	23.52	23	4.72	18.4	20
Cónyuge e hijo/as	32.67	11.44	24.78	27.44	3.56	20.44	19.22
Solo hijo/as	33.08	12.7	23.43	28.95	5.53	19.65	21.18
Otros	25.7	13.5	22.65	23.9	4.4	17.65	18.35
Sin apoyo	12.7	9.38	22.28	25.93	3.7	17.88	18.83
H de Kruskal-Wallis	56.87	5.585	3.993	6.907	8.566	10.442	2.543
Sig	0	0.232	0.407	0.141	0.073	0.034	0.637

 Tiempo de diagnóstico

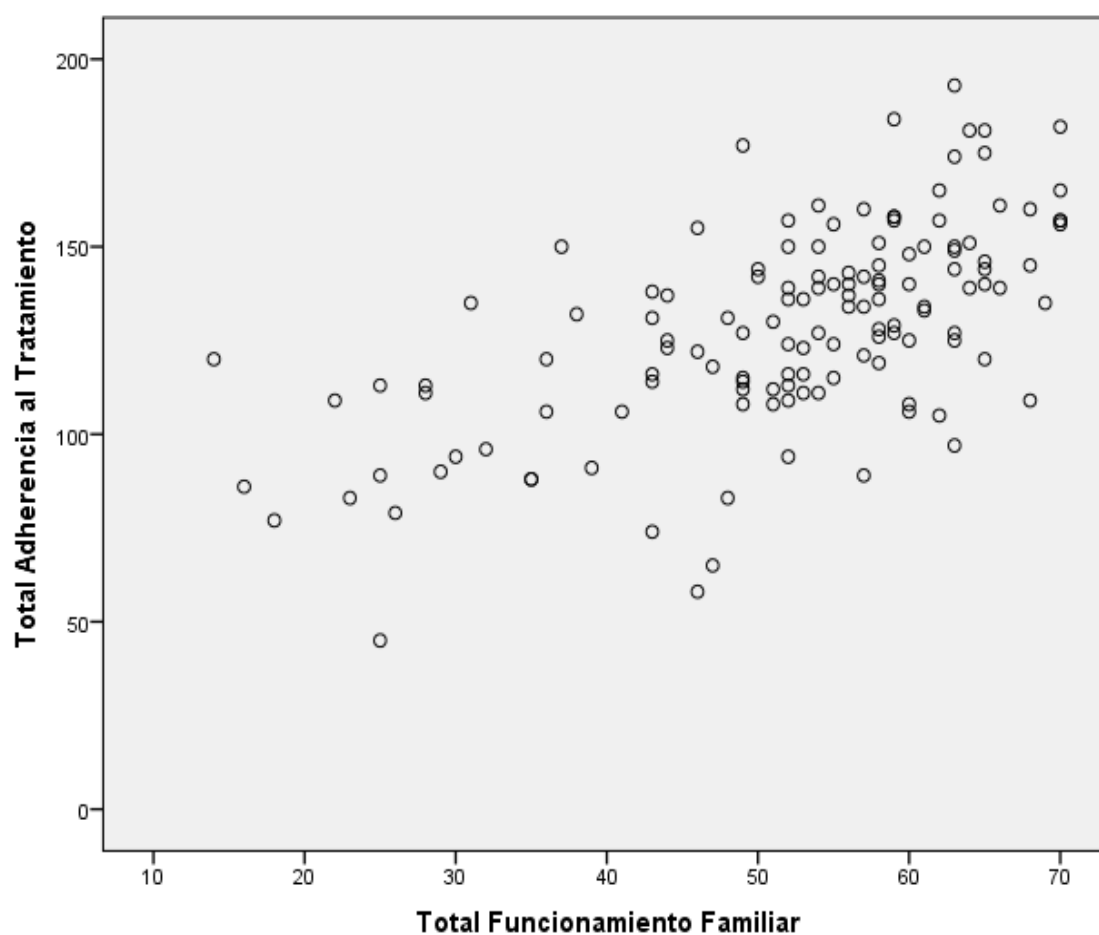
< 3 años	26.46	12.16	22.81	24.65	4.7	18.5	20.76
3 a 6 años	18.94	10.33	24.39	25.72	3.72	17.44	17.5
6 a 9 años	24.71	11.92	21.71	23.58	3.83	18.88	18.71
> 9 años	26.87	11.2	23.42	28.25	4.98	19	20.15
H de Kruskal-Wallis	5.43	1.356	3.694	6.048	4.378	4.063	3.587
Sig	0.143	0.716	0.269	0.109	0.223	0.255	0.31

Asociación entre Funcionamiento familiar y Adherencia al tratamiento

En la Figura 3, se muestra la correlación de Spearman entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento. Se observa la tendencia positiva, $Rho=.613$, siendo una correlación positiva, alta y significativa, $p < .001$ y $r^2 = .375$, efecto grande.

Figura 3

Dispersigrama de la relación entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes



En la Tabla 15, se observa que el índice de correlación más alto fue de funcionamiento familiar y el factor apoyo familiar $Rho = .612$ siendo positiva y significativa, $p < .001$ y tamaño de efecto de .374. Además, entre la escala general de adherencia al tratamiento y la categoría afectividad se obtuvo una correlación $Rho = .553$ siendo positiva, alta y significativa, $p < .001$ y tamaño de efecto de .305. De modo similar, la correlación es positiva y alta, entre el factor apoyo familiar y la categoría cohesión, con un $Rho = .543$, $p < .001$ y tamaño de efecto de .294.

Ejercicio físico (EF)	rho	,688**	,332**	,309**	,237**	0.106	,547**	1.000									
	Sig	0.000	0.000	0.000	0.006	0.221	0.000										
Higiene y autocuidado (HA)	rho	,515**	,307**	,224**	,204*	0.137	,259**	,392**	1.000								
	Sig	0.000	0.000	0.009	0.018	0.114	0.003	0.000									
Funcionamiento familiar (FF)	rho	,613**	,612**	,301**	0.096	0.066	,342**	,392**	,398**	1.000							
	Sig	0.000	0.000	0.000	0.268	0.449	0.000	0.000	0.000								
Cohesión (COH)	rho	,500**	,543**	,217*	0.126	0.110	,199*	,216*	,290**	,667**	1.000						
	Sig	0.000	0.000	0.012	0.148	0.207	0.021	0.012	0.001	0.000							
Armonía (ARM)	rho	,459**	,390**	0.127	0.166	0.088	,242**	,345**	,387**	,703**	,447**	1.000					
	Sig	0.000	0.000	0.144	0.055	0.309	0.005	0.000	0.000	0.000	0.000						
Comunicación (COM)	rho	,375**	,438**	0.030	-0.044	0.124	,237**	,228**	,263**	,672**	,448**	,505**	1.000				
	Sig	0.000	0.000	0.734	0.617	0.153	0.006	0.008	0.002	0.000	0.000	0.000					
Adaptabilidad (ADAP)	rho	,421**	,375**	,250**	0.065	0.054	,283**	,334**	,299**	,758**	,487**	,486**	,389**	1.000			
	Sig	0.000	0.000	0.004	0.454	0.538	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				
Afectividad (AFEC)	rho	,533**	,512**	,179*	0.095	0.036	,315**	,339**	,402**	,744**	,471**	,526**	,501**	,442**	1.000		
	Sig	0.000	0.000	0.038	0.274	0.678	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			
Roles (R)	rho	,502**	,494**	,320**	0.136	0.085	,302**	,250**	,232**	,685**	,544**	,410**	,439**	,418**	,487**	1.000	
	Sig	0.000	0.000	0.000	0.118	0.331	0.000	0.004	0.007	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
Permeabilidad (P)	rho	,317**	,303**	,280**	0.040	-0.121	,277**	,289**	0.146	,646**	,205*	,380**	,310**	,508**	,373**	,385**	1.000
	Sig	0.000	0.000	0.001	0.648	0.162	0.001	0.001	0.092	0.000	0.018	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación buscó determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Para llegar a los resultados anteriormente expuestos, se realizó un proceso de recolección de datos de manera rigurosa; en primer lugar, cumpliendo con los criterios determinados para la selección de la población del estudio. En segundo lugar, el recojo de la información se dio bajo los estándares de consentimiento informado al evaluado, así mismo, para la ejecución de los cuestionarios, se estableció condiciones favorables con el objetivo de reducir al mínimo variables extrañas que puedan interferir en los resultados. Dicha recolección de datos se dio a través de dos instrumentos: el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (EATDM-III), los cuales han demostrado ser válidos y fiables, aseverando de tal modo, haber medido ambas variables con precisión.

Así también, a fin de asegurar la calidad de los datos mostrados; se pone en conocimiento que la información se ha determinado y organizado mediante un proceso de selección exhaustivo, es decir, se cotejó el llenado correcto de los cuestionarios y se excluyó aquellos que estuvieron inconclusos, por consiguiente, exclusivamente los datos correctos finalmente fueron expuestos en la matriz para el análisis de datos. Este proceso de validez interna demuestra que los resultados son objetivos y confiables; más allá del análisis estadístico correspondiente, apoyando de esta manera la generabilidad de la información.

En lo que respecta a la validez externa y tomando en consideración la importancia del estudio, esta investigación servirá de base para continuar investigando desde el ámbito de la psicología clínica y de la salud la asociación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento. Ya que, si bien es cierto, las características de la población corresponden a pacientes con diabetes mellitus tipo II, es bien sabido que actualmente, no es la única enfermedad crónica que aqueja a la sociedad.

Dentro del estudio, existieron diversas fortalezas en los pacientes del programa de diabetes, puesto que en su mayoría accedieron y colaboraron con la recolección de datos, principalmente los pacientes continuadores. No obstante, una de las limitaciones encontradas fue que la mayor parte de la población pertenece a la tercera edad y además carecían de un cuidador.

A continuación, se procederá a realizar un contraste con los antecedentes y la teoría previa. Respecto a la hipótesis general, se buscó responder si existe relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana, en la presente investigación se encontró una correlación positiva y alta ($Rho=.613$), ese resultado es similar al hallazgo de Avilés (2021) quien encontró una correlación de Spearman ($Rho=.433$, $p=.05$), asimismo Balcázar et al. (2018) mediante la correlación de Pearson hallaron una relación positiva y alta ($r=.518$; $p=.00$); es decir, a mejor funcionamiento familiar, mejor nivel de adherencia al tratamiento.

Si bien es cierto también Muñante (2016) halló una correlación positiva ($r=.029$, $p=.001$), así como Zenteno (2015) quien encontró ($r=.269$, $p=.001$), estos coeficientes

son bajos. Ello podría asociarse a que ambos estudios se realizaron en instituciones de primer nivel de atención y en los consultorios externos, es decir, los pacientes no pertenecían a programas educativos o de enfermedades crónicas que implique una asistencia y atención regular.

Por otro lado, en poblaciones con otras enfermedades crónicas, entre ellos pacientes con linfoma, mieloma, leucemia, tuberculosis y enfermedad renal, Aguilar et al. (2018) hallaron un coeficiente de correlación de Pearson ($r=.000$, $p=.000$) y mediante el estadístico Chi cuadrado, Porras (2018) halló un ($\chi^2=31.221$, $p=.000$) y Goya et al. (2016) también hallaron asociación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento ($\chi^2=33.56$, $p<.05$).

De modo similar, con otros estadísticos; análisis bivariado, Chi cuadrado (χ^2), Razón de Probabilidades (RP) u Odds Ratio (OR). En particular, el reciente estudio de Becerra y Villegas (2021) hallaron ($p< 0.05$) mostrando la importancia del funcionamiento familiar como factor que preserva y fomenta el cuidado de la salud, lo cual está íntimamente relacionado a la adherencia al tratamiento. En términos de probabilidad, Acuña y Huamancayo (2019) hallaron en su estudio que, los pacientes con disfunción familiar tienen casi 26.1 veces la probabilidad de presentar mala adherencia al tratamiento (RP=7.83, $p=.00$). Estos estudios sirven de soporte en el hallazgo del presente estudio, ya que muestran la relación estadística entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento, lo cuales están en concordancia, a nivel teórico, acerca de la influencia de la familia en términos de comunicación, adaptabilidad a los cambios, afectividad entre los miembros, cumplimiento de roles, armonía y cohesión como

elementos que favorecen el cumplimiento de las indicaciones en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II u otra enfermedad crónica.

Del mismo modo, Maqui (2019) halló relación significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento según el estadístico Chi cuadrado ($\chi^2=7.9$, $p=.04$), así como Condori y Cruz (2017) encontraron relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2=96,857$, $p=.000$). En la misma línea, el estudio de Lozada (2017) reveló también una dependencia de intensidad moderada entre las variables de estudio ($\chi^2=22.176$, $p=.000$). Por otro lado, Rivera (2017) halló que la disfunción familiar influye significativamente en la adherencia terapéutica en adultos mayores diabéticos ($\chi^2=12.743$, $p=.005$), mientras que Aguilar y Medel (2016) encontraron asociación entre aquellas familias disfuncionales y una adherencia al tratamiento baja ($p= 0.05$). Al respecto, precisamente Alulima (2016) contribuye teóricamente puesto que sostiene que el funcionamiento familiar funcional favorece la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus; en específico, a la mejora de las condiciones médicas, régimen de dieta y ejercicio físico.

En función de la razón de probabilidad, Gonzales (2015) halló que los pacientes con disfunción familiar tienen casi 3.7 veces la probabilidad de tener una mala adherencia al tratamiento farmacológico (OR=3.69, $p=0.00$), esta relación inversa se respalda teóricamente por Javier (2014) quien sostiene que la disfunción familiar influye en la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo II, es decir, un tipo disfuncional actúa como un factor de riesgo que predispone, por ende, niveles bajos de adherencia al tratamiento.

De forma contraria, solo en el estudio de Ibarra (2017) se encontró una relación negativa entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento; en el factor de cumplimiento del tratamiento y resolución de problemas ($r=-0.316$, $p=0.044$) y entre el factor de relación transaccional y patrones de control de conducta ($r=-0.330$, $p=0.035$), ello podría deberse a una muestra poco representativa de pacientes con diabetes mellitus tipo II, lo cual tampoco permite la generalización de los resultados.

Por lo que se refiere al tipo de funcionamiento familiar que prevalece y las diferencias significativas según las variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Para comenzar, se halló que la mayor proporción de pacientes presentó un funcionamiento familiar funcional (43%), un hallazgo similar pudo encontrarse en Becerra y Villegas (2021) donde el 54% de pacientes presentó un funcionamiento familiar funcional; asimismo, Romero et al. (2021) acorde al FACES III encontró en el 52.4% una funcionalidad familiar balanceada, también Porras (2018) identificó que predominó en el 47% de pacientes una buena funcionalidad familiar, de modo similar Muñante (2016) halló en el 46% una buena función familiar. Por su parte, en el estudio de Gudiño y Tituaña (2016) prevaleció un funcionamiento familiar funcional representado por el 40.07% y, por último, Gonzales (2015) quien halló que el 67% obtuvo una buena función familiar.

No obstante, un hallazgo diferente corresponde a Balcázar et al. (2018), quien encontró que el 90% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II presentaron disfunción severa, cabe señalar que, la muestra solo correspondía a 60 pacientes. De la misma manera, Javier (2014) encontró que en su población de estudio prevaleció un 55.3% sin funcionalidad familiar, este último podría asociarse a la naturaleza dicotómica del

instrumento lo cual no permite determinar otros grados o tipos de funcionamiento familiar.

En cuanto a la variable sociodemográfica sexo, tanto en los varones como en las mujeres, prevaleció un funcionamiento familiar funcional; sin embargo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas, pese a que las medias tendían a ser mayores en los varones. Aritméticamente coincide con lo hallado por Lozada (2017) quien encontró que las mujeres representaron el 60% de la población, de las cuales solo el 8% tenía un funcionamiento familiar funcional, mientras que en los varones el 9% pertenecen a familias funcionales, observándose de esta manera una tendencia mayor en este grupo.

Con relación a la variable sociodemográfica edad, la mayor proporción de pacientes se encontró en el rango de 51 a 70 años, donde también prevalece un funcionamiento familiar funcional. Respecto a ello, de modo similar, Lozada (2017) identificó que, en los pacientes con diabetes mellitus prevaleció la edad de entre 54 a 67 años; no obstante, se identificó solo un 8% con funcionamiento familiar funcional; además, cabe señalar que quienes tenían edad entre 68 a 81 años mostraron mayor funcionalidad representado por un 16%.

En cuanto a la variable sociodemográfica tiempo de diagnóstico, prevaleció el de más de 9 años, donde la mayor proporción de pacientes presentaron un funcionamiento familiar moderadamente funcional; un hallazgo similar corresponde a Becerra y Villegas (2021) quienes identificaron que el tiempo promedio de diagnóstico fue de 10.2 años de evolución; no obstante, el estudio carecía de datos del tipo de funcionamiento familiar.

Y, en cuanto a la variable sociodemográfica percepción de apoyo familiar, se encontró que la mayor proporción corresponde a quienes perciben apoyo solo de hijo/as y la ausencia de algún tipo de apoyo en el tratamiento, en cuyos casos prevaleció el tipo de funcionamiento familiar moderado, lo cual coincide parcialmente con Gudiño y Tituaña (2016) quienes en su estudio identificaron que el 100% presentaron un funcionamiento familiar funcional, las cuales pertenecían a familias fueron ampliadas o extensas, tenían hijos menores y redes de apoyo, ello indica que, el contar con alguno de estos miembros de la familia, favorece el hecho de tener un funcionamiento familiar moderadamente funcional o funcional. Al contrario, Lozada (2017) en su estudio identificó que la fuente de soporte que predominaba procedía del cónyuge, ya que la mayor proporción de pacientes con diabetes correspondía a personas casadas 60%, de las cuales el 6% pertenecía a familias funcionales; no obstante, cabe señalar que la muestra es poco representativa para la generalización de los datos.

Acerca de la diferencia de medias entre los otros miembros de la familia de quien perciben apoyo en el tratamiento, solo es significativo en la escala general y las categorías de cohesión, comunicación, afectividad y roles. Al respecto, no se encontró un análisis descriptivo o comparativo dentro de los antecedentes en relación con las categorías y dicha variable, por lo que se sugerirá el realizar investigaciones con ese objetivo.

En relación con el nivel de adherencia al tratamiento que prevalece y las diferencias según las variables sociodemográficas en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. Se encontró que, en la escala general, el nivel de adherencia al tratamiento que prevaleció fue el medio (73%), lo cual concuerda con los hallazgos de Aguilar et al. (2018) quienes encontraron una ligera

diferencia en el nivel de adherencia 76.2%; no obstante, aún corresponde a un nivel medio. Lo mismo sucede en Martínez (2018) quien en su investigación el 88.13% presentó un nivel de adherencia al tratamiento medio. A diferencia de lo hallado por Aguilar y Medel (2016) que pese a encontrar un 42.5% inferior a los anteriores hallazgos, también se ubica en un nivel medio.

En cambio, lo hallado por Machaca (2018) discrepa del presente y anteriores investigaciones, puesto que en su población prevaleció en un 67.1% los pacientes no adherentes, asimismo Soto (2018) quien encontró que el 66% tampoco se adhería al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Es necesario recalcar que, ambos estudios corresponden a Lima Metropolitana y pese a que difieran de lo hallado, revelan la problemática nacional de los niveles de adherencia al tratamiento.

En cuanto a los factores de la adherencia al tratamiento, el nivel alto fue el que prevaleció, aun así, solo en ejercicio físico y organización y apoyo comunal se obtuvo un nivel medio y bajo respectivamente. Por el contrario, Machaca (2018) encontró nula adherencia al tratamiento en el factor ejercicio físico, control y salud, y dieta, ello podría deberse a que en dicha investigación se contó con una muestra poco representativa, además que la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (EATDM-III) fue adaptada y sometida a juicio de expertos, reestructurando el número de factores a tres, pudiendo haber generado ello una imprecisión en la recolección de datos.

De modo similar, Soto (2018) también halló no adherencia al tratamiento en los factores ejercicio físico, dieta, higiene y autocuidado y control médico, en este caso

también la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (EATDM-III) mediante el proceso estadístico y psicométrico, terminó con un total de cuatro factores, de lo que podría asumirse que contrariamente al instrumento original no se estaría midiendo otros factores importantes como apoyo familiar, valoración de la condición física y organización y apoyo comunal.

Por otro lado, en la investigación de Ochavano (2018) en seis de los factores de la escala, los niveles de adherencia al tratamiento oscilaban entre un nivel bajo y medio; es decir, solo se encontró similitud en el factor de organización y apoyo comunal donde también predominó un nivel de adherencia bajo. Ello podría explicarse en base a las condiciones semejantes de nuestra realidad nacional, del déficit de atención en los centros de salud, así como de apoyo en el ámbito socio-comunitario para actividades de recreación, actividad física y charlas educativas-preventivas de enfermedades crónicas. En consecuencia, ello se refleja en la excesiva demanda de salud en el nivel III de atención hospitalaria, ya que en su mayoría, este tipo de instituciones poseen un programa para enfermedades crónicas, los cuales cuentan con un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, etc.).

Por otro lado, Gudiño y Tituaña (2016) encontraron que, en la adherencia al tratamiento no farmacológico, el factor con más incumplimiento era la actividad física, distinto de lo hallado en el presente estudio, puesto que los pacientes obtuvieron una adherencia al tratamiento medio, al respecto, el factor que explica ello es que la población de estudio pertenece y participa en las actividades del programa, el cual incluye actividades físicas y recreativas de forma regular. En relación con el plan de alimentación, también encontró que existe cierto grado de incumplimiento, ello también discrepa de lo

encontrado en el presente estudio, puesto que los pacientes demostraron tener un nivel de adherencia al tratamiento alto en los factores de higiene y autocuidado, control médico y dieta. Dichos resultados probablemente se relacionen con la asistencia de los pacientes del programa de diabetes a un control médico parcialmente regular y a charlas educativas de nutrición que tienen como objetivo educar y reforzar la mantención de hábitos alimenticios adecuados.

Acerca de las diferencias de medias entre los grupos; en relación con la variable sociodemográfica sexo, tanto en varones como en las mujeres, prevaleció un nivel de adherencia al tratamiento medio. Cabe resaltar que, las diferencias de medias entre los grupos solo fueron significativas en el factor de apoyo familiar; no obstante, al ser una comparación poco estudiada, no se hallaron investigaciones con las que se pueda contrastar el hallazgo.

En relación con la variable sociodemográfica edad, el nivel de adherencia que prevaleció en los factores fue el nivel medio y alto, además sólo existe diferencias significativas entre los grupos etarios en los factores de apoyo familiar y dieta. Al respecto, Lozada (2017) encontró que en su estudio predominó el rango de edad de 68 a 81 años, señalando que, de dicho grupo, el 16% presentó adherencia al tratamiento. Si bien es cierto es un porcentaje inferior a lo hallado en la presente investigación, también se halló que la mayor proporción corresponde a los pacientes mayores de 71 años. Al respecto conviene decir que, dicha prevalencia podría deberse a que las personas dentro de ese grupo etario son quienes se encuentran en la etapa de vida adulto medio, encontrándose muchos de ellos en el desapego de su vida ocupacional, lo cual genera que presten particular atención al cuidado de su salud debido a que es una etapa crítica para

la evolución de enfermedades crónicas; sin embargo, como a continuación se presentará, la adherencia al tratamiento mejora si es que el paciente cuenta con el apoyo de algún familiar en el apego y cumplimiento de su tratamiento.

Por lo que se refiere a la variable sociodemográfica percepción de apoyo familiar, se encontró que tanto en la escala general como en los factores de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II prevaleció el nivel medio, además de existir una diferencia de medias significativa entre los grupos en la escala general, factor higiene y autocuidado y apoyo familiar. Respecto a ello es importante señalar la coherencia con los estudios de Barrios (2019), Torres (2017) y Gudiño y Tituaña (2016) quienes además de hallar relación entre el apoyo familiar en sus distintas formas de evaluación y caracterización con la aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento, teóricamente sostienen que la familia es importante para que los pacientes logren las metas de control en el tratamiento.

Ahora bien, Lozada (2017) en su estudio mostró que la población casada o conviviente fue de 60%, de las cuales el 14% presentó adherencia al tratamiento, siendo estos datos los más altos en comparación con los otros estados civiles; evidenciando que el apoyo que brindan los familiares, en este caso, principalmente del cónyuge, cónyuge e hijo/as y solo hijo/as es importante para encaminar y afrontar los cambios que implica tener una enfermedad crónica, y en consecuencia, mejorar la adherencia al tratamiento.

Por lo expuesto, el contar con apoyo familiar y óptimo funcionamiento familiar dentro del entorno inmediato del paciente, permitiría que el mismo adopte conductas que contribuyan a mejorar el cumplimiento de su tratamiento.

Y, en relación con la variable sociodemográfica tiempo de diagnóstico, se encontró que solo en el factor dieta existe diferencias significativas entre los grupos. Parcialmente en contraste con ello, Meléndez et al. (2018) sostuvo que entre el tiempo de diagnóstico y la adherencia al tratamiento no existe relación; pese a ello, las diferencias que se encontraron en el presente estudio solo hacen referencia al factor dieta.

Para terminar, conociendo que el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento se encuentran asociadas positivamente, se espera que la presente sirva de referencia a fin de conocer cómo se relacionan ambas variables según otros datos sociodemográficos como; el grado de instrucción, ocupación y tiempo de diagnóstico, puesto que de esta última variable se han encontrado pocos antecedentes que consideran algún tipo de relación o influencia.

Cabe resaltar que, estos aportes se pueden dar en otras enfermedades crónicas que tienen mayor prevalencia e impacto en la salud actual, puesto que, en el marco de incremento de enfermedades asociadas a estilos de vida poco saludables, es necesario conocer la realidad de los pacientes para aportar científicamente en la prevención, promoción e intervención desde el ámbito de la psicología clínica y de la salud.

Así también, que la presente investigación sirva para que incentive a continuar realizando una atención integral de los pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas, ya que el tratamiento farmacológico va de la mano con estilos de vida saludables, psicoeducación e intervención familiar, lo cual es imprescindible para una favorable adherencia al tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

- El test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II EATDM-III demostraron validez y confiabilidad para el estudio.
- Existe una correlación positiva, alta y significativa entre funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento, y entre los factores que contribuyen más en dicha correlación son los de apoyo familiar, higiene y autocuidado, ejercicio físico, valoración de la condición física y organización y apoyo comunal.
- El tipo de funcionamiento familiar que prevalece es el funcional y un nivel de adherencia al tratamiento medio en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias significativas entre el funcionamiento familiar y las categorías de cohesión, comunicación, afectividad y roles según la percepción de apoyo familiar en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias significativas entre el factor apoyo familiar de adherencia al tratamiento según el sexo en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias significativas entre la escala general de adherencia al tratamiento y factor apoyo familiar e higiene y autocuidado según la percepción de apoyo familiar en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.

VII. RECOMENDACIONES

- Para futuras investigaciones, incrementar la población a fin de generalizar los hallazgos encontrados.
- Respecto a adherencia al tratamiento debe abordarse de manera conjunta, tanto de manera intrahospitalaria, con el paciente, su familia y la comunidad en general.
- Considerar el funcionamiento familiar en términos de caracterización del tipo de funcionamiento como variable que se asocia a la adherencia al tratamiento.
- Contar una base actualizada de pacientes inscritos en los programas de atención o educativos al programa de enfermedades crónicas para facilitar la selección de muestra y recolección de datos.
- Continuar investigando la asociación entre el funcionamiento familiar en función de variables sociodemográficas, tomando en cuenta pacientes con características similares en el marco de las enfermedades crónicas.

VIII. REFERENCIAS

- Acuña, G. y Huamancayo, C. (2019). *Nivel de conocimiento sobre diabetes tipo 2, funcionalidad familiar y depresión asociados a la adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 atendidos en el CAP-UNHEVAL del hospital II EsSalud, Huánuco 2017* [Tesis de pregrado, UNHEVAL]. Repositorio Institucional UNHEVAL. <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/4276>.
- Aguilar, C., Zapata, R., López, C. y Zurita, E. (2018). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horizonte sanitario*, 17 (3), pp. 235-240. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n3.2007>.
- Aguilar, H. y Medel, E. (2016). *Asociación entre adherencia terapéutica con funcionalidad familiar y estilo de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 75 IMSS* [Tesis de postgrado, UAEM]. Repositorio Institucional UAEM. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/63624>.
- Alarcón, D. (2015, febrero 09). Plantilla – Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). *Dan Alarcón*. <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>.
- Alulima, S. (2016). *La familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2015-2016* [Tesis de pregrado, UNL]. Repositorio Institucional UNL. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17416>.
- Ares, P. (2002). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PEri6efLytkJ:https://as>

oepsi.files.wordpress.com/2011/02/libro-de-familia.doc+&cd=2&hl=es
419&ct=clnk&gl=pe.

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). *Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia* 2019.

https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf.

Avilés, L. (2021). *Asociación entre grado de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 del Centro Médico Metropolitano del Cusco* [Tesis de pregrado, UAC]. Repositorio Institucional UAC. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/4082>.

Balcázar, P., Gurrola, G., Moysén, A., Estrada, E., Garay, J. y Villaveces, M. (2018).

Funcionamiento familiar, apoyo social y adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo 2. *Psiquiatría*.

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=funcionamiento-familiar-apoyo-social-y-adherencia-terapeutica-en-personas-con-diabetes-2>.

Barrios, L. (2019). *Factores socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana* [Tesis de postgrado, UNAM]. Repositorio Institucional UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/275487>.

Becerra, E. y Villegas, C. (2021). Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED*, 26 (2), pp. 57-67. <https://dx.doi.org/10.35366/100348>.

Bertalanffy, V. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica. <https://fad.unsa.edu.pe/bancayseguros/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>.

- Castellón, S. y Ledesma, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus Cuba. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
<https://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>.
- Castillo, K. (2017). *Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura* [Tesis de pregrado, UPAO]. Repositorio Institucional UPAO.
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/2611>.
- Condori, S. y Cruz, G. (2017). *Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017* [Tesis de pregrado, UNSAA]. Repositorio Institucional UNSAA.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5780>.
- De la Cuesta, C. (1995). Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*, pp. 203-204.
<http://hdl.handle.net/10045/18356>.
- Federación Internacional de Diabetes (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID (9ª ed.)*.
https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf.
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47 (6), pp. 251-254.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>.
- García, M. (2008). *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes post infarto agudo de miocardio, en una institución de cuarto nivel* [Tesis de pregrado, PUJ]. Repositorio Institucional PUJ.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9444/Tesis01.pdf;sequence=1>.

Gonzales, W. (2015). *Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014-enero 2015* [Tesis de pregrado, UNMSM]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4034>.

Goya, G., Rigchag, A. y Gonzales, E. (2016). Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Medicina Familiar y Atención Primaria, Nefrología*, pp. 1-6. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funcionalidad-familiar-adherencia-terapeutica/>.

Gudiño, C. y Tituaña, A. (2016). *Características familiares en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Atuntaqui, en el período de septiembre a noviembre del 2016* [Tesis de postgrado, PUCE]. Repositorio Institucional PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1>.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación (5ª ed.)*. McGraw Hill. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>.

Hernández, D. (2018). *Percepción de la Funcionalidad familiar en los adultos mayores del Club de Autoayuda San Judas Tadeo – Zona Sur del Callao* [Tesis de pregrado, UIGV]. Repositorio Institucional UIGV. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3268>.

- Huaccha, K. (2021). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, Centro de Salud Renal Primavera SAC* [Tesis de pregrado, UNT]. Repositorio Institucional UNT. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/17471>.
- Ibarra, N. (2017). *Percepción acerca de la funcionalidad familiar en pacientes adultos con diabetes tipo 2 y su adherencia al tratamiento* [Tesis de postgrado, UANL]. Repositorio Institucional UANL. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/14298>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). *Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. INEI. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf.
- Javier, S. (2014). *Funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en el paciente con Diabetes Mellitus 2* [Tesis de postgrado, UNAM]. Repositorio Institucional UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/391060>.
- Jiménez, J. (2015). *Disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico en diabéticos tipo 2* [Tesis de postgrado, UV]. Repositorio Institucional UV. <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Jazmin-Jimenez-Arellanes.pdf>.
- Lagos, H. y Flores, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuid salud, jul-dic 2014; 1* (2), pp. 1-8. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111.
- Lozada, L. (2017). *Determinantes sociodemográficos y culturales asociados a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes en*

- pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque* [Tesis de postgrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/4419>.
- Machaca, E. (2018). *Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud "Mi Perú"* [Tesis de pregrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27945>.
- Maqui, L. (2019). *Adherencia al tratamiento de la diabetes con la funcionalidad familiar según factores socioeconómicos y culturales, en pacientes del Hospital I Albrecht-Trujillo* [Tesis de postgrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31073>.
- Martínez, M. (2009). *Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. Perspectiva de la psicoterapia familiar*. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2106/27.pdf>.
- Martínez, K. (2018). *Depresión y adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unanue* [Tesis de pregrado, UPT]. Repositorio Institucional UPT. <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/941>.
- Meléndez, M., Garza, R., Fang, M. y Del Ángel, B. (2018). Conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, pp. 1-9. <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018>.
- Mendizábal, O. y Pinto, B. (2006). Estructura familiar y diabetes. *Ajayu*, 4 (2), pp. 191-211. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545474003.pdf>.

- Moreno, E. y Roales, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, (3), pp. 91-109. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>.
- Muñante, L. (2016). *Nivel de conocimiento sobre su enfermedad y funcionalidad familiar y su relación con la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Regional de Ica, octubre - noviembre* [Tesis de postgrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29949>.
- Ochavano, A. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz* [Tesis de pregrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27964>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=En%20abril%20de%202021%20C%20la,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos>.
- Ortega, T., De la Cuesta, D. y Dias, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana Enfermería*, 15 (3), pp. 164-168. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005.

- Ortego, M., López, S. y Álvarez, L. (2011). *La adherencia al tratamiento*. Ciencias Psicosociales I. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf.
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I. y Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 4 (1), pp. 63-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5128785>.
- Pinto, B. (2005). “*Porque no sé amarte de otra manera*”. Soipa srl. <https://www.yumpu.com/es/document/read/65739393/porque-no-se-amarte-de-otra-manera-tercera-edicion>.
- Porras, A. (2018). *Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna* [Tesis de pregrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18118>.
- Rivera, G. (2017). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos que acuden al área de emergencia del Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz”* [Tesis de postgrado, UNMSM]. Repositorio Institucional UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9099/Rivera_sg.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Rodríguez, M. y Guerrero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*, 39 (1), pp. 44-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639107>.
- Romero, R., Morales, C., Moreno, M. y Cárdenas, M. (2021). Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes

- mellitus tipo 2. *Aten Fam*, 28 (3), pp. 173-178.
<http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.3.79584>.
- Sauceda, J. y Maldonado, M. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. OPS /IMSS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51592>.
- Soto, N. (2018). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* [Tesis de pregrado, UCV]. Repositorio Institucional UCV.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/28164>.
- Suárez, E. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública* [Tesis de postgrado, UC]. Repositorio Institucional UC.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Torres, B. (2017). *Efectos del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2* [Tesis de postgrado, UANL]. Repositorio Institucional UANL.
<http://eprints.uanl.mx/id/eprint/14303>.
- Villalobos, A. y Araya, C. (2001). Variables que afectan la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II y características poblacionales de una muestra de la zona norte de Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33, pp. 19-37.
<https://www.redalyc.org/pdf/798/79890204.pdf>.
- Villalobos, A., Brenes, J., Quirós, D., y León, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II-Versión III (EATDM-III ©) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), pp. 31-38.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890204>.

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310 (20), pp. 91-94. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>.

Zenteno, M. (2015). *Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2 del “Centro de Salud Urbano la Popular” de la secretaria de Salud del Estado de Puebla* [Tesis de postgrado, UAP]. Repositorio Institucional UAP. DOI:10.13140/RG.2.1.3247.7040.

IX. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con N° DNI:
paciente del Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” he sido debidamente informado por la señorita Norka Julissa Morales Apolinario, responsable de la investigación, acerca de dos instrumentos que aplicará con fines de realizar el estudio titulado: “Funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Miellitus”, estudio que tiene como objetivo identificar la asociación entre ambas variables. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca de la investigación y teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, además que mi participación no involucra ningún tipo de riesgo a mi bienestar físico o emocional; ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

.....

Firma del participante

.....

Firma del investigador

Norka Julissa Morales Apolinario

Anexo B

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS**INSTRUCCIÓN GENERAL**

Estimado participante, a continuación, usted encontrará tres secciones sobre información personal. La primera sección es de datos generales. En la segunda sección encontrará un cuestionario de funcionamiento familiar, de 14 preguntas sobre cómo su familia se organiza y cómo interactúan los miembros de su familia. Y, en la tercera sección, un cuestionario de 55 preguntas, sobre el cumplimiento de su tratamiento en relación con los medicamentos, el seguimiento de una dieta y cambios que realiza en su estilo de vida. En todas estas secciones, por favor, responda con sinceridad, ya que dicha información será útil para contribuir como equipo en su tratamiento. Agradezco de antemano su colaboración.

I. DATOS GENERALES

Marque con una “X” entre los paréntesis, la respuesta que corresponda con su información personal:

- Sexo: Femenino () Masculino ()
- Edad: 30 a 40 años () 41 a 50 años () 51 a 60 años ()
- Tiempo de conocimiento de diagnóstico de Diabetes: _____

- ¿Cuenta con el apoyo de alguien en su tratamiento (alimentación, medicación, controles médicos, etc.)?: Sí () No ()
- Si su respuesta fue sí, especifique el parentesco: _____

II. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instrucciones: A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe marcar con una “X” su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente:

	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

III. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Instrucciones: Las siguientes oraciones representan situaciones de su vida cotidiana en relación con su tratamiento. Marque con una “X” si la respuesta es que: la situación nunca sucede, casi no sucede, sucede más o menos, si usualmente sucede o si sucede todas las veces.

	Nunca sucede	Casi no sucede	Sucede más o menos	Usualmente si sucede	Sucede todas las veces
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito consumir golosinas o caramelos					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto de azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12. Consumo frutas al menos una vez al día					
13. Consumo ocho vasos de agua diarios					

14. Camino para sentirme mejor.					
15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
18. Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19. Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20. Manejo mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22. Realizo paseos cortos durante el día					
23. Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24. Visito al médico del Hospital o Centro de Salud en caso de una complicación					
25. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					

26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					
27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28. Me realizo la glucemia cuando el medico lo solicita					
29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30. El Hospital o Centro de salud es accesible para poder ir por los medicamentos					
31. Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles de glucosa					
32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la Diabetes					
33. Mi familia conoce que es la Diabetes Mellitus					
34. Mi familia permite que mis alimentos sean preparados a parte de la comida de los demás					

35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)					
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40. Mis familiares me motivan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41. Mis familiares me incitan a la práctica de algún deporte					
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el Hospital o Centro de Salud					

44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados					
45. Se realizan en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas					
46. En la comunidad donde vive, se organizan en grupos para la práctica de algún deporte					
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive					
48. La comunidad se organiza para realizar actividades como la compra de medicamentos especiales para la Diabetes Mellitus					
49. La comunidad se organiza para realizar actividades como la compra de instrumentos de control de Glucemia					
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud en mi comunidad					
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad					

52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
53. Después del baño seco mis pies					
54. Asisto a algún lugar (hospital, clínica, centro de salud) para que me limen las uñas de manera adecuada					
55. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la Diabetes					

Nota: Revise, por favor, si respondió a todas las preguntas de las 3 secciones.

Anexo C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana?	OBJETIVO GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. 	HIPÓTESIS GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> Existe una correlación positiva y significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. 	VARIABLE INDEPENDIENTE: <ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento familiar VARIABLE DEPENDIENTE: <ul style="list-style-type: none"> Adherencia al tratamiento 	TIPO DE ESTUDIO: Correlacional DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo, descriptivo y transversal

	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las propiedades psicométricas del Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la Escala de Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II EATDM-III del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. • Identificar el tipo de funcionamiento familiar que prevalece en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima 	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe diferencias significativas en el tipo de funcionamiento familiar en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de enfermedad y percepción de apoyo familiar en su tratamiento. • Existe diferencias significativas en los niveles de adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, 	<p>POBLACIÓN:</p> <p>134 pacientes con diabetes mellitus tipo II del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Descriptivo y comparativo</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p>
--	--	--	---

	<p>Metropolitana según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento que prevalece en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento. • Establecer las diferencias significativas de funcionamiento familiar según sexo, edad, tiempo de 	<p>edad, tiempo de enfermedad y percepción de apoyo familiar en su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una correlación positiva y significativa entre las categorías de funcionamiento familiar y los factores de adherencia al tratamiento de los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL (Pérez et al., 1997) • Escala de Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II EATDM-III (Villalobos y Araya, 2006) <p>MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadísticos descriptivos
--	--	--	--

	<p>diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las diferencias significativas de adherencia al tratamiento según sexo, edad, tiempo de diagnóstico y percepción de apoyo familiar en su tratamiento en los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana. • Describir la relación entre las categorías de 			<ul style="list-style-type: none"> • Estadística inferencial
--	--	--	--	---

	funcionamiento familiar y los factores de adherencia al tratamiento de los pacientes del programa de diabetes de un hospital nacional de Lima Metropolitana.			
--	--	--	--	--

Anexo D

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Funcionamiento familiar	Manera que tiene la familia de organizar la forma de interactuar de sus miembros, de acuerdo con sus demandas	<ul style="list-style-type: none"> Familia funcional o moderadamente funcional, se caracteriza por su cohesión con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes 	Cohesión	<ul style="list-style-type: none"> Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones Toma de decisión de las tareas cotidianas 	El Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) consta de 14 ítems que pueden caracterizan o no a una determinada familia.
			Armonía	<ul style="list-style-type: none"> Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia Equilibrio emocional positivo 	

funcionales y pautas repetitivas de interacción	situaciones y en la toma de decisiones	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Miembros capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos 	Para cada reactivo existe una escala de 5 opciones de respuestas, que tienen una calificación en puntos: Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4) y Casi siempre (5) Cada uno de los 14 ítems que son presentados, se responde con una (x) en la escala de valores
	de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia	Adaptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas 	
	entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.	Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros 	
		Roles	<ul style="list-style-type: none"> Cada miembro cumple las responsabilidades y funciones 	
	<ul style="list-style-type: none"> Familia disfuncional: Es un espacio donde no se 	Permeabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones 	

		<p>valora al otro, no se apoya, no se cumple con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual, afecta directamente a los integrantes del grupo familiar</p>			<p>señalada; según la percepción del miembro de la familia.</p> <p>Posteriormente se suma las calificaciones de cada ítem, ello determinará en qué categoría se encuentra, siguiendo esta referencia: Familia Funcional de 70 a 57 puntos, Familia Moderadamente</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Funcional de 56 a 43 puntos,</p> <p>Familia Disfuncional de 42 a 28 puntos,</p> <p>Familia Severamente Disfuncional de 27 a 14 puntos.</p>
Adherencia al tratamiento	Es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de	La adherencia como una variante binaria de adherencia/ no adherencia, cumplidor/no cumplidor, cuyos factores determinantes son 4 áreas como son: el	<p>Apoyo familiar (AF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en la adquisición de insumos relacionados con el tratamiento • Apoyo en la alimentación y la toma de medicamentos. 	<p>Escala de Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (EATDM-III) ha resultado ser una escala útil para medir el apego al tratamiento en</p>
			<p>Organización y apoyo comunal (OAC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya de la comunidad para lidiar con la enfermedad 	

<p>una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende</p>	<p>paciente y su entorno, relación médico-paciente, la enfermedad y la terapéutica. (Martos, 2011).</p>	<p>Ejercicio físico (EF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actividad física 	<p>personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.</p> <p>La escala está compuesta por 55 ítems, distribuidos en siete factores. La encuesta es un cuestionario tipo Likert con 5 opciones de respuesta: - La situación no ocurre (0)</p>
		<p>Control médico (CM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atender a sus controles médicos y de laboratorio 	
		<p>Higiene y autocuidado (HA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Forma en que los pacientes se cuidan. 	
		<p>Dieta (D)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rutina de alimentación. Frecuencia de consumo de determinado grupo de alimentos 	
		<p>Valoración de la condición física (VCF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cómo el paciente percibe su estado físico Capacidad de realizar sus actividades cotidianas 	

					<ul style="list-style-type: none">- La situación ocurre entre el 1% y 33% de las ocasiones (1)- La situación ocurre entre el 34% y 66% de las ocasiones (2)- La situación ocurren entre el 67% y el 99% de las ocasiones (3)- La situación siempre ocurre 100% (4)
--	--	--	--	--	---