



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**RELACION ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES
CON CANCER DE CUELLO UTERINO EN UNA
INSTITUCION DE SALUD**

**Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad en
Cuidado Enfermero en Oncología**

Investigadores:

Lic. Espinoza Fritas, Liz Andrea

Lic. Luna Campos, Luis Enrique

Lic. Pérez Velazco, Milagros

Asesora:

Lic. Esp. Delia Luzmila Danjoy León

**LIMA-PERU
2017**

Lic. Esp. Delia Luzmila Danjoy León

Asesora

INDICE

	<i>Pág.</i>
Resumen	
Introducción	01
Capítulo I. El problema	
1.1. Planteamiento del Problema	02
1.2. Formulación del Problema	05
1.3. Justificación, viabilidad y factibilidad	05
Capítulo II.	
2.1. Propósito	06
2.2. Objetivos	06
2.2.1 Objetivo general	06
2.2.1. Objetivos específicos	07
Capítulo III. Marco teórico	
3.1. Antecedentes	08
3.2. Base teórica	10
Capítulo IV. Hipótesis	
4.1. Hipótesis general	19
Capítulo V. Material y métodos	
5.1. Tipo de estudio	20
5.2. Área de estudio	20
5.3. Población y muestra	21
5.3.1. Criterios de selección	22
5.4. Procedimiento y técnicas de recolección de datos	23
5.5. Operacionalización de las variables	28
5.6. Plan de recolección de los datos	29
5.7. Plan de tabulación y análisis de datos	29
Capítulo VI. Consideraciones éticas y administrativas	
6.1. Principios éticos	30
6.2. Aspectos administrativos	31
Referencias bibliográficas	33
Anexos	38

RESUMEN

El cáncer es un grupo de enfermedades, que se caracterizan por el crecimiento acelerado y descontrolado de células; no sólo afecta al enfermo, sino al entorno en donde se desarrolla: su familia. **Objetivo:** determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino. **Material y métodos:** La investigación se desarrollará dentro del enfoque cuantitativo; es un estudio correlacional, observacional, prospectivo y transversal; se recolectará la información a 278 pacientes que acuden al módulo III de Ginecología del servicio de Consultorios Externos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; se utilizará la Escala de efectividad de la Funcionalidad Familiar de Marie-Luise Friedemann y Escala de Adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos de Nava (2006). Una vez recolectada la información, se procederá a la codificación a través del programa estadístico SPSS versión 23, utilizando como prueba estadística el Chi cuadrado o “X²”. **Consideraciones éticas:** el proyecto de investigación se presentará al comité revisor de la Facultad de Enfermería; luego al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; para la verificación del cumplimiento ético en estudio en personas; los sujetos de estudio participarán de manera voluntaria, teniendo una breve explicación de los objetivos y propósito del estudio, a través del consentimiento informado se expresará esa libertad en su decisión de participar.

Palabras clave: Función familiar, adherencia al tratamiento, cáncer de cuello uterino

INTRODUCCION

Según la OMS el cáncer es un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, una característica es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (1).

El cáncer de cuello uterino afecta a mujeres entre 40 y 55 años de edad, a esta edad muchas de las mujeres afectadas tienen familia y compromisos laborales. El Virus Papiloma Humano o VPH está presente en más del 99% de los casos de cáncer de cuello uterino, este es una causa necesaria para el desarrollo de esta enfermedad y es el factor de riesgo más importante, el VPH se transmite de persona a persona durante las relaciones sexuales (2).

El cáncer puede considerarse como una crisis; debido a la capacidad de desorganizar el sistema familiar; en relación de este proceso se pueden encontrar familias funcionales o disfuncionales (3).

La familia funcional es aquella que brinda ayuda, afecto, aporta económicamente e interviene fundamentalmente a la recuperación de la paciente; en contraposición las familias disfuncionales que generan desajustes de la paciente y en el entorno familiar impidiendo su recuperación.; éstos desajustes ponen en juego la adherencia terapéutica, afecta la calidad de vida y de sus familias; presentando complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento (4).

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino en el módulo III de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante los meses de marzo – mayo del 2017.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012 ocurrieron 12,7 millones de casos nuevos y 8,2 millones de defunciones en el mismo año. Esta enfermedad puede conllevar a un largo tiempo de sufrimiento tanto a los pacientes y sus familias, tiene además repercusiones sociales y económicas; en el año 2012 el 63% de todas las defunciones por cáncer correspondió a países de bajos y medianos ingresos (5).

Se estima que para el año 2020 la incidencia mundial del cáncer se multiplicará por dos y que aproximadamente en el año 2030 se triplicará; específicamente se elevarían a más de 22 millones de casos nuevos (6).

El cáncer de cuello uterino es uno de los grandes problemas de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud; a nivel mundial en el año 2012 se diagnosticaron 527 624 casos nuevos; así mismo causó 265 653 muertes; el cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por el virus papiloma humano (VPH) (7).

En la región de las Américas, en el año 2012 más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cuello uterino y casi 35,700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad (8).

En el Perú; según los registros acumulados entre los años 2006 al 2011; el cáncer de cuello uterino es la primera causa de morbilidad con un 14,9% del total de tipos de cáncer, y es el primer tipo de cáncer que afecta a las mujeres; en lo

referente a la mortalidad en el año 2011 causó 11.5 muertes por cada 100.000 habitantes siendo uno de los tres primeros tipos de cáncer causa muerte; y ocupa el quinto lugar con una tasa de 5.6 muertes por cada 100.000 habitantes del total de todos los tipos de cáncer. El cáncer de cuello uterino se posiciona en el primer lugar en los 20 de 24 departamentos del país (9).

La familia como un conjunto de personas, constituyen un sistema dinámico de interacciones, cuya propiedad básica es que cualquier cambio en uno de sus miembros, potencialmente provoca modificaciones en los demás; es así que el cáncer, no origina solo cambios a la persona afectada sino a toda la familia (10).

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a la familia frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de cáncer se hace sentir en toda la familia; algunas sufren un deterioro en su calidad de vida; en su funcionalidad. El funcionamiento del grupo familiar permite determinar la salud emocional de los miembros de la familia, indicando que los hogares con niveles altos de funcionalidad son capaces de enfrentar la adversidad, el estrés y los retos; existen procesos que implican riesgo para las familias, situaciones de adversidad y duelo que trascienden la vida, el riesgo, la estabilidad emocional y el funcionamiento familiar (11).

La familia es afectada por el cáncer en los dominios de su funcionamiento; en donde se origina un enlace de cuidado que forma parte en la larga trayectoria de la enfermedad; afectando a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta de rutina cotidiana. Cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad, puede “desencadenar” la disfunción familiar; este miembro es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y a través de este individuo, se sintetiza la crisis (12).

Los tratamientos de las enfermedades, especialmente las crónicas en donde incluyen medicación y controles regulares; cabe resaltar la importancia de la compatibilidad entre las demandas de la enfermedad y el funcionamiento

familiar; una familia desunida encuentra mucho más difícil el control de las enfermedades que exigen trabajo de manera regular. El nivel de desestructuración que imponen a la vida familiar y el grado de compromiso familia y de trabajo indispensable para que el tratamiento tenga buenos resultados (13).

Las conductas no funcionales de la familia son muy perjudiciales para la adherencia del tratamiento en los pacientes, además en el caso de dieta y el ejercicio físico donde incide de manera negativa a la hora que los pacientes realicen conductas de salud de manera adecuada, generando pérdidas en lo personal, familiar y social; que afecta la calidad de vida del paciente y de quienes están a su alrededor (14).

Debido a que la familia es importante dentro de la adherencia terapéutica del cáncer de cuello uterino en la paciente que día a día tiene que enfrentar y afrontar la enfermedad, se desea lograr que la familia se involucre no sólo como un aporte económico, sino emocional y psicológico y juntos logren la recuperación de la paciente afectada; lamentablemente en la realidad específicamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, cuenta cinco módulos de atención para la consulta externa, y cada módulo tiene un profesional de enfermería; se logra evidenciar que muchas pacientes no cuentan con soporte familiar y provienen de familias disfuncionales; en el profesional de enfermería se observa que no existe interacción con la paciente y de indagar si cuenta con una familia de soporte, solo se limita a la función administrativa y asistencial; importándole que la paciente reciba la atención (consulta); en las conversaciones con las pacientes se aprecian separaciones de la pareja, lejanía de los hijos; y donde muchas veces afrontan solas la enfermedad y no logran acudir a sus consultas; ya sea por motivos económicos, personales, de distancia (provincia); situaciones que nos motivan a desarrollo de la investigación en esta área donde se logre conocer las causas de la disfuncionalidad familiar y su repercusión en la adherencia terapéutica.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en consultorios externos de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el período marzo – mayo 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN, VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Las cifras de pacientes con cáncer se incrementa en forma desproporcionada tanto a nivel mundial como nacional; día a día son más los afectados. Ya mencionaron algunos autores que refieren que el cáncer no sólo necesita del tratamiento terapéutico; requiere que involucre en acciones de prevención, curación y rehabilitación; lograr la adherencia terapéutica; pero ¿Cómo lograría todo esto sin la familia?; algunos estudios han justificaron su importancia; pero, ¿Se cumplirá esto en todas las realidades?.

El presente estudio aporta al campo de conocimientos de la enfermería; porque no existen investigaciones a nivel nacional, a través de éste se evidenciará en nuestra realidad la relación entre la funcionalidad y la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer de cuello uterino; es útil porque brindará al profesional de enfermería información necesaria sobre aspectos familiares de las pacientes y será capaz de brindar pautas y proponer estrategias dentro del trabajo multidisciplinario; es pertinente que enfermería desarrolle este tipo de investigaciones ya que no sólo interactúa con la paciente; sino con su familia y la comunidad; trabaja con las personas en el proceso de salud y enfermedad, tendiendo intervención en la prevención, tratamiento y recuperación.

CAPITULO II

2.1 PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio permitirán brindar al profesional de enfermería conocimientos necesarios sobre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino y de ésta manera encaminar sus cuidados tomando en consideración a la familia como estructura básica fundamental en el tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente; así mismo, permitirán sentar las bases para posteriores investigaciones logrando que se considere a la paciente con cáncer no como una persona aislada; sino como una persona en constante interacción con el entorno y su unidad familiar, así las atenciones dirigidas en un primer momento únicamente a la paciente serán ahora extendidas a las unidades familiares. De ésta manera los resultados podrán ser utilizados para obtener información necesaria para que conduzcan a desarrollar estrategias para mejorar la adherencia terapéutica y lograr la inclusión del trabajo en familias de las pacientes con cáncer de cuello uterino en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en consultorios externos de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el período marzo – mayo 2017.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la funcionalidad familiar de las pacientes con cáncer de cuello uterino.
- Identificar la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino.
- Relacionar la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

Morales, A. (2014), estudió la funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano, realizó un estudio tipo descriptivo, donde se aplicó el instrumento de evaluación FACES III, y una encuesta para variables sociodemográficas a una población 76 mujeres de entre 20 a 56 años de edad. En este estudio al explorar la disfunción familiar se encontró que un 82,9% disfuncionales y 17,1% funcionales; evidenciándose que la disfuncionalidad se presenta en más de la mitad de las pacientes con infección de virus de papiloma humano, condición importante ya que la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, por lo que el autor recomienda la necesidad de realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable como factor de riesgo (15).

Pérez, M. (2014), estudió la funcionalidad en pacientes adultos con enfermedad renal crónica ingresados a un programa de diálisis peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar 75 del Instituto Mexicano de Seguridad Social; estudio descriptivo, transversal y observacional; cuyo objetivo fue determinar la funcionalidad familiar en el grupo de estudio en mención, tuvo como población a 71 pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad renal, donde aplicó el Test de funcionamiento familiar obteniendo como resultados que un 43,7% corresponde a familias funcionales, un 43,7% a familias moderadamente funcionales y el 12,6% corresponde a familias disfuncionales, en este caso no se encontraron familias severamente disfuncionales. Concluye que la enfermedad renal crónica es un padecimiento que conlleva una elevada carga de implicaciones dentro de la dinámica familiar en cada uno de los pacientes que la integran. Da muestras de que el problema existe al interior de las familias y por lo tanto requiere de medidas de intervención por parte del equipo multidisciplinario de salud, concluye que se

debe garantizar la preparación adecuada del paciente y sus familias para la terapia sustitutiva renal ya que de ello depende en gran medida la adherencia terapéutica de los pacientes; mediante cursos y platicas educativas (16).

Olvera, S. (2014), realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional en 152 pacientes con hipertensión arterial para evaluar si existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad de las familias de los pacientes, aplicó una escala de adherencia terapéutica en para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y la escala de efectividad de funcionamiento familiar, obteniendo como resultado que un 72,1% de la población con hipertensión arterial que acude a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología tiene una alta adherencia terapéutica y un 71,4% está en una familia funcional. El estudio concluye que las familias son funcionales ya que mantienen el bienestar del paciente con hipertensión logrando la congruencia, la estabilidad familiar y personal y responden de manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud. Dicha situación se refleja en el alto porcentaje de nivel de adherencia terapéutica y concluye que enfermería como disciplina es la pieza que deberá articular los diferentes elementos multidisciplinarios que favorezcan la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, cimentándose en la familia (17).

González, O. (2013), realizó un estudio descriptivo en 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar de Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, cuyo objetivo fue identificar la adherencia terapéutica y su relación con la funcionalidad familiar, se aplicó un cuestionario MBG (Martin-Bayarre-Grau) y el Test de percepción de funcionamiento familiar, obteniendo como resultados el nivel de adherencia terapéutica, 65,0% tuvieron adherencia total, 35,0% adherencia parcial y ninguno resultó no adherido y los pacientes con funcionalidad familiar funcional fueron el 50,0%, moderadamente funcional 41,7%, disfuncional 8,3% y ninguno con familia severamente disfuncional, concluye que la detección y evaluación conjunta así como sistemática, de la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar, deberían ser implementadas en

la consulta externa, a través de escalas estandarizadas; para de esta manera poder realizar acciones de intervenciones encaminadas a aprovechar los procesos relacionales de la funcionalidad familiar en el logro de una buena adherencia terapéutica; recomendando implementar estrategias de intervención familiar educativa, pretendiendo de esta manera estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relaciones funcionales y adaptativos a los cambios, mejorando con ello su adherencia terapéutica y la calidad de atención (18).

3.2. BASE TEÓRICA

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (19); considerándose así a la familia como una célula matriz y generadora de una sociedad, es un entidad con características propias, la célula germinal de lo cultural, es quien ejerce la defensa de la vida; asegurando su continuidad, mediante la procreación, velando por la salud física y psíquica, desarrolla valores éticos y morales, presidiendo la inserción social, dando solidez a los bienes sociales, favoreciendo la producción y promoviendo la educación de los hijos (20).

La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud. La unidad familiar es la estructura social donde se establecen los comportamientos básicos que determinan la condición de salud de las personas, el riesgo de enfermarse y las conductas a seguir con respecto a las enfermedades (21).

La función de la familia en la salud está direccionada bajo tres aspectos: A) *La familia como contexto de salud*; la familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general. B) *La familia como causante de la salud y la*

enfermedad, el efecto positivo y necesario para la vida de los cuidados maternos y paternos está ampliamente reconocido. En el área de la familia como desencadenante de la enfermedad, los efectos negativos de algunas relaciones familiares para la salud mental y C) *La familia como proveedor de atención y cuidados*, en la actualidad la familia está adquiriendo una importancia cada vez mayor como dispensadora de atención en la enfermedad crónica, la minusvalía y en los cuidados al anciano. Además, se ha comprobado que los familiares constituyen la fuente más importante y principal de ayuda que tienen las personas en caso de enfermedad o dolencia (22).

Los autores de la investigación, definimos familia como un grupo constituido por dos o más personas emparentadas entre sí, constituye la base fundamental de la sociedad, y tiene como funciones básicas la cooperación económica, la socialización y educación; que contribuirán a la autorrealización de sus miembros y la conservación de su bienestar.

La familia funcional es capaz de utilizar los recursos intra y extra familiares, en la resolución de problemas, así como la participación en compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia logrando la maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros a través del soporte y guía mutua, mostrando amor y atención entre los integrantes del grupo familiar (23); es además un sistema emocional y que debe conservar una estabilidad que esta equilibrada por cada uno de los miembros de la familia, lográndose el bienestar del sistema (24); Navarro establece en la familia funcional lo sentimientos de amor y respeto son expresados en forma libre, además se reconoce que cada miembro es diferente y tiene propia individualidad, que tiene actividades en las cuales los otros no participan; es decir que la familia respeta ciertas áreas de autonomía y juntos logran el crecimiento y desarrollo familiar (25).

La funcionalidad se define como fuerza yoica y está compuesta por fuerzas y factores dinámicos que promueven el desarrollo de los recursos personales,

actuales y potenciales de los miembros de la familia, y que hace la vida familiar más satisfactoria y complaciente; siendo estas fuerzas interpersonales e intrafamiliares; aunque reciba influencia extrafamiliar (26).

Los autores definimos la funcionalidad familiar como la relación dinámica e interactiva entre sus integrantes que le permiten mantener la congruencia en las relaciones y afrontar cambios que la desestabilicen permitiéndose así lograr la adaptación y desarrollo de cada uno de sus integrantes en cualquier proceso que a éste le suscite.

La presente investigación se sienta sobre la Teoría de la Funcionalidad familiar propuesta por Marie Luise Friedemann, quién la construyó basándose en el marco teórico de la Organización Sistémica, desde una perspectiva del cuidado de Enfermería; define a la familia como un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros. La familia imprime a cada uno de sus miembros características que la dan una identidad familiar y personal. La efectividad de la funcionalidad familiar es la forma como se organiza el sistema efectivamente a las demandas de cada miembro y del entorno, y lograr las metas a través de la dimensiones, permitiendo a cada integrante sentirse satisfecho con su grupo familiar y manejar la ansiedad generada por los requerimientos; es así que las familias son funcionales cuando reciben apoyo, ánimo y comprensión entre sus miembros, lo que le permite progresar a estadios normales de crecimiento y desarrollo; donde es común observar que posean comunicación clara y directa; definición de roles, autonomía, habilidad para resolver problemas, cohesión y solidaridad entre los integrantes (27).

La teoría está compuesta por cuatro dimensiones desarrolladas a nivel interpersonal y familiar y son: a) *Mantenimiento del sistema*: son aquellas estrategias de conducta que son ancladas en la tradición, se refieren al mantenimiento de la estructura y organización familiar. b) *Cambio del sistema*: se refiere a la incorporación de nuevo conocimiento y asumir nuevas conductas,

se da cuando alguno de los integrantes de la familia pasa por una situación de estrés generada dentro o fuera del sistema familiar, y que finalmente le permite determinar nuevas prioridades en la vida. *c) Coherencia:* son las relaciones entre miembros de la familia. La coherencia tiene el propósito de la estabilidad de la familia, es la unión de los subsistemas de una persona, está integrada por los valores, creencias actitudes y percepciones de la persona y se relacionan con el ser y el propósito humano en la vida. *d) Individuación:* la familia anima a sus miembros a adquirir nuevo conocimiento a establecer roles dentro del sistemas de ambiente y por lo tanto a experimentar crecimiento personal, comprende la seguridad interna del individuo, incluyen actividades físicas e intelectuales que expanden el horizonte de una persona y sentido de propósito en la vida (28).

La teoría a su vez contiene cuatro grandes metas, que interactúan a lo largo del sistema para formar el equilibrio dinámico a través del cual el sistema saludable se ajusta continuamente para encontrar congruencia entre su propio orden y del medio ambiente; se describe cada una de las metas: *a) Control:* las amenazas del ambiente son colectivamente reducidas y la energía es cuidadosamente canalizada para restablecer la congruencia, su propósito es reducir la ansiedad generada por la sensación de vulnerabilidad e impotencia ante una situación. *b) Espiritualidad:* relacionada con valores de compromiso, amor y afecto. Agrupa todo lo que emocionalmente une a los miembros de la familia y todo lo que anima a buscar crecimiento personal fuera de la familia. *c) Estabilidad:* determina las tradiciones y patrones comunes de comportamiento basados en valores básicos y en creencias; ésta es necesaria para la supervivencia del sistema familiar, ya que genera la seguridad dentro del ambiente familiar incluye todos los valores y creencias básicas que se transmiten de generación en generación y permite que la familia sea estable; y *d) Crecimiento:* requiere una reorganización básica de valores y prioridades; el crecimiento es necesario en situaciones en que la estabilidad de la persona se ha vuelto incongruente con el ambiente y resulta en nuevos comportamientos derivados de un grupo de creencias y actitudes recién ajustadas (29).

La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona toma la medicación, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones. Los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud, en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito para la práctica clínica efectiva (30).

Se describen muchas lecciones claves para mejorar la adherencia terapéutica; **a) *Los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados***; se tiende a centrar en los factores relacionados con el paciente las causas de los problemas con la adherencia, y se descuidan relativamente el personal asistencial y los determinantes vinculados con el sistema de salud **b) *La consecuencia de la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo son magros resultados de salud y mayores costos sanitarios***; la buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y observar un comportamiento sexual seguro y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos (31).

c) *La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes*; dado que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado de los pacientes, que por lo general requiere politerapias complejas, empleo de tecnología médica para el monitoreo y cambios en el modo de vida del paciente, estos enfrentan varios riesgos potencialmente mortales si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas. **d) *La adherencia terapéutica quizá sea la mejor inversión para abordar efectivamente los procesos crónicos***; los estudios describen, en forma sistemática, ahorros de costos y aumentos considerables de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica. Las intervenciones que promueven la adherencia terapéutica pueden ayudar a cerrar

la brecha entre la eficacia clínica de las intervenciones y su efectividad cuando se las emplea en el campo y, por lo tanto, aumentar la efectividad y la eficiencia general del sistema de salud (32).

e) Los sistemas de salud deben evolucionar para afrontar nuevos desafíos; el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad, de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos cincuenta años, ha tornado obsoleta para abordar las necesidades de salud de la población, la naturaleza cambiante de la prevalencia de las enfermedades también influye sobre las actividades en el ámbito del sistema; en los países en desarrollo este cambio está ocurriendo a una mayor velocidad, cuando aún se lucha contra las enfermedades transmisibles. *f) La adherencia terapéutica requiere de un enfoque multidisciplinario;* el problema de la falta de adherencia se ha discutido con amplitud, pero no han logrado aprovechar las contribuciones potenciales de las diversas disciplinas de la salud. Se necesita un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances en este tema (33).

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores denominados dimensiones. *Factores socioeconómicos;* si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. *Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria;* una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo; estos son: servicios de salud poco desarrollados, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento (34).

Factores relacionados con la enfermedad; constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad, algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. ***Factores relacionados con el tratamiento;*** son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (35).

Factores relacionados con el paciente; los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente (36).

La familia es la responsable del cumplimiento del tratamiento. Cuando la familia es funcional e integrada al tratamiento la adherencia y los controles mejoran notablemente, por el contrario si la familia no es funcional todo el plan puede fallar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tratamiento, su adherencia y su rehabilitación (37).

El cáncer de cuello uterino se desarrolla en la unión escamocolumnar, es decir, el área del cuello uterino en donde las células escamosas del revestimiento vaginal y de la porción externa del cuello se unen con las células columnares que tapizan el canal endocervical, El cáncer invasivo esta precedido de una historia de diez a veinte años de cambios celulares pre invasivos que varían desde la displasia leve hasta el carcinoma in situ (38).

Los factores de riesgo para desarrollar el cáncer de cuello uterino son los siguientes: Actividad sexual temprana, compañeros sexuales múltiples, compañeros sexuales con alto riesgo, antecedentes de enfermedades de

transmisión sexual, tabaquismo, multiparidad, estado socioeconómico bajo, inmunodepresión y antecedentes de displasia vaginal o vulvar. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta neoplasia es la falta de realización de la citología del cuello uterino. Es importante enfatizar que la infección con ciertos subtipos del Virus papiloma humano (VPH) es el factor más importante en el desarrollo de las neoplasias del cuello uterino (39).

Los síntomas comunes incluyen sangrado vaginal anormal, sangrado después de tener relaciones sexuales y flujo (acuoso mucoso de mal olor o purulento), en el caso de enfermedad avanzada, las pacientes se pueden quejar de dolor en la espalda o dolor pélvico que se irradia a las extremidades inferiores. Otros síntomas vistos en la enfermedad avanzada incluyen molestias intestinales y urinarias como hematuria, hematoquezia o paso de orina/heces por vagina. El cáncer de cuello uterino puede diseminarse por extensión directa, linfática y hematológica. Se puede propagar directamente a los parametrios, cuerpo uterino, vejiga, vagina, recto y cavidad peritoneal, por vía linfática puede afectar a cualquiera de las cadenas ganglionares pélvicas (40).

Los siguientes estudios y procedimientos son utilizados para la estadificación del cáncer del cuello uterino: radiografía del tórax, urografía excretora, enema con bario, rayos X óseo, biopsias por colposcopia, conización del cuello uterino, cistoscopia y proctoscopia. Otros estudios y procedimientos opcionales que pueden obtenerse, pero que no alteran la estadificación, incluyen los siguientes: tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonografía, gammagrafía con radionúclidos, laparoscopia y laparotomía. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía y radioterapia. La intervención quirúrgica y la radioterapia definitiva con quimioterapia son alternativas apropiadas para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino temprano, incluyendo la etapa IIA de la FIGO (41).

La prevención es la estrategia fundamental para erradicar el cáncer de cuello uterino, se recomiendan que todas las mujeres retarden el inicio de relaciones sexuales; a que tengan una sola pareja sexual activa, el uso de métodos

anticonceptivos, incluir alimentos ricos en vitamina A y C, el consumo de ácido fólico, así como actividades que incentiven la cesación de consumo de alcohol y tabaco, y fundamentalmente lograr que el cribado alcance a la mayoría de las mujeres que han iniciado relaciones sexuales (42).

CAPITULO IV

HIPOTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

A un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar mayor adherencia terapéutica.

4.2. VARIABLES DE ESTUDIO

- **VARIABLE INDEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**
- **VARIABLE DEPENDIENTE: ADHERENCIA TERAPÉUTICA.**

CAPITULO V

MATERIAL Y METODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolla dentro del enfoque cuantitativo, por tener características de ser secuencial y probatorio; es correlacional ya que describen la relación entre dos o más variables, categorías o conceptos sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales; según el análisis y alcance de los resultados es un estudio observacional o no intervencionista; es prospectivo ya que a información se registrará en el período que van ocurriendo los fenómenos y es transversal ya que se estudian las variables en un determinado momento (43).

5.2. AREA DE ESTUDIO

La investigación se desarrollará en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; organismo público descentralizado del Ministerio de Salud; ubicado en la avenida Angamos Este N° 2520, en el distrito de Surquillo-Lima-Perú. Es una institución perteneciente al IV nivel de atención que brinda servicio especializado en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades tumorales o neoplásicas.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con el servicio de consultorios externos; la cual está dividido en VI módulos de atención; específicamente la investigación se desarrollará en el III módulo de Ginecología, este módulo brinda atención especializada de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la paciente afectada por neoplasias localizadas en el aparato reproductor femenino.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará conformada por las pacientes que acuden al módulo III de Ginecología con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino; en el año 2014 brindó más de 309 059 consultas; de éstas 17375 consultas eran realizadas en pacientes continuadoras; lo que aproximadamente se brindó 1447 consultas mensuales.

Para la muestra se utilizará el tipo de muestreo probabilístico aleatorio al azar simple, obteniendo una muestra de 278 pacientes.

A. Fórmula

$$n = \frac{N (PQ) Z^2}{(N-1) E^2 + Z^2 (PQ)}$$

Datos:

- N = Población
- P = 0.5
- Q = 0.5
- $Z^2 = (1.96)^2 = 3.8416$ (Coeficiente de confiabilidad)
- E = Margen de error permisible = 5% = $(0.05)^2 = 0.0025$
- n = Tamaño de la muestra

$$n = \frac{1447(0.25) 3.8416}{(1446) 0.0025 + 3.8416 (0.25)}$$

$$n = \frac{1389.70}{5}$$

$$n = 277.94$$

$$n = 278$$

5.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que acuden al Módulo III de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes que acuden a su primera consulta de control posterior al tratamiento.
- Pacientes que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes que residan en la ciudad de Lima.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

5.3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que por la evolución de la enfermedad les impida responder el instrumento.
- Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer.
- Pacientes que residan en provincia.
- Pacientes que acuden por primera vez al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

5.4. PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio el procedimiento utilizado será la encuesta; ya que a través de ella se obtendrá la información de las pacientes con cáncer de cuello uterino; utilizando como instrumento el cuestionario (44).

Para la variable funcionalidad familiar, se utilizará la escala de efectividad de la funcionalidad familiar, diseñada por Marie-Luise Friedemann, que permite medir los conceptos de la teoría “Estructura de Organización Sistémica”, el cual refleja la efectividad del funcionamiento familiar (**ver anexo 2**) (45).

El instrumento es auto aplicable, está conformado por 20 ítems, cada uno con tres indicadores que ha sido ponderado previamente por la autora del instrumento. Los ítems están agrupados según las dimensiones propuestas en el marco de la organización sistémica familiar, en donde cada una de ellas tiene asignado un número determinado de ítems del instrumento: coherencia (C), individuación (I), cambio del sistema (CS), mantenimiento del sistema (MS).

Para la validez del instrumento es validado a través de Varimax; en que el factor 1 se refirió al sistema homeostático con valor de 6.01 los restantes fueron similares en fortaleza pero más débiles que el factor 1, con valores que oscilan entre 1,01 y 1,41. El factor 2 expresó el sistema morfogénico o implicación con la comunidad; el factor 3 refirió al proceso de individuación o morfogénesis a nivel personal y el factor 4 dirigió al apoyo externo. De allí el resultado fue compatible con la base conceptual. El instrumento tiene un Alfa de Crombach de 0.86 a 0.84, lo que significa que es confiable.

La ponderación de del instrumento corresponde de la siguiente manera: nivel 1 bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar; 2 intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar; 3 alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar; el puntaje del instrumento es equivalente a la suma del puntaje de las subescalas, como se observa en el cuadro N° 01.

Cuadro N° 01. Nivel de ponderación del instrumento

Nivel	SIGNIFICADO
1	Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. Problemas graves. De 20 a 50 puntos.
2	Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar Problemas moderados. De 51 a 55 puntos.
3	Alta nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. Sin problemas. De 56 a 60 puntos.

La asignación para cada una de la dimensiones está determinada por rangos; el rango mínimo cuya sumatoria total de veinte (20) y el rango máximo con una sumatoria total de sesenta (60); y una clasificación por niveles para cada una de las dimensiones en: alto nivel, nivel intermedio, bajo nivel; como se observa en el cuadro N° 02.

Cuadro N° 02. Nivel de ponderación de las dimensiones

DIMENSIONES	RANGOS		CLASIFICACION		
	MINIMO	MAXIMO	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Mantenimiento del sistema (MS)	7	21	17-21	12-16	7-11
Cambio del sistema (CS)	5	15	13-15	9-12	5-8
Individuación (I)	3	9	8-9	6-7	3-5
Coherencia (C)	5	154	13-15	9-12	5-8

Para la variable adherencia terapéutica se utilizará la Escala de Adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos de Nava, C (2006), esta escala contiene 21 ítems

para todos los ítems se presenta una escala de 0% (nunca) a 100% (siempre), en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100% (siempre) el paciente es más adherente; los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0- 33%: baja adherencia; de 34%-67%: moderada adherencia; de 68%-100%: alta adherencia. El instrumento tiene un Alpha de Crombach de 0.919, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%. Respecto al análisis factorial los ítems se agruparon en tres categorías, cada una de ellas con 7 ítems (**ver anexo 3**) (46).

El primer factor (control de ingesta de medicamentos y alimentos), evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos; el Alpha de Crombach obtenido fue alto (0.877), como también para los ítems que resultaron en un rango de 0.872 a 0.875, como se observa en el cuadro N° 03.

Cuadro N° 03. Primer factor: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.

Items	Alpha
1) Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	0.830
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	0.831
3) Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	0.785
4) Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	0.792
5) Como solo aquellos alimentos que el médico me permite.	0.804
6) Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	0.839
7) Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	0.872

Para el segundo factor (Seguimiento Médico conductual), evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo. El Alpha de Crombach obtenido fue alto (0.798), como también para los ítems de este factor estuvieron entre 0.779 a 0.994, como se observa en el cuadro N° 04.

Cuadro N° 04. Segundo factor: Seguimiento médico conductual.

Items	Alpha
1) Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	0.718
2) Asisto a mis consultas de manera habitual.	0.694
3) Atiendo a las recomendaciones que el médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	0.724
4) Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	0.705
5) Si mi enfermedad es peligrosa pongo poca atención en el tratamiento.	0.779
6) Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no me sienta enferma.	0.753
7) Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	0.768

Finalmente, el tercer factor (Autoeficacia) evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud. El Alpha de Cronbach obtenido fue alto (0.850), como también para los ítems de este factor estuvieron entre 0.826 a 0.765, como se observa en el cuadro N° 05.

Cuadro N° 05. Tercer factor: Autoeficacia.

Items	Alpha
1) Cuando me dan el resultado de mis análisis clínicos, estoy más segura de lo que tengo y me apego al tratamiento.	0.779
2) Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida recibir mi tratamiento.	0.769
3) Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	0.804
4) Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	0.773
5) Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que reciba mi tratamiento.	0.826
6) Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que está en mis manos para aliviarme.	0.784
7) Aunque el tratamiento sea complicado, lo continúo.	0.765

5.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Funcionalidad Familiar.	Es la relación dinámica e interactiva entre sus integrantes que le permiten mantener la congruencia en las relaciones y afrontar cambios que la desestabilicen permitiéndose así lograr la adaptación y desarrollo de cada uno de sus integrantes en cualquier proceso que a éste le suscite.	Mantenimiento del sistema.	Acciones colectivas intrafamiliares que suplen las necesidades de cada miembro a través de las costumbres.	Relación de ayuda intrafamiliar positiva o negativa. Relación ayuda extrafamiliar positiva o negativa.
		Cambio del sistema.	Relación social de la familia, logrando la adquisición de nuevos conocimientos.	Expresión de valores positivos y negativos. Expresión de conductas positivas y negativas.
		Coherencia.	Integración de cada uno de los miembros de la familia a través de la relación afectiva.	Expresión de sentimientos positivos o negativos. Relaciones intrafamiliares positivas o negativas. Relaciones extrafamiliares positivas o negativas.
		Individuación.	Búsqueda de soporte social para el logro de objetivos familiares.	Relaciones extra familiares adecuado o inadecuado. Apoyo extra familiar adecuado o inadecuado.
Adherencia terapéutica.	Es el grado de aceptación, seguimiento y realización de las recomendaciones sobre modo de toma de medicamentos, consultas de control, dieta, ejercicios y estilos de vida saludable que brindan los profesionales de salud.	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.	Son medidas destinadas a la adecuada toma de medicamentos y alimentos.	Ingesta correcta o incorrecta de medicamentos. Ingesta correcta o incorrecta de alimentos.
		Seguimiento médico.	Son acciones que garantizan la continuidad en la atención de salud.	Relación profesional de la salud-paciente adecuada o inadecuada. Cumplimiento o incumplimiento de pruebas diagnósticas y análisis clínicos.
		Autoeficacia.	Es el control que tiene el paciente sobre el proceso salud- enfermedad.	Aceptación. Confianza. Autopercepción.

5.6. PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

El proyecto de investigación será presentado a la UICT (Unidad de ciencia, investigación y tecnología de la Facultad de Enfermería para su respectiva aprobación. El presente proyecto de investigación será presentado al Comité de ética la Universidad Peruana Cayetano Heredia; para la verificación del cumplimiento ético en estudio en personas.

Se solicitará la autorización al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN); a través de la Unidad de Docencia y Capacitación para la ejecución del estudio; se coordinará con el médico jefe y la licenciada de enfermería jefe del servicio de consultorios externos, explicándoles los objetivos y el propósito del estudio; para lograr el acceso al módulo III de Ginecología, recolectando la información los días lunes, miércoles y viernes, durante todo el día; se abordará a las pacientes antes de ingresar a la consulta médica, explicándoles el objetivo y propósito del estudio; firmando el consentimiento informando se procederá a al llenado de los instrumentos, tomando aproximadamente 40 minutos por cada pacientes, durante el periodo de tres meses para la recolección de la información a la muestra del estudio (278 pacientes).

5.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información, se procederá a la codificación a través del programa estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 23; desarrollado en la Universidad de Chicago, utilizando como prueba estadística el Chi cuadrado o “ X^2 ”; que establecerá la relación categórica entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer de cuello uterino. La presentación de datos se utilizará gráficos y cuadros estadísticos.

CAPITULO VI

CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1. PRINCIPIOS ETICOS

Dando cumplimiento a los principios éticos en estudios con seres humanos, se dará cumplimiento al principio de no maleficencia, ya que sólo a través del llenado de los dos instrumentos de recolección de datos, no se dañará al sujeto de estudio, ni se pondrá en riesgo su vida.

A través del presente estudio se obtendrán datos fiables, en donde refleje la situación actual de las persona con cáncer de cuello uterino y como se puede ayudar o brindar soluciones en lo referente a la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica; tomando solo la información necesaria para el estudio, dando cumplimiento al principio de beneficencia.

Los sujetos de estudio participarán de manera voluntaria sin presiones, teniendo una breve explicación de los objetivos y propósito del estudio, a través del consentimiento informado se expresará esa libertad en su decisión de participar, además de mantener los datos en el anonimato sin exponer la privacidad, dando cumplimiento al principio de autonomía.

Mediante un trato amable y respetuoso se acercará a la sujeto de estudio; brindando la información oportuna y necesaria a todas por igual; sin discriminación dando cumplimiento al principio de justicia.

6.2. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.2.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2014			2015			2016			2017		
	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
IDEA DE INVESTIGACION	↑											
FORMULACION DEL PROBLEMA			↑									
ASORIAS												
BUQUEDA DE ANTECEDENTES												
REDACCION DE ANTECEDENTES												
BUQUEDA DE MARCO TEORICO												
REDACCION DE MARCO TEORICO												
ESTRUCTURACION DEL PROYECTO												
PRESENTACION DE LA INVESTIGACION EN LA UICIT												
PRESENTACION AL COMITE DE ETICA DE LA UPCH												
ACEPTACION DE INVESTIGACION UPCH												
PRESENTACION Y AUTORIZACION - INEN												
RECOLECCION DE LA INFORMACION												
ANALISIS DE LA INFORMACION												
SUSTENTACION Y EXPOSICION DE RESULTADOS												
PUBLICACION DE INVESTIGACION												

6.2.2. PRESUPUESTO

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Investigadores	3	-	-
	Estadístico	1	S/. 400.00	S/.400.00
2	Lapiceros	3	S/. 2.50	S/.7.50
	Cuadernos	3	S/.12.00	S/.36.00
	Lápices	3	S/. 1.20	S/. 3.60
	Correctores	3	S/. 2.00	S/. 6.00
	Hojas bond	2000	S/. 12.00	S/.24.00
	Folder manila y fastener	20	S/. 1.50	S/.30.00
3	Internet	1000 h	S/. 1.00	S/.1000.00
	Biblioteca	50	S/. 5.00	S/.250.00
	Copias fotostáticas	2000	S/.0.10	S/. 200.00
	Impresiones	2000	S/. 0.20	S/.400.00
	Llamadas telefónicas	100 h	S/. 0.50	S/.50.00
4	Movilidad –colecta de datos	60	S/. 5.00	S/.300.00
	Movilidad – análisis de datos	60	S/. 5.00	S/. 300.00
	Viáticos – colecta de datos	60	S/. 10.00	S/.600.00
	Viáticos – análisis de datos	60	S/. 10.00	S/.600.00
TOTAL				S/. 4203.50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. OMS. [Actualizado febrero 2015]. [Acceso 25 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (2) SEOM – Sociedad Española de Oncología Médica. [Actualizado 11 de Marzo del 2013]. [Acceso 25 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/cervix?start=2#content>
- (3) Fernández Ortega Miguel Ángel, El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 47. Núm. 6. 2004. [Sede Web], México. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- (4) Alvarado-Aguilar Salvador, Ochoa-Carrillo Francisco Javier, Guerra-Chávez Hilda Griselda et al. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (perspectivas del oncólogo). Revista GAMO. Vol. 10. Núm. 3. Mayo-junio. 2011. [Sede Web]. México. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adherencia-terapeutica-del-paciente-con-90024243>
- (5) Organización Mundial de la Salud. OMS. (Óp. cit.)
- (6) Organización Mundial de la Salud. OMS. (Óp. cit.)
- (7) The Global Cancer Atlas – GLOBOCAN – [página web]. [Acceso 24 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- (8) The Global Cancer Atlas – GLOBOCAN – [página web]. (Óp. cit.)
- (9) Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013 - Ministerio de Salud del Perú – Dirección General de Epidemiología. Noviembre 2013. [Boletín en internet]. [Acceso 21 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- (10) Cortés-Funes Fabiola, Bueno Juan Pablo, Narváez Almudena et al, Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. Revista

Psicooncología., Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, [Sede Web], España. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/40901/39158>

- (11) Pérez Sánchez Lucía, Mercado Rivas Martha, Espinoza Parra, Irene Margarita. La familia y los procesos de enfermar. Revista Waxapa, Año 1. Vol. 1, Núm.1. Universidad Autónoma de Nayarit. 2009, [Sede Web]. México. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091t.pdf>
- (12) Rolland Jonh S. Familias enfermedad y discapacidad. 1ª ed. España: Gedisa; 2000.
- (13) Aubá Enrique. Una baja cohesión familiar incide en las pacientes con cáncer de mama. Revista de clínica universitaria de Navarra. Abril-Junio 2007. N° 060. [Sede Web]. España. [Acceso el 25 de marzo de 2015].
Disponible en: http://www.cun.es/dms/cun/revista-noticiasCUN/completas/noticiascun060_web.pdf
- (14) Munar Sinisterra, Gerardo Esteban. La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. Universidad de la Sabana. Colombia. 2007.
- (15) Morales Arteaga Alejandro. Tesis. Funcionalidad familiar en mujeres con infección del virus del papiloma humano en la unidad de medicina familiar No 92 del IMSS del periodo de 1 de marzo del 2012 a 30 de Junio del 2012. [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14564/1/412076.pdf>
- (16) Pérez Hernández Mónica. Tesis. Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UFM 75 del IMSS. 2014. [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015].
Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/14525/411776.pdf?sequence=1>
- (17) Olvera Arreola Sandra. Tesis. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión familiar. 2012. [Sede Web]. México. [Acceso el 04

- de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.pdf>
- (18) Gonzales Lucario Oscar. Tesis. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar en el centro médico “Lic. Adolfo López Mateos”. 2013. [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/14302/405580.pdf?sequence=1>
- (19) La familia, conceptos y tipos. Enciclopedia británica en español [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
- (20) Aresca L., Birgin D., Buceta E. et al. Psicooncología- Diferentes miradas. Editorial Lugar. 2004. Buenos Aires. Argentina.
- (21) Organización panamericana de la salud. La familia y la salud. 44° consejo directivo 55° comité regional. Washington 22 al 26 de setiembre del 2003. [Sede Web]. USA. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/DiaInternacionaldelasFamilias.pdf>
- (22) De la Cuesta Benjumea Carmen. Familia y salud. Revista ROL de Enfermería N° 203-204. 1995. [Sede Web]. Colombia [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18356/1/Familia%20y%20salud.pdf>
- (23) Parreño Gamez Cristela. Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. Unidad de medicina familiar n° 7. [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf
- (24) Masis Sanabria Sandra. Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir y Murray Bowen. Universidad de Costa Rica. [Sede Web]. Costa Rica. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan048238.pdf>

- (25) Martínez Navarro, María. Funcionalidad y disfuncionalidad de familia (Perspectiva desde la psicoterapia familiar. Anuario Jurídico de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1986. [Sede Web]. México. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>
- (26) Polaino-Lorente Aquilio, Martínez Cano Pedro. Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia. Editorial Grafica Anzos S.L. 1998. [Sede Web]. España. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=mHfevHTMkGUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- (27) Friedemann Marie-Luise. The Framework of Systemic Organization. Sage Publication. 1995. USA.
- (28) Friedemann Marie-Luise. (Óp. cit.).
- (29) Friedemann Marie-Luise. (Óp. cit.).
- (30) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo – pruebas para la acción. 2004. [Sede Web]. Suiza. [Acceso el 04 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
- (31) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (32) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (33) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (34) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (35) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (36) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (37) Organización Mundial de la Salud. (Óp. cit.).
- (38) Bruce A. Chabner, Thomas J. Lynch et al. Harrison – Manual de Oncología. Editorial Mc Graw Hill. Traducción de la primera edición en inglés. 2008. México.
- (39) Bruce A. Chabner, Thomas J. Lynch et al. Harrison. (Óp. cit.).
- (40) Bruce A. Chabner, Thomas J. Lynch et al. Harrison. (Óp. cit.).
- (41) Bruce A. Chabner, Thomas J. Lynch et al. Harrison. (Óp. cit.).

- (42) Otto Shirley E. Enfermería oncológica. Editorial S.A. Elseiver España. 3° Edición. 2001. España.
- (43) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. Editorial Mac Graw Hill. 5° edición. 2010. México.
- (44) Pineda E. de Alvarado. Metodología de la investigación. Serie PALTEX. OMS. 3° edición. 2008. USA.
- (45) Friedemann M. L. Escala de la funcionalidad familiar (versión en español). Traducción realizada por el departamento de lenguas extranjeras de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2006.
- (46) Soria Trujillo R, Vega Valero C, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Rev. Alternativas en Psicología. Vol. 14 N° 20. 2009. México. [Acceso 21 de septiembre de 2014]. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008.

ANEXOS

ANEXO N° 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución : Universidad Cayetano Heredia.
Investigadores : Liz Espinoza Fritas, Luis Luna Campos y Milagros Pérez Velazco
Título : Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con
cáncer de cuello uterino.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para determinar la relación entre la evaluar la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino utilizando dos instrumentos auto administrados.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio llenará los siguientes instrumentos:

1. Escala de evaluación de la funcionalidad familiar.
2. Escala de adherencia terapéutica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre:
DNI:

Fecha

Nombre:
DNI:

Fecha

Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO N° 02
ESCALA DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
(Versión en español)

I. INTRODUCCION

Buenos días, le saluda los Licenciados en enfermería: LIZ ANDREA ESPINOZA FRITAS, LUIS ENRIQUE LUNA CAMPOS Y MILAGROS PEREZ VELAZCO, con el fin de proporcionarle dos instrumentos que servirán para el desarrollo de nuestro estudio intitulado: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO; La información recolectada a continuación es de MANERA ANÓNIMA, cumpliendo con las consideraciones éticas en las investigaciones en salud, por lo tanto a través de su CONSENTIMIENTO INFORMADO, se le pide que responda con veracidad; agradeciéndole anticipadamente su participación.

II. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de las pacientes con cáncer de cuello uterino.

III. DATOS DE FILIACION

Marque con un aspa (X) según corresponda.

3.1. ESTADO CIVIL

3.2. EDAD

3.3. TIEMPO DE ENFERMERDAD

3.4. CONDICIÓN DE INGRESO

3.5. TIENE HIJOS

3.6. TRABAJA

Soltera	Casada	Viuda	Divorciada
18-28	29-39	40-50	50-60
Menos de un año		Más de un año	
Continuador		Recaída	
SI		NO	
SI		NO	

IV. INSTRUCCIONES

A continuación en cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X en el cuadrado del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de estas le gustan por su semejanza; seleccione la que considere más preferida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

1	C	Generalmente nuestra familia está feliz.	En nuestra familia hay rabia y tristeza.	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos.
2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad.	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros.	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia.
3	I	Si alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia.	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad.	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar.
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio.	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente.	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa.
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias.	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos.	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra.
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende.	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces creen que no los entendemos bien.	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas.
7	I	Nos gusta participar en actividades	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades	Algunas veces participamos en

		comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos.	actividades comunitarias de la iglesia o de sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita.
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian.	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos hagan un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos.	Si necesitamos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano.
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto.	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente.	Si se presenta un problema serio en nuestra familia, lo enfrentamos todos juntos.
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada .	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	En nuestra familia algunos podrían colaborar mas.
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones.	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones.	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien.
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos sin recurrir a las instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos.	Si tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos luchamos por nuestros derechos.	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas.
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos.	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan.	Nosotros no le contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad.
14	M S	Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido.	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia.	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido.
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar.	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras.	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos.

16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho en uno por el otro.	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones.	En nuestra familia somos unidos.
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultar a los demás.	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás.	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia.
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado.	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto.	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos.
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales.	En nuestra familia no hay nada que celebrar.	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales.
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos.	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad.	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice.

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ESCALA DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

(Versión en español)

1	C	Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
		3	2	1
2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia.
		1	2	3
3	I	Si alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar
		2	1	3
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa.
		2	3	1
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias.	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos.	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra
		3	2	1
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende.	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces creen que no los entendemos bien.	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas.
		1	2	3
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos.	Algunas veces participamos en actividades comunitarias de la iglesia o de sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita.
		3	2	1
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos,	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos hagan un favor, a que	Si necesitamos un favor no tendríamos a quien acudir

		ellos lo harían, porque nos aprecian. 3	nos lo hagan nuestros amigos. 2	en nuestro alrededor más cercano. 1
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto. 1	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente. 2	Si se presenta un problema serio en nuestra familia, lo enfrentamos todos juntos 3
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada 1	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga. 3	En nuestra familia algunos podrían colaborar mas 2
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones. 2	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones. 3	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien. 2
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos sin recurrir a las instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos. 1	Si tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos luchamos por nuestros derechos. 2	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas. 3
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos. 1	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan. 3	Nosotros no le contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad. 2
14	M S	Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido 2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia 1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido 3
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar. 2	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras. 3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos. 2
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho en uno por el otro. 1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones. 2	En nuestra familia somos unidos. 3
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultar a los demás. 1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás. 3	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia. 2

ANEXO N° 03

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS, BASADA EN COMPORTAMIENTOS EXPLICITOS

I. INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta la siguiente escala, Usted encontrará valor de 0 a 100 en la parte superior, marque con un aspa (x), que tanto se asemeja lo que atiende a su tratamiento según cada pregunta.

PREGUNTAS	ESCALA DEL 0 AL 100										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1) Ingiero mis medicamentos de manera puntual.											
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.											
3) Me hago análisis en el período en el que el Médico me indica.											
4) Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto.											
5) Asisto a mis consultas e manera puntual.											
6) Atiendo las recomendaciones del Médico en cuanto al estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.											
7) Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero como por ejemplo no fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el médico me lo ordena.											
8) Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.											
9) Si el médico me inspira confianza sigo el tratamiento.											

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

10) Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.																				
11) Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.																				
12) Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.																				
13) Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.																				
14) Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no está concluido.																				
15) Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.																				
16) Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo lo hago.																				
17) Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar ms medicamentos.																				
18) Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.																				
19) Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.																				
20) Si se sospecha de que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme.																				
21) Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo.																				