

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de
Lima Periodo, 2018

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bachiller Melissa Villalobos Zamora

Lima – Perú

2018

Dedicatoria:

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos. A mis padres por ser la motivación de mi vida mi orgullo de ser lo que seré y por haber sido la base de mi formación y a mi esposo por ser mi soporte.

Agradecimiento:

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N°003-FPs y TS-2017, me es grato poder presentar mi trabajo de investigación titulado “Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018”, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo cual espero que este trabajo de investigación sea adecuadamente evaluado y aprobado.

Atentamente.

Melissa Villalobos Zamora

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Anexos	vii
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema principal	17
1.2.2. Problemas secundarios	17
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación e importancia	18
CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual	
2.1. Antecedentes	21
2.1.1. Antecedentes internacionales	21
2.1.2. Antecedentes nacionales	24
2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Conceptualización de Apoyo familiar	27
2.2.2. Funcionamiento Familiar según el modelo Circumplejo de Olson	29
2.2.3. Dimensiones de Apoyo Familiar	30

2.2.4. Importancia del Apoyo Familiar en Situaciones de Enfermedad	33
2.2.5. Las Quemaduras y sus tipos	34
2.3. Definiciones conceptuales	41
CAPÍTULO III: Metodología	
3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Diseño de investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Identificación de las variables y Operacionalización	47
3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación	49
3.6. Determinación de la Validez y Confiabilidad	51
3.6.1. Validez del Constructo	51
3.6.2. Confiabilidad de los Instrumentos	51
CAPÍTULO IV: Presentación, procesamiento y análisis de resultados	
4.1. Presentación de resultados generales	53
4.2. Presentación de resultados específicos	57
4.3. Procesamiento de los resultados	61
4.4. Discusión de los resultados	61
4.5. Conclusiones	63
4.6 Recomendaciones	64
CAPÍTULO V: Programa de intervención	
5.1. Denominación del programa	66
5.2. Justificación del programa	66
5.3. Objetivos del programa	68
5.3.1 Objetivo general	68
5.3.2 Objetivos específicos	68
5.4. Sector al que se dirige	69
5.5. Establecimiento de problemas/metás	69
5.6. Metodología de la intervención	

5.7. Recursos	72
5.7.1. Recursos profesionales	72
5.7.2. Recursos materiales	72
5.8. Procedimientos	72
5.9. Actividades	72
5.10. Cronograma	72
Referencias bibliográficas	74

ANEXOS

- Anexo N° 1. Matriz de Consistencia
- Anexo N° 2. Cuestionario de apoyo familiar
- Anexo N° 3. Certificado de Validación del primer experto
- Anexo N° 4. Ficha del instrumento del primer experto
- Anexo N° 5. Certificado de Validación del segundo experto
- Anexo N° 6. Ficha del instrumento del segundo experto
- Anexo N° 7. Certificado de Validación del tercer experto
- Anexo N° 8. Ficha del instrumento del tercer experto
- Anexo N° 9: Constancia de Prácticas Profesionales

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de quemaduras según la profundidad	35
Tabla 2. Tipos de quemaduras según la extensión	36
Tabla 3. Tipos de quemaduras según la severidad	37
Tabla 4. Matriz de Operacionalización de la Variable Apoyo Familiar	46
Tabla 5. Escala de Calificación del Cuestionario	48
Tabla 6. Baremo de interpretación de la variable Apoyo familiar	48
Tabla 7. Porcentaje de Validación del instrumento	49
Tabla 8. Confiabilidad del Instrumento	50
Tabla 9. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al Sexo.	51
Tabla 10. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo a las Edad.	52
Tabla 11. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al Grado de Instrucción.	53
Tabla 12. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al Tiempo que participaron.	54
Tabla 13. Nivel de Apoyo Familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.	55
Tabla 14. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión afectivo consistente.	56
Tabla 15. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión adaptación familiar.	57
Tabla 16. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión autonomía familiar.	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diseño de la investigación	42
Figura 2. Fórmula para determinar la muestra (MAS)	43
Figura 3. Factor de corrección por finitud	44
Figura 4. Fórmula de confiabilidad Alfa de Cronbach	50
Figura 5. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al sexo.	51
Figura 6. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo a las Edad.	52
Figura 7. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al Grado de Instrucción.	53
Figura 8. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM de acuerdo al Tiempo que participaron.	54
Figura 9. Nivel de Apoyo Familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.	55
Figura 10. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión afectivo consistente.	56
Figura 11. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión adaptación familiar.	57
Figura 12. Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en el Programa de ANIQUEM en la dimensión autonomía familiar.	58

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo determinar el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, 2018. El estudio es de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y con un enfoque cuantitativo de acuerdo al manejo de los datos.

La población lo comprendieron 500 pacientes que fueron atendidos por la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) y la muestra está representada por 155 pacientes beneficiarios de esta institución, los cuales fueron hallados por la técnica del muestreo aleatorio simple y reajustado mediante el factor de corrección por finitud. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario elaborado para medir el nivel de apoyo familiar, el cual fue validado y sometido a la prueba de confiabilidad.

Se establece como conclusión que: El nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes quemados atendidos en ANIQUEM, responde a un nivel alto igual al 86,5%, representado un soporte fundamental para la recuperación del paciente y que este pueda posteriormente reinsertarse a la vida común en la sociedad.

Palabras Claves: apoyo familiar, afectivo consistente, adaptación familiar, autonomía familiar y paciente.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the level of family support perceived by patients treated at ANIQUEM in the City of Lima, 2018. The study is descriptive, with a non-experimental design and with a quantitative approach according to the management of the data.

The population was comprised of 500 patients who were treated by the Association of Aid to the Burned Child (ANIQUEM) and the sample is represented by 155 patients beneficiaries of this institution, which were found by the technique of simple random sampling and readjusted by the factor of correction by finitude. The instrument used for data collection was a questionnaire designed to measure the level of family support, which was validated and subjected to the reliability test.

It is established as a conclusion that: The level of family support perceived by burn patients treated in ANIQUEM, responds to a high level equal to 86.5%, represents a fundamental support for the recovery of the patient and that this can later reinsert itself into life common in society.

Key words: family support, consistent affective, family adaptation, family and patient autonomy.

INTRODUCCIÓN

La familia es el componente fundamental de toda sociedad, donde cada individuo encuentra el soporte que necesita para proyectarse y desarrollarse en comunidad, con las demás personas de su entorno. Es en este sentido, el apoyo económico, moral, afectivo u de otro tipo que provea los jefes de familia a sus demás miembros les permitirá crecer en armonía y con seguridad frente a la vida.

Los valores, costumbres y conocimientos aprendidos de los progenitores y demás personas del núcleo familiar, serán los modelos que necesitará la persona para fortalecer su identidad y las habilidades básicas de comunicación y relación con la sociedad. Además los lazos familiares creados serán también importantes en el desarrollo de su personalidad y fortalecimiento para afrontar situaciones difíciles que se le presenten a lo largo de la vida.

Precisamente una de las situaciones difíciles que a veces le toca afrontar a la familia es brindar el apoyo a uno de sus miembros que ha sido víctima de un accidente y que se encuentra en situación de vulnerabilidad. Entre los accidentes más frecuentes se encuentran las personas que han sido víctimas de quemaduras, las cuales ven totalmente afectada el desarrollo de su vida habitual. Muchas veces creando dependencia de los familiares a causa de una afección crónica que necesitara de un tratamiento y proceso de rehabilitación extenso.

Frente a esta situación inesperada, producto de un accidente que cambia a 360° la vida del afectado y de su entorno, se requiere realizar grandes esfuerzos por parte de los miembros del núcleo familiar para recuperar la estabilidad emocional, relacional y de ajuste social en el paciente. En la mayoría de los casos se requiere del apoyo profesional otorgado por un psicólogo, para que reorganice y estabilice el mundo socioafectivo del paciente y de los miembros de su familia.

Pero si en su defecto, la actitud y predisposición de ayuda por parte de la familia no es la adecuada, este factor representara un aspecto negativo en la recuperación y reintegración del paciente a la vida en sociedad, disminuyendo las posibilidades de recuperar una vida normal. Es natural que al inicio la familia viva esta experiencia como una situación de crisis, con cierta desorganización, confusión y fuertes sentimientos de angustia, culpa y rabia. Pero toda esa desestabilización debe terminar por encontrar el equilibrio emocional dentro de los miembros de la familia para poder conseguir con éxito la recuperación del paciente.

En razón, a esta problemática que es de interés social es que surge el presente tema de investigación titulada “Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018”, buscando contribuir con la creación de un programa de intervención que mejore la realidad familiar de los miles de afectados que han sufrido accidentes por quemaduras.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección. De acuerdo con Baptista y Oliveira (2004), el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, relación entre los constructos libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia. El apoyo familiar es esencial ya que permite superar y afrontar situaciones difíciles, como por ejemplo en caso de la recuperación después del accidente de uno de uno de sus miembros, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima en el afectado.

Uno de los tipo de accidentes más frecuentes son las quemaduras, la cual se caracteriza por etapas de depresión y aislamiento de las personas que la sufren, acompañado de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas. Este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, y el estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima. Esta interpretación representa la “marca o huella” que se impregna en el paciente.

Según la OMS (2018), las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 180 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi dos tercios, en las regiones de África y de Asia Sudoriental. En muchos países de ingreso alto, las tasas de muertes por quemaduras han ido disminuyendo y la tasa de mortalidad infantil es

actualmente siete veces más elevada en los países de ingreso bajo y mediano que en los de ingreso alto.

Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral. Las encuestas comunitarias realizadas en Bangladesh y Etiopía (OMS, 2018) muestran que entre el 80% y el 90% de las quemaduras se produce en el hogar. Los niños y las mujeres suelen sufrir quemaduras en la cocina, provocadas por recipientes que contienen líquidos calientes o por las llamas, o por explosiones de los artefactos. Los hombres son más propensos a quemarse en el lugar de trabajo (incendios, escaldaduras, productos químicos y electricidad).

En el 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica. Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo. Este tipo de accidente no solo afecta a la persona víctima de quemadura en su individualidad, sino que también lo vive su grupo familiar, alterando la vida cotidiana del hogar, trascendiendo a su ámbito educacional y al entorno comunitario.

La familia no siempre visualiza la necesidad de rehabilitación y las consecuencias de no hacerlo oportunamente. Esta situación es importante detectarla antes de las operaciones quirúrgicas revisando su adhesión al tratamiento, sus recursos personales, familiares y sociales, para definir el apoyo adecuado. La persona que ha sufrido quemaduras requerirá necesariamente el apoyo o soporte familiar que le permita a través del tiempo, salir adelante y poder superar los traumas y problemas consecuentes de este tipo de accidentes.

Los pacientes con secuelas de quemaduras, que no reciben un tratamiento oportuno generan una dependencia al núcleo familiar, lo que limita el desenvolvimiento social y la reintegración a su contexto social. Las secuelas de quemaduras requieren

prolongados y complejos procedimientos reconstructivos y de rehabilitación integral, que deben realizarse a lo largo de la vida incurriendo en grandes costos que no están cubiertos en el Sistema de Salud.

La OMS (2018) promueve intervenciones que han demostrado ser eficaces para reducir la incidencia de las quemaduras. En ese marco, la organización respalda la creación y el uso de un registro mundial de quemaduras que permita recopilar datos globales unificados sobre estas. Asimismo, propicia una mayor colaboración entre las redes nacionales y mundiales para aumentar el número de programas eficaces en la prevención de quemaduras.

En este sentido, en nuestro país, con la finalidad de afrontar esta problemática, el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) implementará por primera vez una política pública dirigida a la prevención y tratamiento de los pacientes quemados.

Para tal efecto, ha conformado una comisión sectorial que se encargará de elaborar y proponer la política sanitaria. Los especialistas integrantes de este grupo de trabajo proceden de hospitales como: el Arzobispo Loayza, Daniel Alcides Carrión, Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña) y el Instituto Nacional de Salud del Niño (San Borja). Asimismo contará con el apoyo técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DIGIESP) y, de resultar necesario, de entidades externas como instituciones académicas, ONGs y otras instancias.

Esta iniciativa del Estado, surge con la finalidad de brindar un mejor servicio y tratamiento a los pacientes quemados, pero esto funcionara siempre en cuando exista el compromiso y apoyo familiar de todos los miembros en asistir a las víctimas, desde sus diferentes dimensiones, tales como: afectividad consistente, adaptación y autonomía. Cuando el paciente percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el tratamiento para poder recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. Es fundamental para recuperar la confianza en sí mismo y reintegrarse a la sociedad, continuar con su proyecto de vida, y poder salir adelante de manera exitosa.

El apoyo familiar le brinda el soporte al paciente quemado para salir de esta situación difícil, es allí, donde los programas de apoyo deben articular esfuerzos, para trabajar articuladamente paciente-familia-programa. Direccionando todos los esfuerzos a la recuperación psicológica, emocional y física, así como también a la reinserción a la sociedad, para que esta persona pueda tener una vida normal.

Ante ello se surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo apoya la familia al paciente que ha sufrido quemaduras? ¿Qué importancia tiene para el paciente quemado recibir el apoyo familiar?, entre otras preguntas que se despejaron con el desarrollo de la presente investigación titulada “Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018”.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión afectivo consistente, percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión adaptación familiar, percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión autonomía familiar, percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar según la dimensión afectivo consistente, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.

- Identificar según la dimensión adaptación familiar, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.

- Identificar según la dimensión autonomía familiar, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.

1.4. Justificación e importancia

Las experiencias que motivaron la realización de la presente investigación sobre el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en “ANIQUEM” en la Ciudad de Lima, nace de las vivencias obtenidas durante el ejercicio de las prácticas

pre profesionales, donde el contacto directo con este tipo de pacientes que padecen un sentimiento elevado de vulnerabilidad tanto a nivel físico como emocional, obligando al análisis reflexivo de la importancia directa de la familia como parte activa del tratamiento, porque no sólo ayudarán a mejorar su calidad de vida, sino también le permitirá tener un mayor bienestar emocional y lograr la conexión al tratamiento.

La OMS (2005) introduce a la familia como el vértice del triángulo paciente - familia- equipo de salud, donde desde el hospital, paciente y familia deben ser tratados para afrontar la situación de enfermedad. De todo esto se desprende que la familia es un poderoso sistema al cual pertenecemos los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial para poder afrontar nuestros problemas. (Citado en Hogarty, Anderson, C.M., y Reiss, 1986).

Por esta razón, conocer el apoyo familiar percibido por los pacientes de la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) constituye un elemento de gran importancia en el ámbito de la salud porque permitirá conocer el impacto de la intervención familiar en la recuperación del paciente. La presente investigación permitirá conocer, comprender y describir el apoyo familiar que perciben los pacientes de ANIQUEM, en base a tres aspectos, afectividad consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.

El estudio aporta en el aspecto teórico, porque brinda una recopilación de teorías y descripciones que sirve como un medio de consulta para futuras de investigaciones, convirtiéndose en una herramienta útil tanto para profesionales de salud como para quienes desde las ciencias sociales pretendemos describir y analizar el apoyo familiar que reciben los pacientes.

En el aspecto práctico, este trabajo pretende proporcionar nuevos conocimientos que permitan crear estrategias más certeras preparando, educando y sensibilizando a la familia. De dicha manera se lograra con éxito la recuperación y reintegración del individuo a la sociedad, así como también permitirá identificar los posibles problemas

por los que afrontan, para poder manejarlos desde la perspectiva social y así consolidar una oferta asistencial más integradora que contribuya decisivamente a mejorar la atención dentro de ANIQUEM.

La presente investigación también aporta en el aspecto metodológico, a través de las técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos, pues estos pueden ser empleados para recabar información en otras investigaciones. La investigación utilizara técnicas como la entrevista, visita domiciliaria, con los que se pretende comprender e interpretar las diferentes significaciones de la realidad familiar en las vivencias de los adolescentes lo cual nos permitirá conocer la relación en el ámbito familiar y social.

Al estudiar y analizar este tema podremos comprender e interpretar las diferentes situaciones de la realidad familiar, donde las vivencias de aquellas personas que sufrieron quemaduras, y participaron dentro del Programa ANIQUEM, mostraron cambios y buscaron ser sensibilizados de manera conjunta con sus familias para acceder a una mejor calidad de vida.

Por esta razón, conocer el apoyo familiar que perciben los pacientes de la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) constituye un elemento de gran importancia en el ámbito social y de la salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Lastre, K., López, L. y Alcázar, C. (2017) en su investigación titulada **“Relación entre apoyo familiar y el rendimiento académico en estudiantes colombianos de Educación Primaria”**, tuvieron como objetivo establecer la relación entre el apoyo familiar y el rendimiento académico de los estudiantes de 3° E.B.P de la Institución educativa Heriberto García, Toluviejo, Sucre. La investigación asumió un enfoque cuantitativo, bajo un estudio de tipo correlacional. La población estuvo conformada por los alumnos de tercer grado de Educación Básica Primaria de la Institución Heriberto García, siendo un total de 98 estudiantes con edades promedio de 8 años. Se utilizó como instrumento para la recolección de información una encuesta sociodemográfica aplicada a cada una de las familias y otra encuesta denominada Acompañamiento de padres, elaboradas ambas por las mismas autoras de la investigación. Se determinó como conclusión una relación estadísticamente significativa entre el nivel de rendimiento y apoyo familiar, esto indica que aquellos padres que acompañan, retroalimentan y están pendientes de la vida escolar, sus hijos muestran mejores niveles de desempeño escolar.

Aguirre, T. (España, 2015) en su investigación realizada **“Apoyo Familiar en el Tratamiento de Personas Alcohol dependientes”**, propuso como objetivo conocer la influencia del apoyo familiar en el tratamiento del alcohólico dependiente en Proyecto Drago. El estudio fue de tipo descriptivo, con un enfoque cuantitativo. La población seleccionada han sido las personas usuarias atendidas en dicho programa, durante el año 2014 y que han finalizado el programa del Proyecto Drago,

perteneciente a Cáritas Diocesana de Tenerife. La muestra estuvo representada por 40 personas usuarias atendidas el programa. Las técnicas de recolección fueron las documentales. Concluyendo que la familia debe ser parte activa en el tratamiento de las drogodependencias, pues cuando se conoce la enfermedad de la adicción a las drogas y se involucra en el proceso, la persona usuaria tiene condiciones más favorables ante la recuperación. Quedando justificada la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento de alcohol-dependencia, pero no podemos olvidar que la familia tiene además un papel crucial en la prevención de conductas adictivas, pues es el primer espacio socializador para el individuo y, como tal, debe tener una función activa en la prevención, a través de una buena acción educativa.

Luna, V. (México, 2014) realizó una investigación titulada **“La Importancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA del H.G.Z. N° 53. Los Reyes I.M.S.S.”**. Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar la importancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA en el H.G.Z 53 Los Reyes IMSS. El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo, y transversal. La población fue de 499 pacientes de la clínica de VIH/SIDA del H.G.Z. N° 53. Los Reyes I.M.S.S. La muestra estuvo conformada por 255 pacientes encuestados. Los instrumentos empleados para la recolección fueron dos cuestionarios: Cuestionario validado SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) y un Cuestionario de Apoyo familiar. Llegando a la conclusión que el apoyo familiar es importante para el paciente, para la adherencia al tratamiento y mejor evolución del paciente con VIH/SIDA, ya que no sólo la familia participa como apoyo emocional, si no en la preparación de alimentos, sino también en acudir por medicamentos o a recibir resultados de laboratorio, cuando el paciente no pueda por cuestiones laborales u otras.

Carballo, V., Gadea, S., Gonzales, L., Riva, L., y Vieyto, R. (Uruguay, 2013) en la investigación titulada **“Percepción de los integrantes del equipo de salud sobre el Apoyo familiar a la embarazada adolescente”**. El objetivo de la

investigación fue conocer la percepción de los diferentes integrantes del equipo de salud, sobre el apoyo familiar a las embarazadas adolescentes en Centros de Salud de primer nivel de atención dependiente de RAP ASSE, Montevideo. La investigación fue un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. Se entrevistaron un total de 56 profesionales, de once Centros de Salud de RAPASSE en el área metropolitana. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. En cuanto a la percepción de los profesionales sobre el apoyo familiar a la embarazada adolescente, se identificó que la misma es poco satisfactoria. Se concluyó, por tanto, que no siempre la familia brinda apoyo, ya sea emocional, social y/o financiero, a la embarazada adolescente.

Méndez, J. (2013) en su investigación titulada **“Apoyo familiar y complicaciones crónicas, en pacientes con diabetes mellitus Tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 64; de 2011 a 2012”**, propone como objetivo evaluar el apoyo familiar y describir las complicaciones crónicas secundarias más frecuentes, en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 I.M.S.S; de 2011 a 2012. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo representada por 71 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y 71 familiares acompañantes, que se presentaron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Estableciendo como conclusión que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, presentaron un apoyo familiar en el que predominó el nivel medio y las complicaciones crónicas secundarias a la Diabetes mellitus tipo 2, se encontraron ausentes en el mayor número de participantes y en aquellos que si presentaron complicaciones crónicas las más frecuentes fueron las oftalmológicas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Aleman, Y. y Paredes, P. (Arequipa, 2016), en su investigación **“Soporte familiar y calidad de vida en los pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo”**, propusieron como objetivo principal determinar el funcionamiento del soporte familiar en la calidad de vida de los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. El diseño de investigación es no experimental – transversal, de tipo descriptivo. El universo está compuesto por 149 Pacientes del Programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria y la muestra estuvo representada por 118 pacientes, de 18 años de edad a más. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF-36 y otro Cuestionario para soporte familiar. Se concluye que: El Soporte familiar es muy importante para los pacientes con Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua del HNCASE, porque así pueden conseguir una mejor calidad de vida, un 31.4 % de la población viven con su familia pero en un 36.4% de la población viven también con su familia pero no pide apoyo en sus cuidados, porque se sienten como si fueran una carga para sus familiares y peor aún si no logran conseguir un trabajo, por eso es imprescindible el apoyo moral más que material para que ellos puedan tener una mejor relación social y emocional.

Quevedo L., Sánchez R., Villalba F., Velásquez D. (Lima, 2015), realizaron una investigación titulada **“Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”**, cuyo objetivo fue determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. La investigación fue un tipo de estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 70 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes del distrito del Rímac. El tamaño muestral para dicho estudio fue de 52 pacientes. Se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicio de expertos,

instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Estableciéndose como conclusión que: el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. En la correlación de las variables del estudio, se evidencia que el soporte familiar y social se relacionan directamente con el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar; esto indica que a valores altos de soporte familiar y social corresponden valores altos de cumplimiento del tratamiento ($p= 0,002$).

Vásquez, A. (Chiclayo, 2015), en su investigación titulada “***Soporte familiar de los pacientes adultos con tratamiento de diálisis peritoneal del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Essalud. Distrito de Chiclayo. Año 2015***”. Proponiendo como objetivo describir el soporte familiar de los pacientes adultos con tratamiento de diálisis peritoneal del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud, Distrito de Chiclayo. El tipo de investigación fue aplicada, teniendo como base un diseño no experimental. La población estuvo conformada por 152 pacientes del programa (72 adultos mayores, 57 adultos, 16 jóvenes y 7 niños) y la muestra constó de 58 pacientes adultos entre 20 a 85 años de edad. Las técnicas de investigación empleadas fueron la observación, entrevista y encuesta. Los instrumentos utilizados fueron el registro de observación, la guía de entrevista y el cuestionario. Las conclusiones de la investigación fueron: El soporte familiar se presenta con adecuados recursos de información, emocionales e instrumentales que favorece la adaptación de los pacientes adultos con tratamiento de diálisis peritoneal. Además se ha podido percibir que los pacientes que reciben diálisis, han cambiado sus estilos de vida para sobrevivir, aprendiendo y realizando actividades para cuidar de sí mismo, con las modificaciones que le impone la enfermedad; todo ello le permite sentirse bien, mantenerse en su entorno social, laboral y familiar independientemente.

Díaz, M. y Farías, E. (Huacho, 2014), investigaron sobre **“Soporte familiar y su influencia en el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA Hospital Huacho, Huaura, Oyon y S.B.S. – 2014”**, propusieron como objetivo analizar si el soporte familiar influye en el tratamiento de pacientes con VIH/Sida - Hospital Huacho Huaura Oyon y S.B.S. La investigación fue básica, de tipo explicativa, con un diseño no experimental y con enfoque cuantitativo. La población de estudio lo conformaron 50 pacientes de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 16 a 45 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó el Test de Soporte Familiar, asimismo el Cuestionario de análisis de la percepción de la imagen corporal en sujetos con VIH. Estableciendo como conclusión: La mayoría de los pacientes con VIH/Sida tienen un elevado soporte familiar, es decir que el 44% de encuestados cuentan con buen soporte familiar y solo el 16% cuenta con un mal soporte familiar.

Arias, M. y Ramírez, S. (Lima, 2013) realizaron la investigación **“Apoyo Familiar y Practicas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, distrito de Pachacámac”**, proponiendo como objetivo determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac, 2013. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva correlacional y un diseño no experimental. La población muestral fue de 48 adultos mayores con diabetes mellitus Tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Para la recolección de datos la técnica fue la encuesta y se utilizó dos instrumentos, uno para evaluar el apoyo familiar y el otro para evaluar el autocuidado. Los resultados identificaron que el familiar cuidador del adulto mayor con diabetes en un 45,8% es mayor de 61 años y 37,5% menor de 40 años predominando el sexo femenino en 70,8%; además el 31,3% presenta grado de instrucción de nivel secundario. En relación al parentesco con el adulto mayor tenemos en un 50% a la hija/o, seguido de la esposa/o 43,8%. Se concluyó que el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conceptualización de Apoyo familiar

El apoyo familiar se relaciona a la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. Los miembros de la familia deben ofrecer al afectado su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y coordinar con otros miembros de la familia para informarles y demandarles ayuda, si fuera necesario. En relación al apoyo familiar juega un rol importante la persona que asume la responsabilidad de cuidador familiar.

Del Corral, J. (2015) afirma acerca del apoyo familiar, que “la familia supone un apoyo incondicional, que tranquiliza y que aporta una garantía de estabilidad a las personas. Proporciona amor, que es la base del equilibrio emocional y un marco sobre el que construir nuestra vida. El núcleo familiar constituye un grupo de personas que son nuestra referencia a lo largo de toda la vida y nos acompañan, nos guían y nos apoyan. También nos enseñan a entender el mundo y a nosotros mismos. Son la base sobre la que se construye nuestra personalidad y nuestras emociones”. En este sentido, los lazos familiares se fortalecen aún más cuando se brinda el apoyo familiar, mediante las muestras de cariño ya afecto, se logra una mayor integración y brinda la estabilidad emocional al familiar que está pasando por malos momentos.

Luna, V. (2014) conceptualiza el apoyo familiar como la habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee de seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad, y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes.

Según García (2011), entendemos por “apoyo familiar” todo aquel prestado por alguien de confianza y comprometido con el proceso del usuario/a, ya sea familia extensa, nuclear o amigos/as. El vínculo del familiar de responsable de los usuarios/as puede ser: madre o padre, hijo o hija, pareja mujer o pareja hombre, abuelo o abuela, tío o tía u otro familiar que sería indicado, además cualquier persona sin parentesco como puede ser un amigo/a, un vecino/a, etc.

“El apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal”. (Hidalgo, 2005)

De acuerdo con Baptista y Oliveira (2004), “el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, relación entre los constructos libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia”. Dicho de esa manera, se desprende que el apoyo o soporte familiar requiere de muestras solidas de afectividad, respetando la autonomía de cada miembro de la familia, estableciendo una relación más cercana.

Para Barez, Blasco y Fernández (2003), se entiende por “soporte familiar aquellas acciones fundamentales que realizan uno o varios miembros del contexto familiar para demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo”. Dichas acciones se evidencian en muestras concretas de afecto, asistencia en la salud, apoyo económico y muchas otras formas de brindar el soporte necesario para que el familiar salga adelante.

En general el apoyo familiar, es un acto de reciprocidad entre sus miembros que tienen la voluntad y deseo de ayudar a quien lo necesita, priorizando en todo

momento el bienestar de la persona afectada y dando parte importante de su tiempo para dicho fin.

2.2.2. Funcionamiento Familiar según el modelo Circumplejo de Olson

Entendemos por función familiar “las tareas y actividades que realizan todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y papel que desempeñan en la unidad familiar”.

De acuerdo a Olson (1989) para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las seis funciones básicas según el Modelo circunflejo de adaptación, las cuales son:

- **Comunicación:** función primordial para la familia, que le permite transmitir afecto, ayuda, autoridad. Cada familia tiene un lenguaje propio, que no suelen ser identificados por alguien ajeno, utilizado para cumplir con las demás funciones que esta tiene.
- **Afectividad:** relación de cariño o de amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis.
- **Apoyo:** la familia proporciona el apoyo a los miembros que la conforman. Esta ayuda puede ser social, afectiva, financiera. Gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas o abortar momentos de crisis individuales o familiares. Los recursos lo establecen, organizan y distribuyen distintos miembros de la familia de acuerdo con los papeles previamente establecidos. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia a la familia, de saber que comparte, como grupo, creencias, proyectos y afectos comunes.
- **Adaptabilidad:** la familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas y externas con su entorno social, por lo que se expone a cambios. Estos también pueden deberse al paso de las distintas etapas del ciclo vital.
- **Autonomía:** todos los integrantes de la familia necesitan un cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración. La familia

establece esta autonomía mediante mecanismos que marquen límites entre dependencia e independencia, no solo en el grupo familiar si no con su entorno social.

- Reglas y normas: las familias establecen normas y reglas de comportamiento que permiten mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar. Cada familia tiene sus propias reglas claramente establecidas, que solo ellos reconocen e identifican.

Según Olson (1989) se entiende por Homeostasia familiar la interacción entre sus miembros. La cual facilita el relacionamiento emocional y físico e impulsa el desarrollo individual y familiar, permitiendo así los cambios necesarios sin que se afecte la unión y el equilibrio del sistema familiar.

Además, las funciones descritas en su modelo siempre deben estar presente en las relaciones familiares, para hallar el equilibrio y armonía dentro de la familia. Para lograr un buen entendimiento, se requiere del compromiso y la predisposición de todos los miembros en querer lograrlo.

2.2.3. Dimensiones de Apoyo Familiar

a) Dimensiones del Apoyo Familiar según Baptista (2009)

Baptista en el 2009, elabora un instrumento, denominado el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPFS) para medir la percepción del individuo en relación al apoyo que recibe de su propia familia. Considerando como factores que miden el nivel de apoyo familiar a las siguientes dimensiones:

- Dimensión Afectivo-Consistente: se refiere a expresiones de afectividad, como respeto, apoyo y empatía entre los integrantes de la familia. Consiste en brindar el soporte emocional para que sus miembros se sientan seguros y protegidos.

- **Dimensión Adaptación familiar:** se refiere a la ausencia de comportamientos y sentimientos de tipo negativo en relación con la familia, como la agresividad, rabia, competitividad entre los integrantes de la familia.

En general, para lograr la adaptación familiar esta debe hacer uso de todas sus capacidades para mantener su equilibrio y para funcionar en forma adecuada ante las demandas o exigencias (estresores y tensiones). De esto depende que puedan funcionar en forma balanceada, ajustándose y adaptándose a los diferentes cambios y eventos que se presenten a lo largo de sus vidas.

- **Dimensión Autonomía familiar:** se encuentra asociada a confianza, libertad y privacidad entre sus miembros. Consiste en que cada miembro conserve su individualidad y haga uso de su derecho a tomar sus propias decisiones, sin afectar a los demás integrantes de la familia.

Las dimensiones descritas por Baptista, demuestran el grado o nivel de apoyo familiar, sea cual fuere la situación a enfrentar, el cumplimiento de cada una de ellas hace posible la integración familiar. Los miembros de la familia deben organizarse y afrontar asertivamente las situaciones que se les presente. Siempre conservando en todo momento su autonomía y siendo flexibles al cambio, para lograr adaptarse a las influencias del medio y diversas realidades en el núcleo familiar.

b) Dimensiones según Pinkerton y Dolan (2007)

Estos autores identifican algunos tipos de apoyo familiar, a conocer:

- **Apoyo familiar concreto:** práctica de actos de asistencialismo entre los miembros de la familia. Es decir, prestar la ayuda necesaria, ya sea en el sentido económico, material, asistencia sanitaria, etc.

- Apoyo familiar emocional: relacionado con la empatía, la preocupación y la atención, los consejos, útil en momentos de grandes dificultades y de tomar decisiones en el contexto familiar y la estima o apoyo incondicional de la familia.

De la combinación de ambos apoyos, nace un sólido soporte familiar, que brinda bienestar y seguridad al miembro de la familia que enfrenta un problema. La cuestión es brindar un apoyo completo, mixto donde todas las necesidades estén cubiertas, tanto afectivas como materiales.

c) Dimensiones del Apoyo Familiar según Jansens, Bruyn, Manders y Scholte (2005)

En el proceso de percepción del soporte familiar deben ser tenidas en cuenta cuestiones como:

- Cordialidad: aprobación, elogios y ayuda.
- Hostilidad: críticas negativas, humillación, expresiones de irritabilidad, desacuerdos entre los miembros.
- Autonomía: exposición de los puntos de vista para contribuir en la solución de problemas.
- Límites ambientales: relacionados con órdenes, prohibiciones y reglas rígidas.

Dentro del apoyo familiar confluyen varios factores, los cuales los miembros de la familia deben respetar y poner en práctica dentro de estos, uno de los mas

importantes son la autonomía y los límites ambientales. Dichos factores favorecen al clima familiar.

2.2.4. Importancia del Apoyo Familiar en Situaciones de Enfermedad

Monge, J. (2015) sostiene que el tratamiento de una enfermedad no es un proceso sencillo dado que, para superarlo, es necesario brindar una atención multidisciplinaria que vaya más allá de la relación entre el paciente y la institución de salud que lo atiende, permitiendo así mejorar la calidad de vida de los enfermos.

La presencia constante de familiares es, por tanto, especial e importante para su recuperación y sanación. Sara Ardila Gómez en el 2009, afirma que “en la recuperación de los pacientes, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas” (citada por Monge, 2015).

Tómese en cuenta que una enfermedad no implica solamente una condición de salud, sino que también se convierten en un proceso de adaptación y cambio de esquemas sociales. El enfermo necesita un soporte emocional que le permita lidiar con todas estas etapas de manera óptima y, sobre todo, la noción de que su cotidianidad no se verá severamente alterada por su padecimiento. En este sentido, el apoyo de los familiares del paciente cumple una función sumamente importante, puesto que incluye muchas tareas cotidianas al convertirse directamente en proveedores de atención en la salud (control de medicamentos y horarios de visitas médicas, primeros auxilios, etc.) control en alimentación y funciones básicas.

El soporte emocional que brinda la familia no puede igualarse en ninguna instancia, ni siquiera con la relación que el paciente forma con su doctor, aun

cuando este es quien puede darle las respuestas que necesita en los momentos de incertidumbre. Otra de las funciones más importantes que se cumplen gracias al apoyo familiar es el de la conservación de la identidad. Es muy común que el sujeto enfermo pierda su identidad personal y pase a ser solo “el enfermo”, definido completamente por su condición. El acompañamiento permite retomar aspectos básicos y típicos de la convivencia familiar, y gracias a ello, el paciente puede continuar apegado a sus costumbres.

Recordemos que en esta etapa tan difícil que es de la enfermedad, las personas que lo padecen se vuelven más sensibles y vulnerables a las influencias del medio y necesitan fortalecer su autoestima, seguridad. Los familiares les deben proveer protección y asistencialismo permanente.

Finalmente, otra cuestión importante es la de la seguridad de los familiares desde el punto de vista del paciente, ya que este, consciente de que su familia también atraviesa por una crisis, desea reconfortarlos y brindarles la seguridad de que está bien. Es por ello que resulta de vital importancia que el paciente perciba que sus familiares se alimentan, descansan y se asean, para así poder enfocar todas sus energías en su recuperación; las preocupaciones y situaciones de estrés pueden convertirse en factores de riesgo para el tratamiento y perjudicar de manera permanente el tratamiento médico.

2.2.5. Las Quemaduras y sus tipos

Las quemaduras representan un grave problema para la salud, ya que pueden causar severas alteraciones metabólicas con gran destrucción de tejidos. Esto constituye un riesgo de infección, pudiendo dar lugar, en último extremo, a importantes secuelas físicas (cicatrices antiestéticas, deformidades, limitaciones funcionales, psicológicas como rechazo a la nueva imagen y sociales, etc.). Los factores biológicos afectados por la quemadura precisan ser tratados y

administrados de manera que la víctima de quemadura pueda adaptarse después del alta hospitalaria. (García et al., 2008)

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos, todos ellos pueden provocar, desde alteraciones funcionales reversibles, hasta la destrucción tisular total e irreversible. Se pueden producir en cualquier lugar del organismo, por ser la piel nuestra superficie de contacto con el medio externo, representa el principal órgano afectado. (Castillo, 2003).

Según Conde et al. (2003) es importante tomar en cuenta el tipo de quemadura, la profundidad, extensión (porcentaje SCQ), localización topográfica lesional (áreas críticas que se encuentran cerca de las articulaciones mayores y superficies de flexión), gravedad de las quemaduras, lesiones que afecten al sistema nervioso central, periférico, columna vertebral, estructuras mesenquimatosas, a la mano y a segmentos de extremidades con pérdida total o parcial de las mismas (amputaciones).

De lo anterior, se infiere que las quemaduras tienen diferentes niveles y grados de afectación sobre quien las sufre. Según sea el daño sufrido, demorara en tiempo para recuperarse y será la profundidad de las secuelas.

a) Según su profundidad

Para diagnosticar la profundidad de la quemadura se recomienda utilizar cualquiera de estas clasificaciones.

Tabla 1: Tipos de quemaduras según la profundidad

Benaim	Tipo A	Tipo AB-A	Tipo AB-B	Tipo B
Converse Smith	1er grado	2º grado superficial	2º grado profundo	3er grado
ABA (American Burns Association)	Epidérmica	Dérmica superficial	Dérmica profunda	Espesor total
Nivel Histológico	Epidermis	Epidermis y dermis papilar	Epidermis, dermis papilar y reticular sin afectar fanéreos profundos.	Epidermis, dermis e hipodermis pudiendo llegar hasta el plano óseo.
Características	Presentan eritema, sin formación de flictenas.	Formación de flictenas, fondo eritematoso, exceso de exudado, edema.	Formación de flictenas, folículo piloso se arranca fácilmente, áreas eritematosas y nacaradas.	Presencia de una escara nacarada inelástica.
Sensibilidad	Hiperalgnesia	Hipoalgnesia	Hipoalgnesia	Analgesia
Pronóstico	No injerto, Epitelización entre 7-10 días sin secuelas.	Epitelización entre 12-15 días, con secuelas estéticas. Si se complica puede profundizarse.	Epitelización entre 18 – 21 día. Termina en injerto con secuelas estéticas y/o funcionales. Puede requerir escarectomía tangencial.	No epiteliza. Requiere escarectomía precoz, injertos o colgajos.

b) Según su extensión

Schwartz, Chirino, Sáenz y Rodríguez (2008) la extensión se expresa como porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ). Puede hacerse siguiendo la regla de los “9 de Wallace” (> 15 años), la regla de la palma de la mano o la “escala de Lund-Browner” (indica los ajustes que son necesarios

para los diferentes grupos de edad; la cabeza y el tronco representan porciones más largas en el niño que en el adulto).

En aquellos casos con quemaduras muy extensas, el porcentaje de superficie no quemada puede en ocasiones ser más exacto que el cálculo de toda la superficie quemada. A mayor extensión de quemadura mayor tiempo en cerrar la herida y mayor número de secuelas.

Tabla 2: Tipos de quemaduras según la extensión

ZONA	ADULTO	5 AÑOS	LACTANTE
Cabeza	9%	14%	18%
Tronco	18% - 18%	18% - 18%	8%
Extremidades superiores	9% -9%	9% -9%	9% -9%
Extremidades inferiores	18% - 18%	16% - 16%	14% - 14%
Periné	1%		

c) Según la localización

La localización de las quemaduras reviste gran importancia, puesto que en base a ello sabremos las posibles secuelas estéticas, funcionales y psicológicas que se presenten en el paciente.

- Las quemaduras localizadas en cara podrán afectar a órganos tan importantes como la visión o la vía aérea y son quemaduras de muy mal pronóstico.
- Las quemaduras que afectan a extremidades podrán dejar secuelas muy importantes con incapacidades permanentes.
- Las quemaduras localizadas en periné comprometerán la micción del enfermo y, por su proximidad al ano, tendrán una alta probabilidad de infección.

- Las quemaduras profundas circulares, impedirán la circulación, lo que puede provocar necrosis distales si no son atendidas a tiempo.
- Las quemaduras que afectan a tórax pueden impedir la libre movilización del mismo con el consiguiente compromiso respiratorio.
- Existe otro tipo de lesiones que, en muchas ocasiones, ni por su extensión ni por la edad del paciente requerirían tratamiento especializado.
- Pero su especial localización en cráneo, cara, cuello, axilas, manos, área genital y pliegues de flexo-extensión precisan de la atención inmediata de un cirujano plástico en prevención de las posibles secuelas, tanto funcionales como estéticas.

Recordemos que hay secuelas que son más notorias que otras por estar en áreas expuestas del cuerpo, tales como el rostro y las manos.

d) Según el grado de severidad

Cuanto mayor sea la extensión, peor será el pronóstico y mayor la gravedad de las quemaduras: lesiones por encima de un 40%-50% de la superficie quemada tienen, aún hoy, un mal pronóstico y alta incidencia de morbimortalidad.

En base a la extensión y profundidad, el Doctor Garcés categorizó a los pacientes en grupos de gravedad y definió los siguientes grupos.

Tabla 3: Tipos de quemaduras según la severidad

INDICE	PRONOSTICO
21 - 40	Leve: sin riesgo vital
41 - 70	Moderado: sin riesgo vital, salvo complicaciones
71 - 100	Probabilidad de muerte inferior a sobrevida. Mortalidad +30%
101 - 150	Crítico: Mortalidad 30 – 50%
+ 150	Sobrevida excepcional: Mortalidad + 50%

En resumen, el grado de severidad de la quemadura se evalúa por el porcentaje del área total quemada que presenta el cuerpo de la persona. Siendo que a mayor porcentaje del cuerpo quemado, mayor probabilidad de muerte de la persona.

e) Según la etiología

- Quemaduras térmicas: Por cualquier fuente de calor (líquidos [agua, aceite hirviendo] o sólidos calientes [planchas, estufas]) – Frio (congelación). Capaz de elevar la temperatura de la piel hasta producir muerte celular y coagulación de proteínas o calcinación. Su importancia depende de la profundidad, extensión y edad.
- Quemaduras por electricidad: Afectan principalmente a los planos profundos, donde produce grandes destrucciones que pueden incluso afectar al hueso llegando a ser necesaria en algunos casos la amputación.
- Quemaduras químicas: Al igual que las eléctricas, suelen ser muy profundas, debido a que el agente químico tiene la capacidad de seguir actuando hasta que no es suprimido totalmente mediante la limpieza. A diferencia de las eléctricas, no suelen afectar a músculo y hueso.
- Quemaduras por radiación: Se producen con más frecuencia por exposición prolongada a la radiación solar ultravioleta (luz solar) como a otras fuentes artificiales de radiación (láser, radiaciones ionizantes, rayos X, etc.).

f) Según la clínica sistémica

- Fase aguda: corresponde a las primeras setenta horas y se caracteriza por cambios hemodinámicos tales como: shock, pérdida del plasma, pérdida de eritrocitos y edema. Este surge como consecuencia de un aumento de la permeabilidad capilar generalizada, que produce una extravasación de agua hacia los espacios intersticiales, que en las extremidades superiores da lugar a una pérdida de la funcionalidad y al riesgo de deformación.
- Fase subaguda: se inicia a partir de las 72 horas. En ella, además de cuadros de anemia, alteraciones metabólicas, hepáticas, se pueden producir alteraciones óseas y articulares como: osteomielitis, osteoporosis, fracturas, calcificaciones, anquilosis, etc. Pero las lesiones cutáneas son las más importantes y frecuentes en esta fase. Inicio o reconstrucción de: retracciones cutáneas, bridas, cicatrices hipertróficas, queloides, contracturas musculares, etc. Caracterizada por el proceso de cicatrización, se suelen suceder con mucha frecuencia las intervenciones quirúrgicas, con el objeto de corregir las anomalías cutáneas o articulares que se van produciendo como resultado de la cicatrización.
- Fase de secuelas: se considera la fase de la rehabilitación por excelencia. Se podría decir que es aquella que deriva como resultado, consecuencia o efecto de las anteriores, o como la lesión derivada de una enfermedad o suceso. En el paciente quemado podemos señalar las secuelas físicas (anatómicas y/o funcionales), las secuelas psíquicas, familiares, sociales o sociolaborales.

2.3. Definiciones conceptuales

- **Apoyo:** es un término que describe la cooperación, la reciprocidad, y el trabajo en equipo, y que conlleva o implica un beneficio mutuo para los individuos cooperantes.
- **Enfermedad:** Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad.
- **Familia:** es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existen otros modos, como la adopción.
- **Quemadura:** Lesión o herida de los tejidos orgánicos producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, por radiación y por fricción.
- **Paciente:** es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.
- **Rehabilitación:** Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.
- **Recuperación:** es la acción y efecto de recuperar o recuperarse (volver en sí o a un estado de normalidad, volver a tomar lo que antes se tenía, compensar). La recuperación, por lo tanto, puede estar vinculada al proceso que debe llevar una persona tras una enfermedad o lesión para retornar a la normalidad.
- **Redes de apoyo social:** es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. La idea suele referirse a un conjunto de organizaciones o

entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa.

- **Soporte emocional:** es la capacidad de hacerle sentir bien y querido a una persona y poder proporcionarle cierto “bienestar”. El soporte emocional se compone de la empatía, el cuidado, la confianza, a veces es el más importante, y el que más necesita una persona.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de la investigación

En razón del propósito que persigue la investigación es de tipo básica simple porque tiene como propósito recoger información de la realidad y generalizar los resultados. La investigación básica o pura tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente.

El presente estudio basa su método en la investigación descriptiva, definida por Taylor y Bogdan (2000), como la que produce datos representativos y pretende estudiar a las personas y escenarios en su contexto, interactuando con ellas de forma natural y no intrusiva y procurando no afectar al comportamiento de éstas para no condicionar su forma de pensar o actuar. En resumen, se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio, sin intervenir o manipular el factor de estudio.

El enfoque de la investigación es cuantitativo, de acuerdo al método que emplea para el manejo de los datos, porque implica procedimientos estadísticos en el procesamiento de datos. Rodríguez, M. (2010, p.32), señala que el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental y según la temporalización el diseño de investigación es transversal porque recolecta datos en un sólo momento y en un tiempo único.

Como señala Kerlinger (1979): "La investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones". Es decir, los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

Figura 1: Diseño de la investigación



Dónde:

O = Observación de la muestra

G = Grupo de estudio o muestra (Pacientes atendidos en ANIQUEM)

3.3. Población y muestra

- **Población**

La población de estudio está comprendida por 500 pacientes que fueron atendidos por la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM), durante el Periodo 2018.

- **Muestra:**

La muestra está constituida por 155 pacientes atendidos por la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM). La cual se determinó bajo el diseño del Muestreo aleatorio simple (MAS) y luego se realizó un ajuste con la prueba de corrección por finitud.

Figura 2: Fórmula para determinar la muestra (MAS)

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

$$n = \frac{500 (0,5)^2(1,96)^2}{(500-1) (0,05)^2+ (0,5)^2 (1,96)^2}$$

$$n = \frac{500 (0.25) (3.84)}{499 (0,0025) + (0.25) (3.84)}$$

$$n = \frac{500}{1.25 + 0.96}$$

$$n = \frac{500}{2.21}$$

n = 226

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza. Teniendo como constante 1,96, debido a que el nivel de confianza es 95%.

e = Margen de error absoluto aplicado al (0,05).

σ = Desviación estándar poblacional, el cual se considera 0,5

Figura 3: Factor de corrección por finitud

$$fh = \frac{n}{N}$$

$$fh = \frac{226}{500} = 0.45$$

$$na = \frac{n}{1+fh} = \frac{226}{1.45} = 155$$

Donde:

fh: factor corrección por finitud

n: tamaño de la muestra inicial

N: tamaño del universo (N = 168)

na: tamaño corregido o ajustado de la muestra

Criterios de inclusión de los participantes:

- Pacientes que han sido víctimas de quemaduras, de ambos sexos.
- Pacientes que fueron atendidos en ANIQUEM.
- Pacientes que durante el tratamiento fueron menores de edad.

Criterios de exclusión de los participantes:

- Pacientes que no recibieron tratamiento en ANIQUEM.
- Pacientes que hayan abandonado el tratamiento en ANIQUEM.

3.4. Identificación de la variable y su Operacionalización

La variable de estudio es “Apoyo familiar” y tiene como factores sociodemográficas que caracterizan a la muestra, tales como: género, edad, nivel de estudios, tiempo que participaron en ANIQUEM. Además la variable apoyo familiar se categoriza en las siguientes dimensiones e indicadores, que se detallan en la operacionalización.

Tabla 4: Matriz de Operacionalización de la Variable Apoyo Familiar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INDICE	INSTRUMENTO
APOYO FAMILIAR	Luna, V. (2014) conceptualiza el apoyo familiar como la habilidad para promover el crecimiento y desarrollo de los diferentes miembros de la familia, a la vez que se les provee de seguridad y de ayuda para fomentar su creatividad, y se tiene la sensibilidad para detectar y tratar de satisfacer las necesidades de sus integrantes.	Baptista (2004) afirma: el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia. La familia es una unidad social primaria y universal, por tanto ocupa una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad. El soporte familiar implica el desarrollo de los factores: afectivo-consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.	Afectividad consistente	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Apoyo • Empatía 	1,2,3,4,5,6,7.	Sí (3) En parte (2) No (1)	Cuestionario de Apoyo Familiar
			Adaptación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Adopción de conductas • Desenvolvimiento 	8,9,10,11,12,13,14,15.		
			Autonomía familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza • Libertad • Privacidad 	16,17,18,19,20,21,22.		

3.5. Técnicas e instrumentos de evaluación

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario elaborado para medir el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM, el cual consta de 22 ítems, que se miden con una escala de Likert. A continuación pasamos a detallar el instrumento aplicado:

FICHA TÉCNICA: Cuestionario de Apoyo Familiar

- **Autor:** Melissa Villalobos Zamora (2018)
- **Forma de Administración:** Individual
- **Ámbito de Aplicación:** El cuestionario es aplicable para los pacientes que recibieron ayuda del Programa de ANIQUEM
- **Duración:** 15 minutos (aprox.)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 22 ítems que son de tipo cerrado de opción de respuesta variada, el cual permite conocer el nivel de apoyo familiar a través de la evaluación de tres dimensiones: afectivo-consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.
- **Calificación:** Las preguntas son cerradas con un lenguaje claro y sencillo para que el participante marque una opción, con la cual se identifique. Las respuestas se califican en escala de Likert, que van desde los valores 1 al 3, que se detalla a continuación.

Tabla 5: Escala de Calificación del Cuestionario

No	En parte	Sí
1	2	3

Los participantes responden según sus experiencias y percepción sobre el apoyo familiar recibido durante el tratamiento en ANIQUEM, el cual les resulte más significativo y adecuado a su realidad. Luego se realiza la sumatoria total de los valores obtenidos y se determina la categoría a la que corresponde según el baremo.

- **Baremo:** La baremación sirve para efectos de interpretación de los resultados de la variable de investigación, se efectúa de acuerdo al valor del índice o escala elegida en cada ítem del cuestionario. Hallando a través de la sumatoria, el total por cada dimensión y por la variable propiamente.

Tabla 6: Baremo de interpretación de la variable Apoyo familiar

Categorías	I	II	III	Total
Bajo	7 - 11	8 - 13	7 - 11	22 - 37
Moderado	12 - 16	14 - 19	12 - 16	38 - 53
Alto	17 - 21	20 - 24	17 - 21	54 - 66

3.6. Determinación de la Validez y Confiabilidad

3.6.1. Validez del Constructo

El instrumento ha sido validado por el juicio de 3 jueces expertos quienes en base a su pericia han evaluado el Cuestionario de Participación educativa bajo los criterios: intencionalidad, suficiencia, consistencia, coherencia, pertinencia, y claridad.

Tabla 7: Porcentaje de Validación del instrumento

Nº	NOMBRE DE LOS EXPERTOS	VALORACIÓN %
1	Miriam Casquero Zaidman	96 %
2	Violeta Vargas Palomino	100 %
3	Maritza León Espinoza	97 %
TOTAL		98 %

Interpretación: Los jueces expertos han otorgado el 98 % en su valor de aprobación, que representa a un 4% de margen de error en la aplicación de la prueba, siendo altamente valido en su consistencia externa.

3.6.2. Confiabilidad de los Instrumentos

La medida de la confiabilidad de los instrumentos se establece mediante el alfa de Cronbach, que asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Figura 4: Fórmula de confiabilidad Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Donde:

n: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_x^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Tabla 8: Confiabilidad del Instrumento

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.981	18

Interpretación: Para establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba mencionada a un grupo de pacientes que vienen participando en ANIQUEM, en la prueba piloto participaron 18 pacientes. Se aplicó la fórmula de alfa de Cronbach, obteniendo como resultado del análisis de confiabilidad un coeficiente de 0,981 lo que indica que el cuestionario es altamente confiable.

CAPÍTULO IV

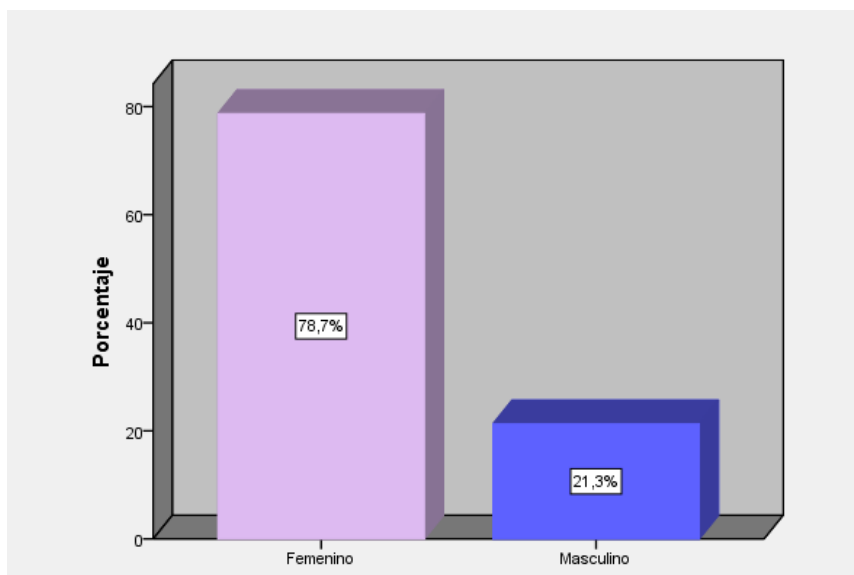
PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados de datos generales

Tabla 9: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	122	78,7	78,7	78,7
Masculino	33	21,3	21,3	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 5: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Sexo.

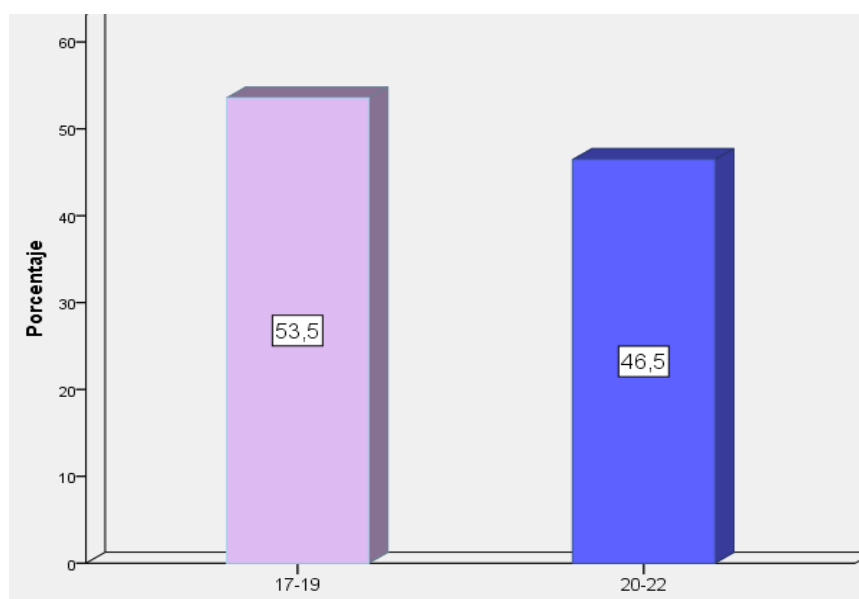


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación podemos determinar que el mayor porcentaje de pacientes quemados corresponden al sexo femenino representado por un 78,7% (122) frente ante un 21,3% (33) que son del sexo masculino.

Tabla 10: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo a la Edad.

Edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
17-19	83	53,5	53,5	53,5
20-22	72	46,5	46,5	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 6: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo a la Edad.

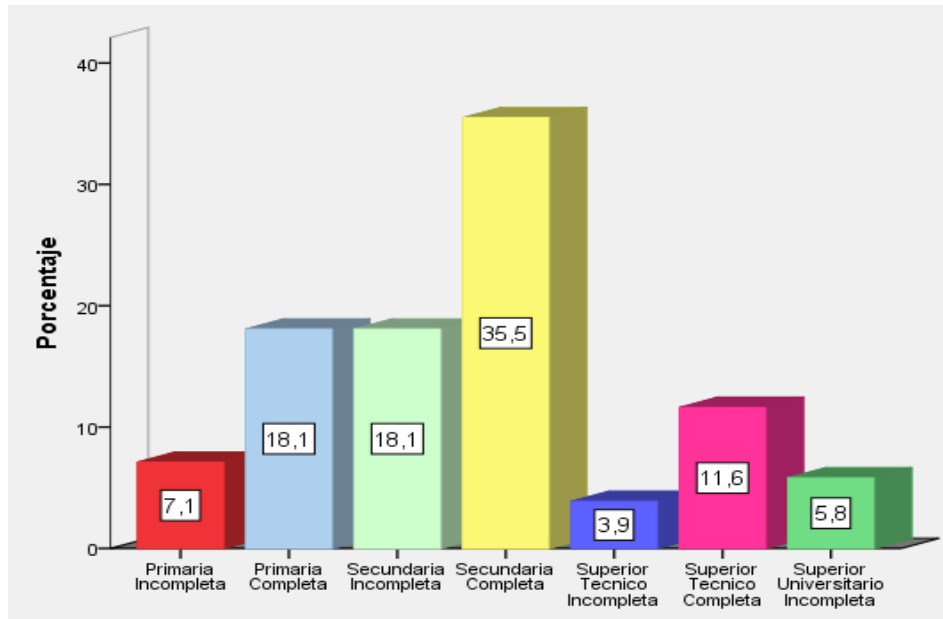


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos se determinó que la mayor proporción de pacientes quemados que participaron de este estudio se encuentra entre las edades de 17 y 19 años de edad con 53,5% (83), seguido de un 46,5% (72) que se encuentra en un rango de 20 a 22 años de edad.

Tabla 11: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Grado de Instrucción.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria Incompleta	11	7,1	7,1	7,1
Primaria Completa	28	18,1	18,1	25,2
Secundaria Incompleta	28	18,1	18,1	43,2
Secundaria Completa	55	35,5	35,5	78,7
Superior Técnico Incompleta	6	3,9	3,9	82,6
Superior Técnico Completa	18	11,6	11,6	94,2
Superior Universitario Incompleta	9	5,8	5,8	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 7: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Grado de Instrucción.

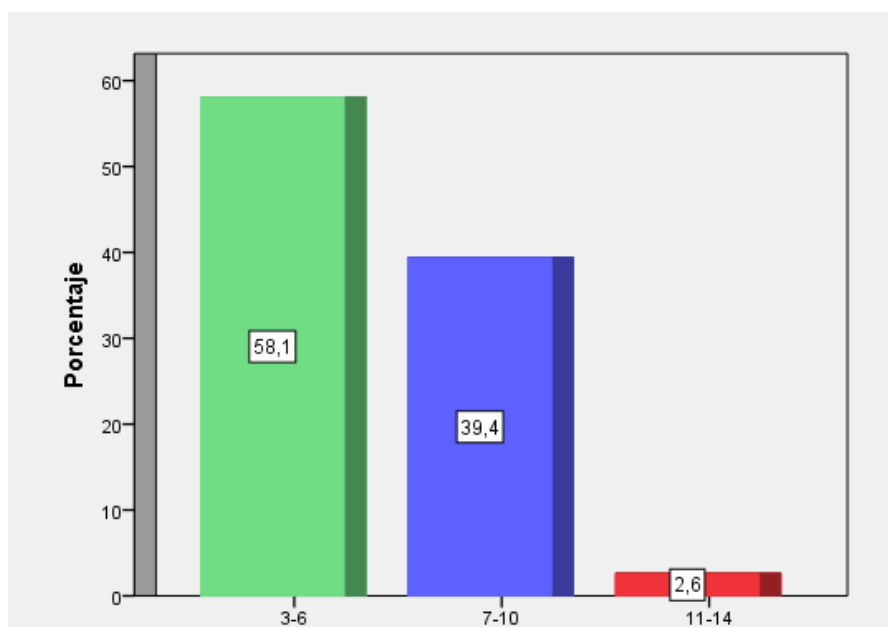


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia que la mayor proporción de pacientes quemados representado por el 35,5% (55) estudio la secundaria completa y en menor proporción el 3,9% (6) estudio hasta el nivel superior técnico incompleta.

Tabla 12: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Tiempo que participaron.

Tiempo en el Programa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3-6	90	58,1	58,1	58,1
7-10	61	39,4	39,4	97,4
11-14	4	2,6	2,6	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 8: Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos en ANIQUEM de acuerdo al Tiempo que participaron.



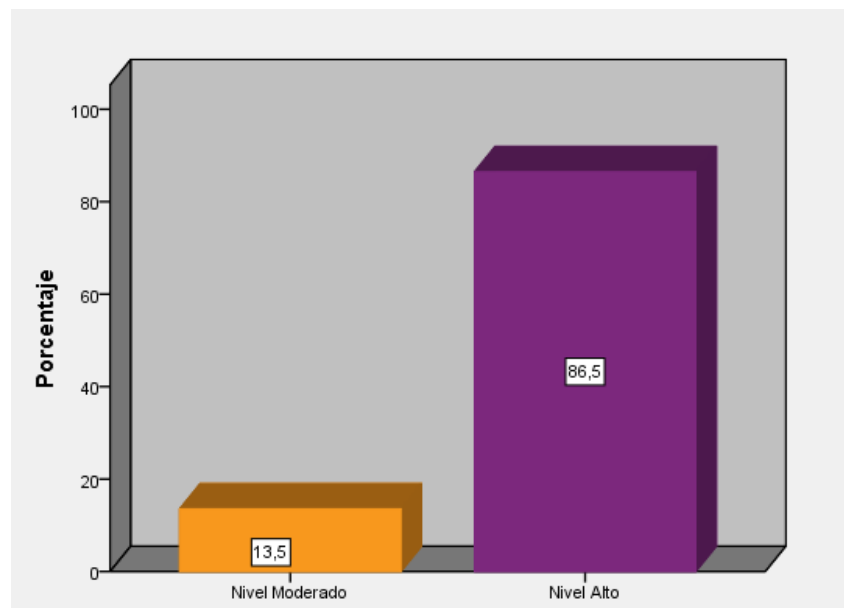
Interpretación: Según los resultados obtenidos se observa que el mayor porcentaje de pacientes quemados ascendente a un 58,1% (90) participaron de 3 a 5 años, seguido por un 39,4% (61) que participaron de 7 a 10 años y por último el 2,6% (4) participo de 11 a 14 años en ANIQUEM.

4.2. Presentación de resultados de datos específicos

Tabla 13: Nivel de Apoyo Familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel Moderado	21	13,5	13,5	13,5
Nivel Alto	134	86,5	86,5	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 9: Nivel de Apoyo Familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.

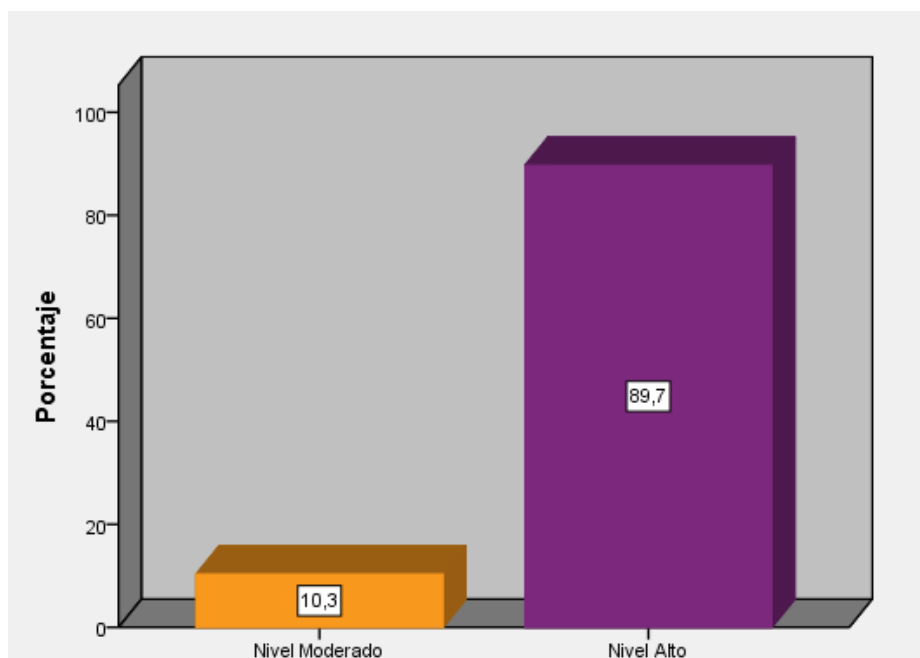


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM responde en una mayor proporción al nivel alto igual al 86,5% (134), seguido del 13,5% (21) que afirman haber tenido un nivel moderado o medio de apoyo familiar durante el tratamiento.

Tabla 14: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión afectivo consistente.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel Moderado	16	10,3	10,3	10,3
Nivel Alto	139	89,7	89,7	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 10: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión afectivo consistente.

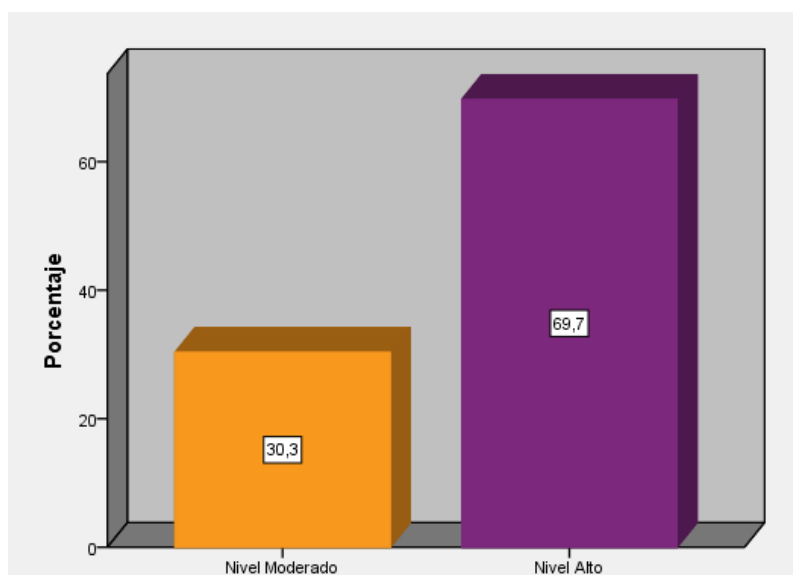


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión afectivo consistente se observa que el 89,7% (139 pacientes) tuvo este soporte en un nivel alto y solo un 10,3% (16 pacientes) lo tuvo en un nivel moderado.

Tabla 15: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión adaptación familiar.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel Moderado	47	30,3	30,3	30,3
Nivel Alto	108	69,7	69,7	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 11: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión adaptación familiar.

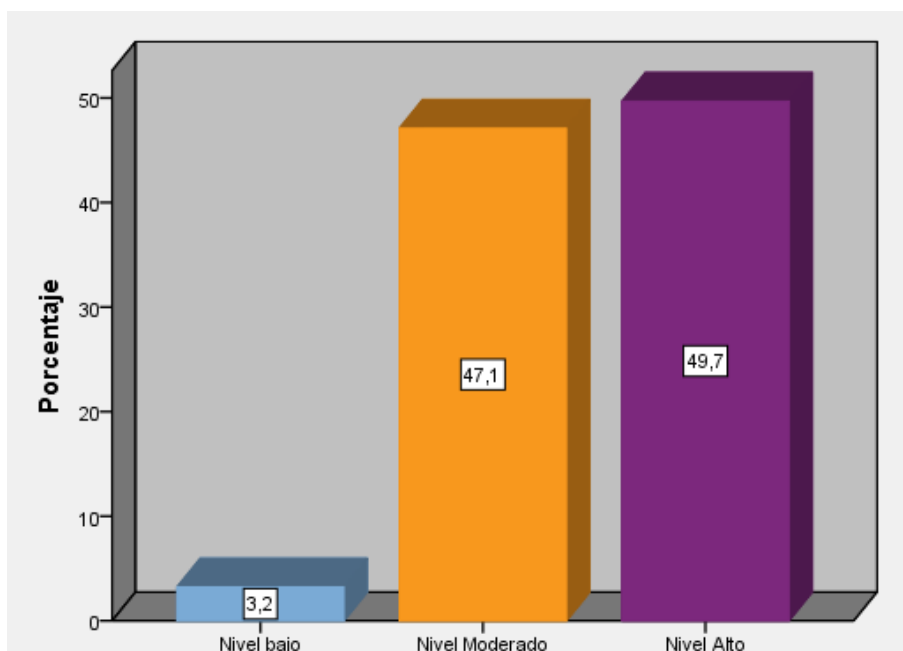


Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión adaptación familiar se observa que en un 69,7% (108 pacientes) se dio en un nivel alto, seguido por el 30,3% (47 pacientes) en donde se dio a nivel moderado.

Tabla 16: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión autonomía familiar.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel bajo	5	3,2	3,2	3,2
Nivel Moderado	73	47,1	47,1	50,3
Nivel Alto	77	49,7	49,7	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Figura 12: Nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la dimensión autonomía familiar.



Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión autonomía familiar se observa que en un 49,7% (77 pacientes) se dio a nivel alto, seguido por el 47,1% (73 pacientes) en donde se dio a nivel moderado y en un 3,2% (5 pacientes) se dio a nivel bajo.

4.3. Procesamiento de los resultados

Para fines del procesamiento, se elaboró una base de datos donde progresivamente se fue procesando la información recogida en el cuestionario. Para la presentación de los resultados se utilizaron figuras y tablas, de acuerdo a los objetivos generales y específicos de la investigación. Dándole una adecuada interpretación de acuerdo a las frecuencias y porcentajes obtenidos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM Statistics Package for the Social Sciences for Windows SPSS versión 22 y el programa Microsoft Excel, para la tabulación inicial de datos.

4.4. Discusión de los resultados

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM, considerando que el apoyo familiar es el eje central para la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más motivado a querer recuperarse. El apoyo familiar fue considerado en sus tres dimensiones afectivo consistente, adaptación familiar y autonomía familiar.

Las características sociodemográficas de la muestra estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

Un 78,7% de los pacientes encuestados pertenecen al sexo femenino y el 21,3% corresponden al sexo masculino, el rango de edad que predomina en los pacientes que participaron es de 17 a 19 años en un 53%, con el mayor tiempo de permanencia en el programa de ANIQUEM de 3-6 años en un 58,1% y que tiene la mayoría como grado de instrucción ascendente en un 35,5%, la secundaria completa.

Los datos sociodemográficos de la investigación en cuanto que el mayor grupo de la población que sufre quemaduras está representado por el sexo femenino coincide con el reporte de la OMS (2018) que según los datos más recientes afirma que las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayores en mujeres que en hombres. Las mujeres están más expuestas al riesgo asociado con la cocina al aire libre o con el uso de cocinas peligrosas que pueden comprometer la ropa. Las llamas abiertas que se utilizan como calefacción y para iluminar también conllevan riesgos; la violencia autoinfligida o interpersonal es otros de los factores (aunque no se estudia lo suficiente).

Los resultados obtenidos en la investigación determinaron que los pacientes atendidos en ANIQUEM reciben un nivel alto de apoyo familiar, representado por el 86,5% de la población encuestada. Dicho resultado se apoya en las evidencias encontradas a través del estudio de sus dimensiones, donde el 89,7% percibe un nivel alto en la dimensión afectivo consistente, el 69,7% percibe un nivel alto en la dimensión adaptación familiar y finalmente el 49,7% también percibe un nivel alto en la dimensión autonomía familiar. En síntesis, los resultados hallados juegan un rol muy importante dentro del tratamiento y recuperación del paciente, porque contara con el apoyo necesario por parte de su familia para poder culminar el tratamiento y reinsertarse a la vida activa de la sociedad.

En comparación con los resultados de otras investigaciones hallamos coincidencia con el estudio realizado por Quevedo, Sánchez, Villalba y Velásquez (2015), titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”, donde se encontró valores altos de soporte familiar y social correspondiéndole también valores altos de cumplimiento del tratamiento. Concluyendo que el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.

De mismo modo se encontró coincidencia con los resultados encontrados en la investigación de Díaz, y Farías (2014) sobre “Soporte familiar y su influencia en el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA Hospital Huacho, Huaura, Oyon y S.B.S. – 2014”, donde se determinó que la mayoría de los pacientes con VIH/Sida tienen un elevado nivel de soporte familiar, ascendente al 44% que cuentan con un adecuado apoyo familiar.

Sin embargo, en relación a la investigación hecha por Carballo, Gadea, Gonzales, Riva, y Vieyto (2013) en la investigación titulada “Percepción de los integrantes del equipo de salud sobre el apoyo familiar a la embarazada adolescente”, se identificó que el apoyo familiar a la embarazada adolescente es poco satisfactorio. Determinándose que la familia no siempre brinda el apoyo (emocional, social y/o financiero) a la embarazada adolescente. En este sentido, se atribuye la diferencia de dichos resultados en comparación con las investigaciones citadas anteriormente, debido a que la situación de enfermedad resulta de primordial atención puesto que está en juego la recuperación y vida de la persona, infiriendo que por eso arroja niveles altos de apoyo familiar frente a la indiferencia y falta de apoyo en caso del apoyo familiar que se debe prestar a las embarazadas, por no representar un caso de extrema urgencia.

4.5. Conclusiones

Después de haber llevado a cabo un amplio análisis e investigación sobre el tema de investigación del apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM, se establecen las siguientes conclusiones:

- El nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes quemados atendidos en ANIQUEM, responde a un nivel alto igual al 86,5%, representado un soporte fundamental para la recuperación del paciente y que este pueda posteriormente reinsertarse a la vida común en la sociedad.

- El 89,7% de los pacientes atendidos en ANIQUEM percibió un nivel alto en la dimensión afectivo consistente, recibiendo expresiones de afecto y apoyo moral de sus familias, lo cual le permitió adquirir mayor seguridad y confianza para lograr su recuperación.
- En la dimensión adaptación familiar el 69,7% de los pacientes atendidos en ANIQUEM percibió un nivel alto, asimilando los familiares de manera asertiva los nuevos roles y cambios en la dinámica familiar.
- Los pacientes atendidos en ANIQUEM percibieron en un nivel alto igual a 49,7% sobre la dimensión autonomía familiar. Determinándose que la familia le permitió conservar su independencia al momento de tomar sus decisiones y querer realizar actividades por sí solo.
- En general, se determina que el apoyo familiar es el soporte que necesita el paciente que ha sufrido quemaduras, para sentirse predispuesto y motivado a salir adelante. Siendo un aspecto positivo para lograr la recuperación total de la persona afectada y que siga con su proyecto de vida.

4.6. Recomendaciones

En base a las conclusiones que se deriva de la presente investigación se propone las siguientes recomendaciones:

- La familia debe brindar apoyo incondicional en todo momento al paciente quemado, para que este se encuentre predispuesto a seguir un tratamiento de rehabilitación y no lo abandone en el camino.
- Las personas que pertenecen al núcleo familiar deben recibir terapia y asesoría psicológica para contar con un equilibrio emocional que le permita

de la misma forma brindar el soporte afectivo de manera consistente al paciente quemado.

- La familia debe organizarse para repartir funciones y roles que deberán asumir de manera responsable a fin de brindar el apoyo que necesita el paciente quemado. De manera que las nuevas responsabilidades no recaía sobre una sola persona y la vida de solo algunos miembros de la familia se vea afectada.
- Los familiares deben evitar caer en la sobreprotección al paciente quemado, de manera que no le recorte su independencia para decidir por sí mismo y realizar las actividades que este desea.

CAPÍTULO V

PLAN DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del programa

“Taller de Fortalecimiento de la Integración familiar”

5.2. Justificación del programa

El presente programa está basado de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, donde si bien, los resultados demostraron que el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes quemados atendidos en ANIQUEM, responde a un nivel alto igual al 86,5% constituyendo así este factor, un soporte fundamental para la recuperación del paciente y que este pueda con mayor facilidad reincorporarse a la sociedad. Sin embargo, aún existe una minoría que no brinda el apoyo suficiente para lograr una total recuperación de su familiar afectado, por consiguiente se requiere fortalecer la integración familiar para que cada uno de sus miembros asuman roles que favorezcan a la mejora tanto física como emocional del paciente.

Recordemos que un paciente afectado por quemaduras lleva un tratamiento largo antes de estar totalmente recuperado, y que aun así siempre quedan secuelas que afectan su vida personal, tanto en su aspecto físico pero sobretodo en el aspecto emocional. Por eso es de suma importancia, que la familia le brinde el apoyo necesario de forma oportuna y en su debido momento, durante las terapias de rehabilitación, terapias psicológicas, compra de medicinas y prendas especiales, etc.

En suma la familia deberá apoyar y brindar el soporte material y emocional que el paciente necesita, para que este muestre la predisposición a querer recuperarse. Sin el apoyo de la familia, es muy difícil y casi imposible que una persona afectada por quemaduras pueda recuperarse.

Magally Barahona (2006), trabajadora social egresada de la Universidad de Costa Rica, desarrollo una propuesta de intervención social de tipo preventiva que responde a la problemática de las quemaduras infantiles, un tema que es considerado de salud pública y social. Dicha propuesta de intervención surgió a partir de los resultados obtenidos en la investigación sobre los factores de riesgo físicos y sociales presentes en la ocurrencia de quemaduras en el Cantón Central de San José. La intervención social desarrolló programas de capacitación en prevención de accidentes por quemaduras dirigido a las mujeres embarazadas, padres y madres que van con niños pequeños al centro de salud y al personal del centro de salud de la comunidad de San José. Asumiendo el Modelo Socioeducativo- Promocional, donde se desarrolló procesos de concientización en los adultos con el fin de reducir la ocurrencia de quemaduras en esta población.

En dicho sentido, ANIQUEM es una institución sin fines de lucro que trabaja en beneficio de los niños, niñas y adolescentes con secuela de quemaduras severas y de escasos recursos económicos que no pueden afrontar el tratamiento. Lógicamente, durante el proceso de rehabilitación se requiere de la participación de los padres en todo momento o de algún familiar que se haga responsable, puesto que el tratamiento es largo y cansado tanto física como emocionalmente.

En razón a esto, es que se plantea como propuesta de intervención realizar un programa de fortalecimiento de integración familiar para los familiares de los pacientes atendidos en ANIQUEM, dirigido por el área de bienestar social de la referida institución. Sobre todo se busca que los padres de familia del paciente, se comprometa a acompañarlo durante el tiempo que dure el tratamiento. De esta

manera, se asegura que los esfuerzos realizados por la institución, donde un conjunto de profesionales especializados vuelcan toda su experiencia y dedicación sean aprovechados en beneficio de la recuperación de los pacientes de escasos recursos económicos.

Hasta la fecha, ANIQUEM ha logrado recuperar a más de 4500 pacientes afectados, y teniendo en cuenta que el promedio para conseguirlo dura aproximadamente 3 años, se necesita de la unión e integración del núcleo familiar del paciente para que esta sea su mayor fortaleza y recupere poco a poco la confianza en sí mismo y la seguridad en su entorno. La familia debe ser consciente de su grado de responsabilidad en la mejoría y recuperación del menor afectado.

5.3. Objetivos

5.3.1. Objetivo general del programa

- Fortalecer la integración del núcleo familiar de los pacientes atendidos en ANIQUEM, para asegurar su permanencia y culminación del tratamiento de manera exitosa.

5.3.2. Objetivos específicos del programa

- Desarrollar talleres sobre el manejo de emociones con los padres de familia, para brindar el soporte afectivo de manera consistente a los pacientes atendidos en ANIQUEM.

- Brindar estrategias de adaptación familiar a los padres de familia del paciente atendido en ANIQUEM, para afrontar asertivamente la situación que se les presenta.

- Promover la autonomía familiar a través de los padres de familia del paciente atendido en ANIQUEM, con la finalidad de que transfieran este principio a sus demás miembros y conserven su independencia.

5.4. Sector al que se dirige

El programa de intervención estará dirigido a los padres de familia de los niños con quemaduras de segundo y tercer grado, atendidos en ANIQUEM.

5.5. Metodología de la intervención

Este programa de intervención se orienta bajo el modelo de intervención en crisis propuesto por Juan Viscarret Garro (2007), el cual busca fortalecer a las personas en los procesos de afrontamiento e integración frente al acontecimiento estresante, orientándolo y brindándole soporte emocional durante el periodo de afrontamiento. En ese sentido, los profesionales que realizan la intervención deben informar, aconsejar y orientar sobre las acciones asertivas para enfrentar y reducir el impacto del problema.

La intervención en crisis es un método de ayuda dirigido apoyar a una persona y/o familia o grupo para que pueda afrontar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore e incremente la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales. De manera que el programa de intervención social está orientado a fortalecer el apoyo familiar en los miembros del núcleo familiar de los niños quemados, que reciben tratamiento de rehabilitación en ANIQUEM.

La metodología del programa de intervención se orienta en la dinámica grupal, donde se agrupan algunas parejas de padres de familia, para que a través del intercambio de experiencias encuentren puntos en común de la situación que atraviesan y comprendan la importancia de la integración al interior de cada núcleo familiar para afrontar esta situación.

Mediante el acompañamiento de psicólogos y trabajadoras sociales, se realiza una intervención conjunta para empoderar a los padres de familia de las estrategias para

afrontar la nueva situación, fortaleciendo el compromiso de estos en culminar el tratamiento de sus hijos en el centro.

La metodología del programa de intervención se basa en técnicas activas, que permitirán fortalecer dicho compromiso para la recuperación y reinserción del paciente.

Las técnicas de intervención utilizadas durante las sesiones son las siguientes:

- Talleres
- Apoyo psicológico
- Discusión grupal
- Elaboración de compromisos

El grupo de participantes asciende a 30 padres de familia de los niños que reciben tratamiento en ANIQUEM, seleccionados según el grado de mayor gravedad en las quemaduras sufridas, lo cual amerita mayor tiempo de tratamiento y permanencia para la rehabilitación del paciente.

Las actividades que comprende el programa de intervención, a cargo del área de Bienestar social del centro ANIQUEM son las siguientes:

1) Terapias de reparación emocional

Las actividades desarrolladas en este taller serán:

- Presentación audiovisual de información relevante al tema.
- Desarrollo de técnicas individuales: consejería familiar (padres de familia)
- Desarrollo de técnicas grupales: en grupos pequeños de 5 parejas de padres de familia, el psicólogo especialista realiza mediante la técnica de la catarsis, la liberación y expresión de los sentimientos reprimidos de los padres frente a la situación experimentada.

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientado a la aceptación de experiencias traumáticas y desarrollar el compromiso para salir adelante.

2) Charla de concientización “Afrontamos optimistamente nuevas situaciones”

Las actividades desarrolladas en este taller serán:

- Exposición motivacional para sobreponerse a situaciones adversas.
- Elaboración de lemas y frases motivadoras por equipo de padres de familia
- Elaboración de la misión y visión como responsable del menor afectado.

3) Charla de concientización “Asumiendo nuevos roles”

- Exposición teórica sobre los deberes de los padres de familia.
- Sociodrama, según los pequeños grupos formados de padres de familia, donde evidencian los nuevos roles que asumirán.

5.5. Técnicas e Instrumentos de recolección

El programa de intervención se desarrolló a través de técnicas cualitativas como el focus group, desde el primer taller del programa. Las técnicas empleadas en este taller serán la entrevista, la encuesta, la observación, exposición teórica.

Los instrumentos empleados son ficha de registro durante las sesiones de la consejería, cuestionario, ficha de observación.

5.6. Cronograma de las actividades

El programa se organiza en las diferentes sesiones que pasamos a detallar a continuación:

Sesiones	Duración	Setiembre				Octubre					Diciembre			
		Semanas				Semanas					Semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Terapias de reparación emocional	9 sesiones													
Charla de concientización “Afrontamos optimistamente nuevas situaciones”	2 sesiones													
Charla de concientización “Asumiendo nuevos roles”	2 sesiones													

5.7. Recursos para hacer el trabajo

5.7.1. Recursos profesionales

El equipo de trabajo estará conformado por:

- 2 Trabajadoras Sociales del centro ANIQUEM
- 3 Psicólogas (os)
- 4 asistentes

5.7.2. Recursos materiales

- Auditorio de ANIQUEM
- Proyector Multimedia

- Parlantes
- Pantalla ecran
- Videos motivacionales
- Papelotes
- Hojas bond y de color
- Plumones
- Limpiatipo

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Arias, M. y Ramírez, S. (2013). Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, distrito de Pachacámac (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Aguirre, T. (España, 2015). Apoyo Familiar en el Tratamiento de Personas Alcohol dependientes (tesis de grado). Universidad de la laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1091/EI%20apoyo%20familiar%20en%20el%20tratamiento%20de%20personas%20alcoholdependientes.pdf?sequence=1>

Baptista, M. N. & Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depresión y soporte familiar en adolescentes: Un estudio de correlación. Revista Brasileira de Crecimiento y Desenvolvimento Humano, Vol. 14, N° 3, p. 58-67.

Baptista, M. N., Alves, G. A. S., Lemos, V. A. & Souza, M. S. (2009). Inventario de percepción del soporte familiar: Evidencia de validez con grupos criterio. Sistemas Familiares, Vol. 24, N° 1, p. 49-61.

Barahona, M. (2006). Factores de riesgo físicos y sociales presentes en la ocurrencia de quemaduras en niños y niñas menores de seis años, Cantón Central de San José. Una propuesta y un perfil del trabajo social en prevención (tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica,

Bárez, M., Blasco, T. y Fernández C.J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en

pacientes con cáncer. España. Rev. Anales de Psicología. Vol.19 N°2, p. 235-246. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/06-19_2.pdf

Carballo, V., Gadea, S., Gonzales, L., Riva, L., y Vieyto, R. (2013). Percepción de los integrantes del equipo de salud sobre el Apoyo familiar a la embarazada adolescente (tesis de pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperado de www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2013/FE-0511TG.pdf

Del Corral, J. (15 de mayo del 2016). La ausencia de apoyo familiar participa en la aparición de la enfermedad mental. Recuperado de http://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-ausencia-apoyo-familiar-participa-aparicion-enfermedad-mental-201605131254_noticia.html

Hidalgo Carpio, E. (2005). Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M., & Reiss, D.J. (1986). Family education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.

Lastre, K., López, L., Alcázar, C. (2017). Relación entre apoyo familiar y el rendimiento académico en estudiantes colombianos de Educación Primaria. *Psicogente*, 21(39), p. 102-115. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2825>

Luna, V. (2014). *La Importancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA del H.G.Z. 53. Los Reyes I.M.S.S.* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Recuperado de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14516/411532.pdf?sequence=1>

Méndez, J. (2013). Apoyo familiar y complicaciones crónicas, en pacientes con diabetes mellitus Tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar número 64; de 2011 a 2012 (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13979/396226.pdf?sequence=1>

Ministerio de Salud (3 de abril del 2018). Minsa elaborará política pública para prevención y tratamiento de pacientes quemados. Recuperado de www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=27138

Monge, J. (2015). La importancia del apoyo familiar en situaciones de enfermedad. Recuperado de <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-en-situaciones-de-enfermedad/>

Organización Mundial de la Salud (6 de marzo de 2018). Quemaduras. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

Kerlinger, F. (1979). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana.

Rodríguez, M. (2010). Metodología Cuantitativa. Recuperado de <https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/METODOLOGIA-CUANTITATIVA/1016797.html>

Taylor, S. y Bodgan, R. (2000). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Editorial Paidós.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

TITULO: “Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018”.

AUTOR: Melissa Villalobos Zamora

Problema General	Objetivo General	Metodología
¿Cuál es el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM en la Ciudad de Lima, 2018?	- Determinar el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018.	La investigación es de tipo descriptivo transversal con un diseño No experimental. Según el manejo de los datos corresponde a un enfoque cuantitativo.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Población y muestra
<p>P1: ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión afectivo consistente, percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?</p> <p>P2: ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión adaptación familiar, percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?</p> <p>P3: ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar, según la dimensión autonomía familiar, percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018?</p>	<p>O1: Identificar según la dimensión afectivo consistente, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.</p> <p>O2: Identificar según la dimensión adaptación familiar, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.</p> <p>O3: Identificar según la dimensión autonomía familiar, el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes de ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018.</p>	<p>La población de estudio estuvo conformado por 500 pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, recogida la información durante el periodo 2018.</p> <p style="text-align: center;">N = 500</p> <p>El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la aplicación de la fórmula de muestreo aleatorio simple (MAS), y luego la prueba de corrección por finitud, resultando como tamaño muestral a 155 pacientes de ANIQUEM.</p> <p style="text-align: center;">n = 155</p>

Anexo 2. Cuestionario de Apoyo Familiar

I. Introducción: Estimado paciente el siguiente cuestionario tiene el objetivo de conocer el nivel de involucramiento y participación que Ud. percibe de parte de sus familiares. De anticipado muchas gracias por su colaboración.

II. Datos Generales

1. Marcar su género: **F** **M**
2. ¿Cuál es su edad? : años
3. ¿Cuál es su nivel de estudio alcanzado?
 - () Sin estudios
 - () Primaria incompleta
 - () Primaria completa
 - () Secundaria incompleta
 - () Secundaria completa
 - () Superior
3. ¿Cuánto tiempo participo del Programa ANIQUEM?

III. Nivel de Apoyo Familiar

A continuación se presenta un listado de enunciados, con su respectiva escala de respuestas, marcar sólo una alternativa.

DIMENSION: AFECTIVO CONSISTENTE		No (1)	En parte (2)	Sí (3)
1	Se siente respetado y valorado por su familia.			
2	El respeto es una de las características que prima en el trato familiar			
3	Recibiste el apoyo incondicional de tu familia, después de tu accidente			
4	El apoyo familiar recibido te permitió seguir un tratamiento de recuperación			
5	Tu familia te brindó el apoyo moral necesario para superar los momentos de tristeza, depresión, preocupación por el futuro, etc.			
6	Percibiste que el accidente sufrido le afectó emocionalmente de igual manera a tus familiares			
7	Encontraste comprensión y afecto en tu familia, a raíz del accidente que te sucedió.			
DIMENSION: ADAPTACION FAMILIAR				
8	Tu familia ha podido asimilar y aceptar con normalidad lo de tu accidente.			

9	Sientes que tus familiares te aceptan tal como eres, sin caer en reclamos, ofensas o críticas.			
10	Tus familiares mostraron cambio de actitudes que mejoraron el trato hacia tu persona.			
11	Consideras que tu familia se esmera en cuidarte y adopto actitudes sobreprotectoras contigo, después del accidente.			
12	La dinámica familiar y las actividades que cada miembro de tu familia realiza sufrieron algún cambio, luego de tu accidente.			
13	En casa te permiten encargarte de alguna responsabilidad			
14	Creer que tu familia te permite desenvolverte con autonomía, sin limitarte en algo que desees hacer.			
15	Tu familia te motiva a participar en reuniones sociales, fiestas y compromisos donde interactúes con otras personas.			
DIMENSION: AUTONOMIA FAMILIAR				
16	Sientes que tus familiares confían en que puedes cuidarte solo después del accidente.			
17	Le cuentas tus dudas, problemas e inquietudes a tu familia.			
18	Confías en que tu familia nunca te dejara de lado.			
19	Creer tener las mismas libertades con tu familia hasta antes de tu accidente.			
20	Tu familia te permite tomar tus propias decisiones sin entrometerse pensando en lo que sería mejor para ti.			
21	Tu familia respeta la privacidad de tus comunicaciones (redes sociales, teléfono móvil)			
22	Cuando hay algo que no quieres comentarle a nadie, tu familia respeta tu decisión a guardar silencio.			

¡Gracias por su participación!

Anexo N° 3. Certificado de Validación del primer experto



CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Casquero Zaidman Miriam Estela	Coordinadora de CADES	Nivel de Apoyo Familiar	Villalobos Zamora Melissa

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Muy adecuado
		00 - 25%	25- 50%	51- 75%	76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				95 %
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95%
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				98%
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				96%
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				98%
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				95%
07. COHERENCIA	Entre los indices, indicadores y las dimensiones.				95%
08. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95%

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:	95.87 %	
Lima, 7 de ... del 2018	DNI: 08047994	Teléfono: 992647545
Lugar:	Firma:	

Mg. Miriam Casquero Zaidman
C.P.S. 3599

Anexo N° 4. Ficha del instrumento del primer experto



FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Se siente respetado y valorado por su familia.	X		X		X		
2	El respeto es una de las características que prima en el trato familiar	X		X		X		
3	Recibiste el apoyo incondicional de tu familia, después de tu accidente	X		X		X		
4	El apoyo familiar recibido te permitió seguir un tratamiento de recuperación	X		X		X		
5	Tu familia te brindo el apoyo moral necesario para superar los momentos de tristeza, depresión, preocupación por el futuro, etc	X		X		X		
6	Percibiste que el accidente sufrido te afecto emocionalmente de igual manera a tus familiares	X		X		X		
7	Encontraste comprensión y afecto en tu familia, a raíz del accidente que te sucedió.	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
8	Tu familia ha podido asimilar y aceptar con normalidad lo de tu accidente	X		X		X		
9	Sientes que tus familiares te aceptan tal como eres, sin caer en reclamos, ofensas o críticas	X		X		X		
10	Tus familiares mostraron cambio de actitudes que mejoraron el trato hacia tu persona	X		X		X		
11	Consideras que tu familia se esmera en cuidarte y adopto actitudes sobreprotectoras contigo, después del accidente.	X		X		X		
12	La dinámica familiar y las actividades que cada miembro de tu familia realiza sufrieron algún cambio, luego de tu accidente	X		X		X		
13	En casa te permiten encargarte de alguna responsabilidad	X		X		X		
14	Crees que tu familia te permite desenvolverte con autonomía, sin limitarte en algo que desees hacer	X		X		X		
15	Tu familia te motiva a participar en reuniones sociales, fiestas y compromisos donde interactúes con otras personas	X		X		X		
DIMENSIÓN 3								
16	Sientes que tus familiares confían en que puedes cuidarte solo después del accidente	X		X		X		
17	Le cuentas tus dudas, problemas e inquietudes a tu familia	X		X		X		
18	Confías en que tu familia nunca te dejara de lado	X		X		X		
19	Crees tener las mismas libertades con tu familia hasta antes de tu accidente.	X		X		X		



20	Tu familia te permite tomar tus propias decisiones sin entrometerse pensando en lo que sería mejor para ti.	x		x		x	
21	Tu familia respeta la privacidad de tus comunicaciones (redes sociales, teléfono móvil)	x		x		x	
22	Cuando hay algo que no quieres comentarle a nadie, tu familia respeta tu decisión a guardar silencio.	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: CASQUERO ZAMBRANO MIRIAM ESTEB DNI: 08043994


Lima, 3 de Mayo del 2018.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo


³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Firma del Experto Informante.

Mg. Miriam Casquero Zambrano
C.P.R. 3559

Anexo N° 5. Certificado de Validación del segundo experto



CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


1. INFORMACION GENERAL


Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
VARGAS	t. social	Nivel de Apoyo Familiar	Helisa Ullalabeo Zamora

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 – 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				X
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas				X
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				X
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos				X
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X
08. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:

Lima, P. de... 06 del 2018	DNI: 07639187	Teléfono: 941883950
Lugar: Pisco	Firma: 	


 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
 ESTADÍSTICA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
 ESTE VARGAS PALOMINO
 Transparencia Social
 CASP-3081

Anexo N° 6. Ficha del instrumento del segundo



FICHA DEL INSTRUMENTO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Se siente respetado y valorado por su familia.	X		X		X		
2	El respeto es una de las características que prima en el trato familiar	X		X		X		
3	Recibiste el apoyo incondicional de tu familia, después de tu accidente	X		X		X		
4	El apoyo familiar recibido te permitió seguir un tratamiento de recuperación	X		X		X		
5	Tu familia te brindo el apoyo moral necesario para superar los momentos de tristeza, depresión, preocupación por el futuro, etc.	X		X		X		
6	Percibiste que el accidente sufrido le afectó emocionalmente de igual manera a tus familiares	X		X		X		
7	Encontraste comprensión y afecto en tu familia, a raíz del accidente que te sucedió.	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
8	Tu familia ha podido asimilar y aceptar con normalidad lo de tu accidente.	X				X		
9	Sientes que tus familiares te aceptan tal como eres, sin caer en reclamos, ofensas o críticas.	X		X		X		
10	Tus familiares mostraron cambio de actitudes que mejoraron el trato hacia tu persona.	X		X		X		
11	Consideras que tu familia se esmera en cuidarte y adopto actitudes sobreprotectoras contigo, después del accidente.	X		X		X		
12	La dinámica familiar y las actividades que cada miembro de tu familia realiza sufrieron algún cambio, luego de tu accidente.	X		X		X		
13	En casa te permiten encargarte de alguna responsabilidad	X		X		X		
14	Creas que tu familia te permite desenvolverte con autonomía, sin limitarte en algo que desees hacer.	X		X	X	X		
15	Tu familia te motiva a participar en reuniones sociales, fiestas y compromisos donde interactúes con otras personas.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3								
16	Sientes que tus familiares confían en que puedes cuidarte solo después del accidente.	X		X		X		
17	Le cuentas tus dudas, problemas e inquietudes a tu familia.	X		X		X		
18	Confías en que tu familia nunca te dejara de lado.	X		X		X		
19	Creas tener las mismas libertades con tu familia hasta antes de tu accidente.	X		X		X		

Anexo N° 7. Certificado de Validación del tercer experto



CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


1. INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombre del Experto	Cargo que desempeña	Nombre del Instrumento	Autor del Instrumento
Leon Espinoza Maritza E.	Coordinadora de Bienestar Social	NIVEL DE APOYO FAMILIAR	Melissa Villalobos Zamora

2. CRITERIOS GENERALES A EVALUAR

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 00 – 25%	Poco adecuado 25- 50%	Adecuado 51- 75%	Muy adecuado 76- 100%
01. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				96 %
02. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observadas.				95 %
03. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				94 %
04. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				97 %
05. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				99 %
06. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos.				98 %
07. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				99 %
08. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				95 %

3. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:		97%	
Lima, 8 de Junio del 2018	DNI: 06633559	Teléfono: 931 962 954	
Lugar:	Firma:		


 Mg. Maritza E. León Espinoza
 Coordinadora de Bienestar Social
 Corte Suprema - Poder Judicial

Anexo N° 8. Ficha del instrumento del tercer experto



FICHA DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Se siente respetado y valorado por su familia.	X		X		X		
2	El respeto es una de las características que prima en el trato familiar	X		X		X		
3	Recibiste el apoyo incondicional de tu familia, después de tu accidente	X		X		X		
4	El apoyo familiar recibido te permitió seguir un tratamiento de recuperación	X		X		X		
5	Tu familia te brindo el apoyo moral necesario para superar los momentos de tristeza, depresión, preocupación por el futuro, etc.	X		X		X		
6	Percibiste que el accidente sufrido le afecto emocionalmente de igual manera a tus familiares	X		X		X		
7	Encontraste comprensión y afecto en tu familia, a raíz del accidente que te sucedió.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Tu familia ha podido asimilar y aceptar con normalidad lo de tu accidente.	X		X		X		
9	Sientes que tus familiares te aceptan tal como eres, sin caer en reclamos, ofensas o críticas.	X		X		X		
10	Tus familiares mostraron cambio de actitudes que mejoraron el trato hacia tu persona.	X		X		X		
11	Consideras que tu familia se esmera en cuidarte y adopto actitudes sobreprotectoras contigo, después del accidente.	X		X		X		
12	La dinámica familiar y las actividades que cada miembro de tu familia realiza sufrieron algún cambio, luego de tu accidente.	X		X		X		
13	En casa te permiten encargarte de alguna responsabilidad	X		X		X		
14	Crees que tu familia te permite desenvolverte con autonomía, sin limitarte en algo que desees hacer.	X		X		X		
15	Tu familia te motiva a participar en reuniones sociales, fiestas y compromisos donde interactúes con otras personas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Sientes que tus familiares confían en que puedes cuidarte solo después del accidente.	X		X		X		
17	Le cuentas tus dudas, problemas e inquietudes a tu familia.	X		X		X		
18	Confías en que tu familia nunca te dejara de lado.	X		X		X		
19	Crees tener las mismas libertades con tu familia hasta antes de tu accidente.	X		X		X		



20	Tu familia te permite tomar tus propias decisiones sin entrometerse pensando en lo que sería mejor para ti.	X		X		X	
21	Tu familia respeta la privacidad de tus comunicaciones (redes sociales, teléfono móvil)	X		X		X	
	Cuando hay algo que no quieres comentarle a nadie, tu familia respeta tu decisión a guardar silencio.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Maritza León Espinoza DNI: 06633559

Lima, 8.de Junio del 2018.

- ¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. Maritza E. León Espinoza
Coordinadora de Bienestar Social
Corte Suprema - Poder Judicial
Firma del Experto Informante.

Anexo N° 9: Constancia de Prácticas Profesionales



CONSTANCIA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

El que suscribe, en representación de la **ASOCIACIÓN DE AYUDA AL NIÑO QUEMADO** con RUC N° 20456565353

CERTIFICA

Que, la Srta. Melissa Villalobos Zamora, identificada con D.N.I. N° 47874863, ha realizado sus Prácticas Profesionales de "Asistente Social" en nuestra área de Servicio Social, desde el 16 de Enero del 2017 hasta el 16 de Julio del 2017.

Durante el tiempo de su permanencia, ha demostrado puntualidad, honestidad y responsabilidad en las labores encomendadas.

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, para los fines que el interesado crea conveniente.

Lima, 17 de Julio del 2017.

VICTOR RAUL RODRÍGUEZ VILCA
PRESIDENTE DE ANIQUEM



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 23%

Date: martes, julio 17, 2018

Statistics: 5351 words Plagiarized / 12130 Total words

Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement.

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL Trabajo de Suficiencia Profesional Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social Presentado por: Autor: Bachiller Melissa Villalobos Zamora Lima – Perú 2018 Dedicatoria: A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres por ser la motivación de mi vida mi orgullo de ser lo que seré y por haber sido la base de mi formación y a mi esposo por ser mi soporte. Agradecimiento: Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera. Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

PRESENTACIÓN Señores miembros del jurado: En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N°003-FPs y TS-2017, me es grato poder presentar mi trabajo de investigación titulado "Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, Periodo 2018", bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL para obtener el título profesional de licenciatura.