



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” EsSalud, periodo enero 2020

Para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social

AUTORA
1964
Bach. María Claudia Marisol Liza Ríos

ASESORA

Mg. Rojas Espinoza, Anabel

Lima, 30 de Abril del 2020

Dedicatoria

A mis padres Jaime e Isabel por mostrarme siempre el camino hacia la superación.

A mi hija Maité que la amo con toda mi alma, por ser una bendición de Dios tenerla conmigo y ser la motivación más grande que tengo.

A mis hermanos Pol, Alonso por creer en mí, en especial a Pamela por ser mi psicóloga favorita; en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar. Sus virtudes y gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

A todas aquellas personas que han formado parte de mi vida profesional.

Agradecimiento

A mis adorados padres Jaime e Isabel por haberme dado la mejor educación y lecciones de mi vida, por brindarme muchísimo amor y estar a mi lado dándome aliento a salir adelante y luchar por mis objetivos.

A mi hermana Pamela por ser la mejor hermana del mundo, por estar conmigo en los buenos y malos momentos; ella es mi orgullo, siempre dándome deseos de superación.

A mi hija Maité por su inmenso amor que es el detonante de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ella. Aún a su corta edad, me ha enseñado y me sigue enseñando muchas cosas de esta linda vida que vivo con ella, siempre será mi motivación más grande y lo fue para concluir con éxito este proyecto de tesis.

A Dios por darme mucha salud, fuerza y sabiduría durante todo el estudio para obtener mi título.

Gracias a todos.

Presentación

Señores miembros del jurado calificador:

Presento ante ustedes la tesis titulada: Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, dando fiel cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para tan digno fin.

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos a través de los cuales se expone el problema de la investigación, los lineamientos teóricos que sustentan la investigación, así como los lineamientos metodológicos, los resultados obtenidos y las conclusiones a la que se llegó en el presente trabajo, lo cual constituye una contribución científica que puede ser tomada en cuenta para futuras investigaciones y en favor del bienestar de los miles de estudiantes.

Pongo a su consideración el presente trabajo de investigación, para su valoración respectiva, esperando sea de su interés.

Atentamente.

María Claudia Marisol Liza Ríos

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPITULO I: MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION	14
1.1. Marco histórico	14
1.2. Bases teóricas	16
1.2.1 Apoyo Familiar	16
1.2.1.1. Conceptualización del apoyo familiar	16
1.2.1.2. Dimensiones del apoyo familiar	19
1.2.1.3. Importancia del apoyo familiar	20
1.2.1.4. Causas de la falta de apoyo familiar en el adulto mayor	24
1.2.1.5. Consecuencias de la falta de apoyo familiar	25
1.2.2. Adherencia al tratamiento	27
1.2.2.1 Conceptualización de Adherencia al tratamiento	27
1.2.2.2 Dimensiones de la adherencia al tratamiento	29
1.2.2.3 Problemas de la falta de adherencia al tratamiento	32
1.2.2.4 Factores que influyen en la adherencia	34
1.2.2.5 Estrategias que mejoran la adherencia al tratamiento	38
1.2.2.6. Rol del trabajador social en el sector salud	40
CAPITULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	51
2.1. Planteamiento del Problema	51
2.1.1. Descripción de la realidad problemática	51
2.1.2. Antecedentes teóricos	53
2.1.2.1 Teorías relacionadas con el apoyo familiar	53
2.1.2.2 Teorías relacionadas con la adherencia al tratamiento	56
2.1.3. Definición del problema general y específico	58

2.2.	Objetivos, Delimitación y Justificación del problema	59
2.2.1.	Objetivo general y específico	59
2.2.2.	Delimitación del estudio	60
2.2.3.	Justificación e importancia del estudio	61
2.3.	Hipótesis, Variables y definición Operacional	63
2.3.1.	Supuestos teóricos	63
2.3.2.	Hipótesis	64
2.3.3.	Variables, definición operacional e indicadores	65
CAPITULO III: METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS		68
3.1.	Tipo de investigación	68
3.2.	Diseño de investigación	68
3.3.	Universo, población, muestra y muestreo	69
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.5.	Procesamiento de datos	74
CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS		76
4.1.	Presentación de resultados	76
4.2.	Presentación de resultados de datos específicos	84
4.3.	Contrastación de hipótesis	94
4.4.	Discusión de los resultados	99
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		102
5.1.	Conclusiones	102
5.2.	Recomendaciones	103
REFERENCIAS		105
ANEXOS		113

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Matriz de operacionalización de la variable Apoyo Familiar</i>	66
Tabla 2. <i>Matriz de operacionalización de la variable Adherencia al Tratamiento</i>	67
Tabla 3. <i>Calificación del Cuestionario</i>	71
Tabla 4. <i>Baremo de interpretación del Cuestionario</i>	72
Tabla 5. <i>Calificación de la Escala</i>	73
Tabla 6. <i>Baremo de interpretación de la Escala</i>	74
Tabla 7. <i>Valores de interpretación del Rho de Spearman</i>	75
Tabla 8. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo</i>	76
Tabla 9. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad</i>	77
Tabla 10. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil</i>	78
Tabla 11. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el nivel de instrucción</i>	79
Tabla 12. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo de tratamiento</i>	80
Tabla 13. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo que presenta las úlceras venosas</i>	81
Tabla 14. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona que acompaña al tratamiento</i>	82
Tabla 15. <i>Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona con quien vive el paciente</i>	83
Tabla 16. <i>Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas</i>	84
Tabla 17. <i>Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo emocional</i>	85
Tabla 18. <i>Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo instrumental</i>	86
Tabla 19. <i>Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo informativo</i>	87
Tabla 20. <i>Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo valorativo</i>	88

Tabla 21.	<i>Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas</i>	89
Tabla 22.	<i>Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores socioeconómicos</i>	90
Tabla 23.	<i>Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el sistema y equipos de salud</i>	91
Tabla 24.	<i>Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con la terapia</i>	92
Tabla 25.	<i>Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el paciente</i>	93
Tabla 26.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento</i>	94
Tabla 27.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre apoyo emocional y adherencia al tratamiento</i>	95
Tabla 28.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre apoyo instrumental y adherencia al tratamiento</i>	96
Tabla 29.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre apoyo informativo y adherencia al tratamiento</i>	97
Tabla 30.	<i>Prueba de correlación de Spearman entre apoyo valorativo y adherencia al tratamiento</i>	98

INDICE DE FIGURAS

		Pág.
<i>Figura 1.</i>	Modelo de Creencias de Salud	56
<i>Figura 2.</i>	Teoría de la acción razonada	58
<i>Figura 3.</i>	Diseño de investigación	69
<i>Figura 4.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo	76
<i>Figura 5.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad	77
<i>Figura 6.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil	78
<i>Figura 7.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según el nivel de instrucción	79
<i>Figura 8.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo de tratamiento	80
<i>Figura 9.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo que presenta las úlceras venosas	81
<i>Figura 10.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona que acompaña al tratamiento	82
<i>Figura 11.</i>	Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona con quien vive el paciente	83
<i>Figura 12.</i>	Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas	84
<i>Figura 13.</i>	Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo emocional	85
<i>Figura 14.</i>	Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo instrumental	86
<i>Figura 15.</i>	Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo informativo	87
<i>Figura 16.</i>	Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo valorativo	88
<i>Figura 17.</i>	Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas	89
<i>Figura 18.</i>	Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores socioeconómicos	90

<i>Figura 19.</i>	Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el sistema y equipos de salud	91
<i>Figura 20.</i>	Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con la terapia	92
<i>Figura 21.</i>	Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el paciente	93

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito establecer la relación entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” - EsSalud, periodo enero 2020. El estudio fue de tipo básica simple porque recoge información de la realidad para generalizar los resultados, el diseño de investigación es descriptivo correlacional y según el enfoque es cuantitativo.

La población de estudio lo conforman 70 pacientes adultos mayores con úlceras venosas crónicas que llevan tratamiento en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega”, mientras que la muestra esta constituida por 55 pacientes adultos mayores que llevan tratamiento mayor a 6 meses en el tópico de curaciones, el cual responde a un muestreo intencionado y no probabilístico. La técnica de recolección de la información es la encuesta y los instrumentos utilizados para cumplir este propósito es el Cuestionario de valoración del Apoyo Familiar de autoría de Gil y Ramos (2016) y también se emplea la Escala de Adherencia al Tratamiento de autoría de Ortiz (2010).

La conclusión a la que se llegó fue que existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega”, de acuerdo al grado de significancia de $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,573$ que determina una relación directa y de nivel moderada. Estableciéndose que, a mayor apoyo familiar, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Palabras claves: apoyo familiar, adherencia, tratamiento, enfermedad, pacientes.

ABSTRACT

The present study aimed to establish the relationship between family support and adherence to treatment of elderly patients with venous ulcers treated at the Hospital II L.N.C. "Luis Negreiros Vega" - EsSalud, January 2020 period. The study was of a simple basic type because it collects information from reality to generalize the results, the research design is descriptive and correlational, and according to the approach it is quantitative.

The study population is made up of 70 elderly patients with chronic venous ulcers who undergo treatment in the healing topic of Hospital II LNC "Luis Negreiros Vega", while the sample is made up of 55 elderly patients who have been treated for more than 6 months on the topic of cures, which responds to an intentional and non-probabilistic sampling. The information gathering technique is the survey and the instruments used to fulfill this purpose is the Family Support Assessment Questionnaire authored by Gil and Ramos (2016) and the Adherence to Treatment Scale authored by Ortiz (2010).

The conclusion reached was that there is a significant relationship between family support and adherence to treatment of elderly patients with venous ulcers treated in the healing topic of Hospital II LNC "Luis Negreiros Vega", according to the degree of significance of $p = 0.000$ and with an index of $\rho = 0.573$ that determines a direct relation and of moderate level. Establishing that the greater the family support, the greater the adherence to the treatment by the patients.

Key words: family support, adherence, treatment, disease, patients.

INTRODUCCION

La familia constituye la principal fuente de apoyo en caso del afrontamiento de una enfermedad, más aún cuando se trata de una dolencia crónica que conlleva un tratamiento largo y en algunos casos complejos. El integrante del núcleo familiar que padece de una enfermedad crónica requerirá de cuidados especiales y tener un buen estado de ánimo, para presentar adherencia al tratamiento.

En tal sentido, la presente investigación aborda la temática del apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con úlceras venosas, los cuales requieren mayor ayuda y soporte familiar por la crisis emocional y los cambios de la edad, sumado a una enfermedad crónica de tratamiento prolongado en la mayoría de casos. Por eso se hace necesario su estudio e investigación, para contribuir al campo de salud física y mental de los afectados por úlceras venosas, quienes se sienten desmotivados a curarse o cumplir el tratamiento cuando no cuentan con el apoyo familiar.

Las personas que padecen de úlceras venosas presentan llagas abiertas en las piernas debido a problemas de mala circulación en las venas que impide que la sangre retorne al corazón de manera fluida. Los adultos mayores se ven impedidos incluso a movilizarse por lo doloroso de la enfermedad, aunado a otras dolencias que desmejoran su estado de salud. En tal sentido, los familiares deben adoptar una actitud de compromiso, preocupación e interés por el cuidado del bienestar del adulto mayor, para proveerles seguridad y protección.

Los pacientes con úlceras venosas deben tener continuidad en el tratamiento y cumplir estrictamente las indicaciones médicas para obtener buenos resultados en su recuperación. Esta meta será posible siempre que cuenten con el apoyo moral y económico de su familia.

CAPITULO I

MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

1.1. Marco Histórico

En la antigüedad se hallan las bases del enfoque social de la salud, donde Engels (1884), dio origen en la historia acerca del apoyo familiar, describiendo los cambios de las relaciones familiares como producto de las diferentes condiciones sociales y económicas, vínculo que se manifiesta al identificarse la relación entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia según períodos de la evolución histórica.

Algunos investigadores sociales de prestigio internacional como Levi-Strauss, Malinowsky y Durkheim, durante inicios del siglo XX, evidenciaron la influencia de los aspectos socio - culturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud. (Ochoa, 1995). Por otro lado, Ramos y Aldereguía, en 1987 publicaron un modelo de análisis de los determinantes de la salud de la población en el cual presentan el modo y las condiciones de vida, la salud pública, el medio ambiente y la biología humana condicionados por los tipos de organización económico - social y de la revolución científico-técnica. Dicho modelo propone un grupo de factores por cada determinante y así aparecen dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales de vida, la inestabilidad de la familia, la soledad, muchos hijos y la baja escolaridad. Se describen entre otros factores que influyen sobre la salud de la población, las migraciones, la dimensión promedio de la familia, el nivel de matrimonios y divorcios. (citado por Louro, 2003)

En Cuba, en 1994 publicaron indicadores de salud y bienestar, sobre la base del enfoque social y el modelo de campo de salud de Lalonde, donde se le confiere la debida

importancia a la vida familiar, al presentar un 25% de los indicadores relacionados directamente con aspectos de la vida familiar como la unión familiar, la satisfacción de necesidades básicas y calidad de la vivienda. Dichos aspectos constituyen el apoyo familiar. (Rojas, López y Silva, 1994)

Posteriormente, Breilh (1995) argumentó que la comprensión de la vida familiar e individual integra el conocimiento de las contradicciones de reproducción social de las clases, que es el fundamento para la investigación de los determinantes de salud. Esta fundamentación se basa en la idea que la salud es una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad como es el caso de la familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. (Pérez, 1989)

La teoría de la determinación social y psicológica de la salud constituye el marco sobre el cual entender el rol que cumple la familia en su relación con la salud, por una parte, permite entender cómo el grupo familiar cumple una función en el bienestar físico y mental de sus integrantes y por otra parte cómo las características del contexto social se ponen de manifiesto en el hogar, hábitat de la familia, y ejercen una influencia preponderante sobre su vida material y espiritual. (Louro, 2003)

En tal sentido, la familia actúa como agente protector y responsable de brindar el bienestar a sus integrantes en condiciones de necesidad, como es el proveer apoyo y ayuda en situaciones de enfermedad, en la que el paciente no puede valerse por sí mismo y requiere del acompañamiento y control de su núcleo familiar, contribuyendo al cumplimiento de su

tratamiento. Hoy en día a través de la legislación que protege al adulto mayor se hace necesario proveerle bienestar en todas las áreas de su vida, sobre todo ante el riesgo de vulnerabilidad debido a una enfermedad.

En la actualidad, en el siglo XXI el apoyo familiar resulta imprescindible para que las personas con problemas de salud logren superar la enfermedad, mediante una adecuada adherencia al tratamiento. Para el logro de este propósito requieren reforzadores positivos como el amor, preocupación y acompañamiento del núcleo familiar que se expresa en el apoyo familiar.

Cirici (2002), comprendiendo la adherencia menciona como factores relacionados con ésta los del consultante, los relacionados con la medicación, los relacionados con el entorno (apoyo familiar y social) y los relacionados con el clínico. También, Ladero, Orejudo y Carrobles (2005), sostienen que el cumplimiento del tratamiento tiene en cuenta los factores sociodemográficos y variables psicológicas, dentro del que destaca el apoyo social percibido, principalmente de la familia.

1.2. Bases Teóricas

A efectos de comprender a profundidad los aspectos relevantes de las variables de estudio se explica los fundamentos teóricos.

1.2.1. Apoyo Familiar

1.2.1.1. Conceptualización del Apoyo familiar

De acuerdo con Baptista y Oliveira (2004), el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, libertad, afectividad y

autonomía entre los integrantes de la familia. Para Jansens, Bruyn, Manders y Scholte (2005), en el proceso de percepción del soporte familiar deben ser tenidas en cuenta cuestiones como la cordialidad (aprobación, elogios y ayuda), la hostilidad (críticas negativas, humillación, expresiones de irritabilidad, desacuerdos entre los miembros), la autonomía (exposición de los puntos de vista para contribuir en la solución de problemas) y los límites ambientales (relacionados con órdenes, prohibiciones y reglas rígidas).

En tal sentido, el apoyo familiar es la ayuda benevolente y bien intencionada por parte de los miembros de la familia hacia aquel integrante en estado de necesidad o riesgo, la cual se evidencia por los sentimientos más nobles y acciones de amparo.

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 familiar afectado su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y coordinar con los demás miembros la ayuda, si fuera necesario. (Villalobos, 2018)

Al respecto, lo anterior refiere que el apoyo familiar se da en situaciones de crisis, la cual tiene como función dar el soporte emocional y material al paciente para favorecer a su recuperación. El apoyo familiar es posible mediante la integración de esfuerzos de todos sus miembros en aras de lograr resultados positivos en su entorno.

Luna (2014) conceptualiza al 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. Esto quiere decir que la familia debe funcionar como un agente protector, que brinde seguridad, apoyo y amor a sus miembros, aún más en situaciones de riesgo, tal como una enfermedad, redoblando los cuidados cuando se trate de un niño o adulto mayor, debido a la fragilidad que estos presentan.

Según García (2011), define por apoyo familiar a 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 responsable del paciente puede ser: progenitores, hijos, pareja, abuelos, tíos u otro familiar indicado, para brindar el soporte que necesita para superar la enfermedad.

De acuerdo a lo referido por los autores anteriores el apoyo familiar se da por el compromiso voluntario de los miembros de una familia, que tratan de proteger y dar una seguridad consistente a aquel que se encuentra en desventaja, haciendo más llevadera cualquier tipo de situación crítica.

Hidalgo (2005), sostiene que el apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia es vista como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Por tal razón, es que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud que aquellos que pertenecen a familias disfuncionales. Dado que una familia funcional se caracteriza por la buena organización, dinámica, comunicación, y ayuda mutua que asumen sus miembros.

1.2.1.2. Dimensiones del apoyo familiar

Según Gil y Ramos (2016), el apoyo familiar es la ayuda que brinda el familiar al paciente para afrontar y sobrellevar la enfermedad, la cual se evalúa en las dimensiones:

a) Apoyo emocional: se demuestra por la empatía, amor y confianza que brindan los miembros de la familia al integrante que lo necesita. Se caracteriza por el soporte afectivo para que sus miembros se sientan seguros y protegidos. En el caso de los pacientes mejora su estado de ánimo y perspectiva frente al futuro.

b) Apoyo instrumental: consiste en la ayuda material que brindan los miembros de la familia, ya sea en dinero o cosas materiales de acuerdo a la necesidad del paciente. La familia se une para contribuir a una mejor calidad de vida del paciente, proveyéndole los recursos que requiere para su tratamiento y recuperación.

c) Apoyo informativo: hace referencia a la orientación e información oportuna acerca de su enfermedad al paciente. Donde los familiares se mantienen informados de los cuidados y tratamiento que este requiere para hacerle recordar en el momento debido de aquello que está haciendo bien y sobre aquello que no debe hacer.

d) Apoyo valorativo: es la información relevante para la autoevaluación recurriendo a las comparaciones sociales. Mediante este tipo de apoyo se recurre a la reflexión, al deseo de copiar modelos positivos del entorno social que han dado

resultados favorables en el tratamiento de otros pacientes. La familia retroalimenta y consolida con su opinión valorativa para que los pacientes sigan adelante con la mejor predisposición.

1.2.1.3. Importancia del apoyo familiar

Una de las funciones más importantes que se cumplen gracias al apoyo familiar es 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. (Villalobos, 2018)

En tal sentido, la familia es necesaria porque sustenta el vínculo del paciente con su entorno, evitando que este se aislé o pierda los hábitos que lo caracteriza como parte de una agrupación social, como lo es la familia. La familia al mantener informado de las cosas que pasan en su entorno, al incluirlo y hacer partícipe de las reuniones sociales en la medida que esto no afecte o empeore la salud del familiar enfermo, promueve la vinculación de este con el medio social.

Monge (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.

Tal como afirma Monge, la familia debe estar informada de la situación de salud del paciente, ayudarlo a buscar soluciones, acompañarlo en su tratamiento, cuidar de su alimentación y otros aspectos que contribuyan a la mejoría de su salud. De esta manera se podrá obtener resultados favorables, que repercutan positivamente en el paciente.

La familia del paciente se convierte en un factor que influye de modo directo con el tratamiento médico establecido, su éxito o fracaso está determinado por el tipo de diagnóstico, tratamiento, pero también el entorno familiar del paciente. (Gil y Ramos, 2016, p. 8)

Al respecto, la familia predispone a la consecución de los resultados del tratamiento que lleva uno de sus miembros, siendo de vital importancia los reforzadores positivos para todo sea un éxito y se asegure la recuperación del paciente.

De acuerdo a Arrossi, Herrero, Greco y Ramos (2010), el apoyo familiar es más significativo y tiene más impacto sobre la salud-bienestar del paciente, pues el enfermo encuentra mayor seguridad y confianza, siendo los familiares un recurso muy importante para sobrellevar la enfermedad. Por lo cual, la familia es considerada como fuente de apoyo por excelencia que posibilita la recuperación del paciente.

Finalmente, se puede asegurar que gracias al apoyo familiar es viable la recuperación total del paciente, así como se fortalece los vínculos de amor y reciprocidad entre sus miembros, quienes valoran a las personas que los acompañaron en los momentos difíciles.

El apoyo familiar resulta de vital importancia en el transcurso de la hospitalización de los pacientes según la perspectiva de los mismos, siendo una fuente de contención afectiva, intercambio de información y apoyo material y emocional. Asimismo, los objetivos establecidos previamente llegan a ser logrados satisfactoriamente. (Bolzán, Kunzi y Mendieta, 2018)

En tal sentido, el apoyo familiar es necesario para dar el soporte afectivo y moral al integrante de la familia que pasa por momentos difíciles como una enfermedad, lo cual hace posible su recuperación, le empodera de deseos de salir adelante y estar bien para seguir con su vida normal.

Desde un enfoque sistémico la familia es de vital importancia y hay que tener en cuenta que el tipo de relaciones que se establecen en dicho sistema, (la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, etc.) posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos. (Federación Española de Enfermedades Raras, 2010)

Al respecto, los roles que establecen los miembros de la familia serán muy necesarios cuando tienen una persona enferma en casa que requiere de atenciones y cuidados especiales. Si la funcionalidad familiar es la adecuada entonces contribuirá al bienestar y salud del miembro que lo necesita, pero si por el contrario, existe disfuncionalidad, tenderá a empeorar su estado de salud por la falta de apoyo.

La familia se convierte en un pilar básico en el cuidado del paciente al final de la vida (etapa terminal), debe considerarse como un *elemento terapéutico en sí mismo*,

y como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado, ya que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente al estar a su lado y acompañarlo en el proceso de morir. (Achury y Pinilla, 2016)

Frente a los casos de un familiar con estado terminal se considera vital, el acompañamiento durante la etapa final de este, el amor, comprensión, ayuda material y demás soportes que pueda brindar la familia, contribuye a la calidad de vida del familiar enfermo. El saber que morirá, rodeado de amor y un clima familiar armonioso, en ocasiones, alarga la vida del paciente, yendo contra todo pronóstico médico que les calculo un tiempo menor de vida.

La familia representa hoy en día la más importante y efectiva red de apoyo social, al ejercer una función esencial en el proceso salud-enfermedad al constituir un escenario que propicie factores protectores o de riesgo para la salud de sus miembros y a su vez influir en la adquisición de comportamientos saludables o no, que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. (Matos, Román, Remón y Álvarez, 2016)

Evidentemente en la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles fundamentales, que permiten lograr en menor tiempo y con mayor eficacia la recuperación del paciente. Aun en el caso de las enfermedades crónicas, el paciente muestra señales de mejoría notoria al contar con el apoyo del núcleo familiar. Por eso que el éxito o fracaso de tenga el familiar enfermo depende de la ayuda y compromiso de los demás miembros, quienes deben mostrarse interesados y atentos frente a sus requerimientos de salud.

1.2.1.4. Causas de la falta de apoyo familiar en el adulto mayor

Los adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, los ancianos sufren experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido (pareja), lo cual provoca aislamiento y soledad, caracterizados por la falta de su principal fuente de apoyo familiar. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Lo referido por la OMS, alude a que los adultos mayores perciben notoriamente la falta de apoyo familiar cuando fallece el compañero(a) de toda su vida, por ser la persona que los acompaña la mayor parte del tiempo cuando llegan a una edad avanzada. Pues en el caso de existir hijos, estos están más dedicados a su trabajo, estudios o la familia nueva que van formando; representando su principal soporte la pareja.

El abandono familiar que sufre el adulto mayor es la falta de atención y cuidado por parte de los familiares, el cual afecta directamente los aspectos psicológicos y emocionales. Se abandona a la persona cuando se le deja sin medios para subsistir o sin los auxilios o cuidados indispensables para mantenerse en las condiciones de salud. (Díaz de León; citado por Fuente y Flores, 2016)

En dicho sentido, otra de las causas de la falta de apoyo familiar se origina cuando se da el abandono del cual son víctimas los adultos mayores, caracterizados por el descuido y negligencia de sus familiares en proporcionarles los recursos necesarios y las atenciones pertinentes que permitan una calidad de vida digna.

La situación empeora considerando que algunos adultos mayores al no tener un seguro de salud y en muchos casos ni siquiera una pensión, no pueden sostener su manutención y peor aún los gastos de una enfermedad. Bajo esta situación es que resulta imprescindible, la ayuda de los familiares cercanos, principalmente los hijos y en su caso no existieran, otros familiares como hermanos, sobrinos o demás que estén dispuestos a responsabilizarse de su cuidado y proveerle de lo necesario.

Los más jóvenes ven a los ancianos como cargas y estorbos, llegando a vivir con “normalidad” situaciones de auténtico maltrato y vulneración de los derechos de las personas ancianas dentro de su hogar. (Pastorino, 2016). Los conflictos familiares, el aislamiento, la indiferencia, el desprecio, la soledad, el maltrato y otras violaciones que sufren (...) hace que no puedan disfrutar de un nivel de calidad de vida óptima. (Morales, 2000)

Al respecto, lo antedicho por los autores refiere que los adultos mayores de la familia son vistos con indiferencia y menosprecio, quizás por ya no resultarles útiles o beneficiosos en el desarrollo económico o productivo dentro del hogar. Al darse esta concepción errónea y perjudicial, se niega el apoyo familiar que necesita el adulto mayor frente a una situación de enfermedad. Se debe tener en cuenta el esfuerzo y acciones que realizaron estos adultos mayores, durante su juventud y valorar las cosas buenas que hicieron, de manera que se les retribuya con el respeto y cuidado.

1.2.1.5. Consecuencias de la falta de apoyo familiar

Dentro de las principales consecuencias generadas por la falta de apoyo familiar se puede considerar las siguientes:

- La depresión en el adulto mayor por sentir el desinterés hacia su persona de su grupo familiar, lo cual se caracteriza por la presencia de tristeza, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y síntomas psicósomáticos, es decir, síntomas físicos producidos por procesos emocionales. (Pasquín, 2017)

Cuando dicha depresión se vuelve crónica, puede llevar a concebir ideas suicidas en los adultos mayores, producto de la tristeza prolongada y su negativo estado de ánimo.

- Palma (2005), afirma que no es raro, que algunas personas adultas mayores, sufran la experiencia de vivir un serio menoscabo en su autoestima. Esto dado porque la persona anciana se percibe como alguien que ya no cuenta mucho para los demás a nivel familiar, sintiendo su presencia como innecesaria. En tal sentido, se provoca un menoscabo en su amor propio que le afecta psicológicamente.

- Medina (1997) señala que la ansiedad tiende a generar baja autoestima, determinando una cadena compleja de hechos psicológicos que da como resultado, entre otras consecuencias, el odio y el desprecio hacia sí mismo. Para hacerle frente a la ansiedad, la persona adulta mayor se refugia en el mundo de la imaginación en donde crea una imagen idealizada que le da una sensación de fuerza y de confianza.

- Existe una relación directa entre la soledad en adultos mayores, al sentirse excluidos por su entorno familiar y un incremento de la presión sanguínea sistólica. Afectando así a su salud de forma directa. (Organización Sensovida, 2015)

Es decir, la percepción del desinterés de su núcleo familiar hace que los adultos mayores aumenten el factor de riesgo en su salud, lo cual puede ocasionarles un infarto o derrame cerebral.

1.2.2. Adherencia al tratamiento

1.2.2.1. Conceptualización de Adherencia al tratamiento

Es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico, las indicaciones de seguimiento y la consejería de enfermería, también se considera las actitudes frente al tratamiento, valorándose como adecuadas o inadecuadas. (Salas y Chamizo, 2018).

Al respecto, la adherencia al tratamiento implica seguir al pie de la letra todas las indicaciones médicas, para que mediante la práctica constante se evidencie resultados positivos en la salud del paciente. Por tanto, es un compromiso voluntario que parte del mismo paciente para alcanzar su bienestar personal.

Cadena (2011) afirma que la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno complejo. Al constituir una conducta de salud parte de los modelos de comportamientos de salud, en especial del modelo de creencias de salud que es el más adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque considera la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoraron diferencial costos-beneficios y claves para la acción.

En tal sentido, como afirma Cadena, el modelo de comportamiento asumido por el paciente, resulta efectivo en la medida que exista una continuidad, responsabilidad

por tomar las medicinas, asistir a los controles médicos, mantenerse informado de sus logros y mejorías, cambiar los estilos de vida, cuidar su alimentación, tener una actitud positiva frente a la vida. Todos estos factores contribuyen al restablecimiento de la salud.

Cohen (2009), define la adherencia como la persistencia en la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud deseados, como producto de la participación activa y el acuerdo; con énfasis en el desarrollo de una relación concordante y la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional de la salud.

Al respecto, se establece que la adherencia al tratamiento se basa en el acuerdo establecido ente el paciente-médico con el propósito de cumplir los lineamientos e indicaciones para que progresivamente se recupera la salud, producto de la disciplina y hábitos que cumple el paciente.

De acuerdo a la OMS (2004), la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; esta definición incluye los conceptos de cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de persistencia estricta del mismo a lo largo del tiempo. Esto debe suponer la aceptación por parte del paciente, el compromiso para iniciar y seguir su tratamiento en las condiciones pautadas.

Haynes (1979), afirma en torno al termino como aquella donde la adherencia es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos,

el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. (p.18)

Al respecto, la adherencia al tratamiento es el proceso de continuidad que cumple el paciente, adecuándose a nuevos estilos de vida, en aras de encontrar la mejoría paulatina en su salud. Para dicho fin se restringe y modifica su forma de alimentarse, las actividades diarias que realiza, adecuarse a un horario establecido para medicarse, usar ciertos soportes o implementos que amenore su dolencia, etc. Por tanto, la adherencia es el cumplimiento de las normas médicas establecidas por el especialista que trata al paciente con la finalidad de que este último se recupere.

1.2.2.2. Dimensiones de la adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (2004), en su informe de adherencia a los tratamientos a largo plazo, brinda un esquema oficial de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que constan las siguientes dimensiones.

a) Factores socioeconómicos: son las condiciones que tienen relación con el poder adquisitivo, donde en ocasiones las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre suplir sus necesidades básicas para vivir, frente a la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir.

Debiendo ajustar su presupuesto familiar para adquirir los medicamentos que necesita el familiar enfermo, así como pagar los gastos de consultas, tratamientos o terapias que requiera para el paciente, siempre que esto sea posible. En ocasiones frente

a la carencia de ingresos económicos por el trabajo que realiza, debe encontrar otras fuentes que le permitan costear los gastos de enfermedad.

Otros factores socioeconómicos son la falta de trabajo, analfabetismo, bajo nivel educacional, escasas redes de apoyo, el costo elevado de los medicamentos, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento. (Tapia, 2005)

Respecto a lo señalado por Tapia, al tener desventajas socioeconómicas, el paciente reduce sus posibilidades de cumplir con el tratamiento prescrito, pues muchas veces no comprende la gravedad de su estado de salud, por llevarse de creencias nada científicas o verificables, aumenta el riesgo sobre su estado de salud.

b) Factores relacionados con el sistema y equipos de salud: está comprobado que una buena relación proveedor paciente mejora la adherencia terapéutica (OMS, 2004). Este fenómeno puede intervenir en forma negativa cuando existe una relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente, como la falta de adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, la falta de incentivo profesional, o pobre retroalimentación, la escasa capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento. (Tapia, 2005).

Al respecto, el proveedor de los servicios de salud, debe informar adecuadamente al paciente acerca de los riesgos que tiene por la enfermedad, por el tratamiento que sigue, dando a conocer cuáles son los resultados previstos, aunque no sean estos de los más alentadores en ocasiones, mostrando una total transparencia en

los procesos a los que se somete y el estado de los equipos que se emplea para el tratamiento.

c) Factores relacionados con el tratamiento: son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Por lo general, mientras más complejo es el régimen de tratamiento, menos probable será que el paciente lo siga. La complejidad del tratamiento incluye la frecuencia del comportamiento de autocuidado, es decir, el número de veces por día que la persona debe realizar un comportamiento.

A pesar que la ciencia médica ha avanzado mucho en los últimos años, aún se presentan efectos adversos en los tratamientos que siguen los pacientes, los cuales muestran inconformidad con los resultados. Mientras más complejo es el tratamiento, menos probabilidad de recuperación inmediata se prevé en el paciente.

d) Factores relacionados con el paciente: son aquellos recursos personales que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapia que siguen. (Tapia, 2005).

El estado de ánimo es un factor importante a nivel personal, que posibilita una mayor mejoría en el paciente. El deseo de recuperar la salud, de regresar a su rutina, tener propósitos en la vida, contribuye a cumplir el tratamiento de manera puntual para obtener el bienestar esperado.

La motivación de estar sano, de tener una vida normal, de no sentirse supeditado al consumo de medicamentos o el seguir una terapia específica para estar bien, impulsa al paciente a cumplir estrictamente el tratamiento con la finalidad de lograr su bienestar tanto físico como mental.

1.2.2.3. Problemas de la falta de adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (2003) refiere que el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. El incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA o la depresión, es un problema mundial de gran magnitud que tiende a aumentar, debido a que debe ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad.

Si el paciente no cumple el tratamiento prescrito aumenta el riesgo sobre su salud, pasando de un estado de morbilidad a un estado de mortalidad, debido al descuido de su salud, la negligencia en la suministración de los medicamentos, las ausencias en las terapias que debía seguir, el desarrollo de un estilo de vida desordenado, entre otros factores que agravan su salud. Por tal motivo, se requiere que los pacientes y su entorno familiar se responsabilice del cumplimiento del tratamiento para no generar una prevalencia de la enfermedad.

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales. (OMS, 2003)

Al respecto, se determina que la falta de adherencia al tratamiento impide obtener resultados positivos en la mejoría del paciente, teniendo que vivir auestas, con un estado de salud desgastado que merma su calidad de vida. Además, la enfermedad y dolencia cada vez se vuelve más fuerte llegando a ser resiliente a los medicamentos.

Baixauli (2017), afirma que actualmente uno de los grandes problemas de salud pública a los que se enfrenta el sistema sanitario es sin duda el incumplimiento terapéutico o como comúnmente se le denomina, la falta de adherencia terapéutica. El autor considera que de nada sirven todos los recursos humanos, materiales y económicos dedicados tanto a la investigación, desarrollo y comercialización de los medicamentos como a la prevención, cribado, diagnóstico, prescripción y dispensación de un tratamiento farmacológico si el paciente no cumple con el tratamiento y no utiliza los medicamentos prescritos. Estando por tanto ante un problema con importantes repercusiones sanitarias y económicas.

En tal sentido, la causa principal de incumplimiento del tratamiento reside en el paciente que no es consciente de las graves consecuencias que esto acarrea. Los pacientes aprenden a convivir con su enfermedad de manera inadecuada, llegando a

convertirse en un cuadro clínico crónico por la falta de disciplina en el tratamiento médico y falta de autocuidado.

Por otro lado, Ibarra y Navarro (2017) afirman que la falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Es un hecho que el incumplimiento afecta a la efectividad de los tratamientos, disminuyendo la probabilidad de éxito terapéutico, lo que puede propiciar un aumento de dosis o cambios a tratamientos más agresivos, de forma que se incrementan los riesgos y los costes.

Al respecto, la falta de adherencia no solo tiene repercusión en la propia salud del paciente, sino que también acarrea problemas económicos que se dan por el incremento de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y utilización de otros medicamentos, que aumentan los costos para el sistema sanitario.

1.2.2.4. Factores que influyen en la Adherencia

Ortego (2004), después de realizar un exhaustivo análisis de múltiples investigaciones categorizo en ocho grandes grupos los factores relacionados a la adherencia al tratamiento.

a) Factores sociodemográficos: son variables que juegan un papel importante a la hora de cumplir con el tratamiento, los cuales son individuales y muy subjetivos, pues depende de la realidad particular de cada paciente. Estos factores son: el sexo, la edad, el nivel educativo, la raza, la ocupación, el estado civil, el tipo de familia, entre otros.

Un claro ejemplo de esto, se tiene que, al poseer mayor nivel educativo de los pacientes dentro de programas de rehabilitación, mejora la técnica y la adherencia al tratamiento en un porcentaje importante de pacientes. Cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento. (Vargas, 2014)

b) Las creencias del paciente: entre las creencias que se deberían explorar, porque se ha comprobado que repercuten sobre la adherencia, están las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad percibida, la vulnerabilidad percibida y la autoeficacia percibida.

La motivación como una de las características que impulsa al paciente a cumplir su cuidado y tratamiento médico para alcanzar su recuperación es muy necesario para conseguir resultados positivos a mediano y largo plazo en casos de enfermedades crónicas. También el sentido de autoeficacia del paciente contribuye a que este se perciba como responsable para dar cumplimiento a todas las indicaciones recibidas por el prestatario de salud.

c) El tipo de enfermedad: este factor se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al paciente. Según sea la gravedad de los síntomas, la severidad de la discapacidad (física, psicológica, social), el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Las enfermedades que transcurren sin síntomas molestos, como ser las enfermedades crónicas, suelen presentar tasas de adherencia muy bajas. En cambio,

las enfermedades con síntomas más agresivos y molestos ocasionan mayor control y cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente, para encontrar un alivio frente al dolor. Cuando las personas ven más vulnerado su estado de salud se preocupan por ser cumplidos y estrictos con el cuidado que su organismo necesita para lograr estar bien nuevamente.

d) El tratamiento farmacológico: se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis. También los niveles de adhesión más altos se dan en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.

e) Relación paciente-prestador de salud: la relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia al tratamiento (componente relacional) pudiera contribuir en mayor medida a la misma. Para esto el prestador del servicio sanitario debe mantener buenas relaciones con sus pacientes, siendo la mejor estrategia para conseguirlo el uso de las habilidades sociales.

Una buena comunicación entre el prestador de salud y el paciente contribuye a establecer compromisos de ambas partes para hacer el seguimiento debido a la enfermedad, así como predispone al paciente al cumplimiento del tratamiento al sentirse importantes para el sistema sanitario.

f) La información: cuando el paciente comprende la información brindada sobre su enfermedad y la forma de cuidarse para mejorar su estado, es más factible la

adherencia al tratamiento. Respecto a la información brindada a los pacientes diversos estudios indican que:

- En ocasiones las personas olvidan la información proporcionada
- Con frecuencia el paciente percibe que no le ha informado lo suficiente
- El paciente no siempre hace las preguntas oportunas

En tal sentido, es importante que el prestador de salud anote las indicaciones del tratamiento a seguir por el paciente para su fiel cumplimiento, mantener una comunicación fluida entre el paciente y prestador sanitario, para poder contactarlo en caso tenga alguna duda.

g) El apoyo social: los lazos sociales actúan no solo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud puedan producir las enfermedades. Los principales agentes de apoyo son la familia y amigos, seguidos por los grupos de apoyo.

En la medida que el paciente perciba el interés y preocupación de los agentes sociales con que interactúa, así como el control y seguimiento que las personas de su entorno hagan del cumplimiento del tratamiento, coadyuvará a la adherencia.

h) Variables de organización: está referido a la organización de los servicios de salud, como la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia. Cuanto mayor sea la

continuidad de la atención que se ofrece al paciente, mayor será la probabilidad de adhesión.

1.2.2.5. Estrategias que mejoran la adherencia al tratamiento

Rodríguez et al. (2014), consideran que las estrategias para la mejora de la adherencia que presentan buenas perspectivas para su aplicación en la práctica clínica están organizadas en grupos:

a) Estrategias técnicas

- Simplificación del régimen
- Dosis menos frecuentes
- Fórmulas de liberación controlada
- Combinación de fármacos

b) Estrategias educativas

- Información médica en la consulta: el médico debe brindar toda la información sobre la enfermedad y el tratamiento, detallando en la receta la información necesaria que permita al paciente una correcta adherencia al tratamiento.
- Dispensación informada: el farmacéutico debe asumir la responsabilidad sobre los medicamentos dispensados y suministrar la información necesaria oral o escrita para reforzar la adherencia al tratamiento.
- Educación sanitaria: el profesional sanitario, mediante la educación formativa, debe motivar a los pacientes para adquirir las conductas adecuadas que permitan que este se implique y tome parte activa en su régimen

terapéutico. La educación sanitaria implica una responsabilidad compartida entre el profesional y el paciente, dependerá de la claridad de la información que maneje el profesional sanitario para concientizar al paciente del cumplimiento del tratamiento que debe seguir, así como de las consecuencias positivas o también negativas en caso de incumplimiento.

Los medios para proporcionar esta información pueden darse mediante carteles informativos, dípticos o trípticos, información en revistas de salud del hospital, educación individual motivadoras o charlas educativas del profesional sanitario.

- c) Estrategias conductuales: existen sistemas personalizados de dosificación (SPD, SID, SIDD, DAC, Medipack, Venalik, Nomad y otros dispositivos multicompartimentales) que permiten controlar el cumplimiento de la medicación prescrita. Son sistemas de post-dispensación especialmente diseñados para facilitar la toma correcta de medicamentos y ayuda a evitar los olvidos, las dosificaciones defectuosas y las duplicaciones posológicas.

También constituye un sistema de recuerdo eficaz para la toma de medicamentos, las alamas horarias, las llamadas telefónicas, los mensajes de texto al celular, los mensajes al correo electrónico, asociación de la toma de la medicación con alguna actividad cotidiana (desayunar, almorzar o al acostarse) o tener un familiar que le recuerde al paciente el horario de sus medicinas o terapias.

- d) Tratamiento de observación directa: este método consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico a través de la observación de una tercera

persona que certifica la toma de la medicación del paciente. Un ejemplo de esto lo constituye los pacientes con TBC que deben asistir a los centros de salud y toma allí mismo las pastillas que le da el profesional de salud.

- e) Técnicas de apoyo social: este tipo de apoyo conlleva varios componentes, incluye información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros, ya sea la comunidad, familia o amigos que tiene efectos conductuales positivos en la adherencia al tratamiento.

1.2.2.6. Rol del trabajador social en el sector salud

El área de salud es el primer campo donde se inició la intervención metológica en Trabajo Social y en América Latina es el área que ocupa el mayor número de Trabajadores Sociales; la incorporación de los Trabajadores Sociales a este campo de actuación se ha venido haciendo desde el momento en que la salud se consideró no sólo como un problema físico-biológico, sino como resultante de una relación dialéctica del individuo con su medio ambiente. Es así que la atención de los problemas de salud va más allá de la actuación de médicos y enfermeras, y por ello se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse “la dimensión social de los problemas de la salud” Ander – Egg, Ezequiel (1996)

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud, se ubica en el contexto de la prestación de servicios siendo considerado por la formación social y habilidades para analizar la problemática de salud, fortalecer los servicios, controlar costos, lograr mayor eficiencia y otorgar servicios equitativos con calidad aceptable; siendo la labor en un centro de salud con un gran sesgo asistencial; de esta forma el autor Vicente de

Paula Faleiros señala que es la actividad que “consiste en ayudar, favorecer, socorrer, amparar, auxiliar, realizando de manera regular y sistemática”. (1982)

Por tanto, se puede definir el Trabajo Social en Salud como “...la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto así que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas situaciones” Ituarte Tellaeché (1995)

Conforme a los párrafos anteriores, el Trabajador Social es el profesional que conoce las necesidades sociales y carencias que ocurre en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares, sociales, promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, diagnóstico, programación, ejecución y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades. Para ello se aplica la ficha socioeconómica Sistema de Identificación de Usuario (SIU), la cual debería ser aplicada a todos los usuarios que son atendidos en el centro de salud.

En conclusión, el área de salud es un área que te puede brindar muchas satisfacciones personales porque evidencias la alegría y agradecimiento de los pacientes, pero a la vez es un trabajo muy asistencial, el cual se basa en la aplicación de la ficha. El Trabajador Social se caracteriza por dar el acompañamiento y apoyo no solo a los pacientes, si no a su familia y entorno, al igual que a los miembros del equipo interdisciplinario, trabajando unidos porque eso facilitará el proceso de recuperación

de la salud. Están especializados en atender a la población que presente riesgo de problemática social, el eje de atención siempre será el paciente y su familia y se realizará mediante la intervención individualizada y el apoyo a la familia.

Actualmente, en el Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega”, donde se realiza la presente investigación, solo se cuenta con 06 Trabajadores Sociales, distribuidas en 3 unidades (emergencia, consulta externa y hospitalización) lo cual termina siendo insuficiente para dar atención a todos los casos y como corresponde según el rol del Trabajador Social. Por ello, es importante mencionar que el área de salud debería contar con más profesionales de esta carrera para que puedan dar atención y tomar acción en los diferentes servicios que existen en los centros de salud como los hospitales.

1.3. Investigaciones o Antecedentes del estudio

1.3.1. Antecedentes Internacionales

- Paucar (2017) desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados que influyen en la no adherencia terapéutica del adulto mayor en la Parroquia Mariano Moreno, Gualaceo-Azuay, 2015. Se trató de un estudio de enfoque cuantitativo y corte transversal, realizado en 253 adultos mayores pertenecientes a la parroquia rural de Mariano Moreno del Cantón Gualaceo. Se aplicó como instrumento de recolección de datos el formulario estructurado por Bonilla y de Reales para identificar el grado de no adherencia, el FFSIL para medir la funcionalidad familiar y el cuestionario de Charlson para las comorbilidades. Entre los resultados se determinó que la no emigración del familiar cercano es un factor protector para la adherencia RP de 0,72 (IC 0,60,8). Llegando a la conclusión que existe alta prevalencia en la no adherencia

terapéutica de los adultos mayores en 70.4%, la cual se encuentra asociada al analfabetismo, ser mayor de 75 años, la disfuncionalidad familiar y la emigración de familiar cercano.

- Torres (2017), desarrolló una investigación con el propósito de analizar la relación que tiene el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La investigación fue de tipo no experimental, transversal y de diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 330 personas con DM2 de 20 a 80 años de edad que asisten a centros de salud de Monterrey y a sus familiares. Los instrumentos fueron la Escala EATDM-III aplicado a los pacientes y a los familiares se les aplicó el Cuestionario de apoyo familiar al diabético tipo 2. Los resultados determinaron que el apoyo familiar objetivo (AFO) mostró correlaciones significativas con el apoyo familiar percibido (AFP) y con la adherencia global al tratamiento. Concluyendo que el apoyo familiar tiene relación con la adherencia al tratamiento, siendo mayor la adherencia no farmacológica que la adherencia farmacológica.

- Bello y Montoya (2017) realizaron una investigación con el objetivo de describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2. El estudio tuvo diseño no experimental y fue de corte transversal. La población estuvo compuesta por 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el Programa de Salud Cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillán (Chile). La muestra estuvo compuesta por 116 sujetos, a quienes se les aplicó el Cuestionario de adherencia farmacológica de Morisky Green, el cuestionario de Apoyo Familiar al diabético y el APGAR familiar. Los resultados

demonstraron que el 51,72% de los adultos mayores diabéticos se adherían al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguía su tratamiento. Además, el 73,28% de los adultos mayores diabéticos vive con cuatro o menos integrantes de su núcleo familiar; el 65,52% tiene pareja; el 90,52% percibió una familia altamente funcional, y el 62,07% refiere contar con un alto apoyo familiar. Estableciendo como conclusión que la mayoría de los adultos mayores diabéticos adherentes y no adherentes pertenecen a familias con alto apoyo sin relacionarse con la adherencia al tratamiento. Además, determino que muchas familias sobreprotegen a los adultos mayores al margen de sus condiciones clínicas, solo por el hecho de considerarlos más vulnerables debido a estar en la vejez.

- Goya (2017), desarrolló una investigación con el propósito de comparar estadísticamente la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar de las personas que padecen enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis con la adherencia al tratamiento en el Cantón Pasaje, Provincia de El Oro. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes que padecían enfermedad renal crónica grado 5, a quienes se les aplicó el Cuestionario KDQOL-TM36, el Test FF-SIL y el Test de Morisky Green. Estableciendo como conclusión que existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes que acuden a las sesiones de hemodiálisis residentes del cantón Pasaje.

- Gudiño y Tituaña (2016), desarrollaron un estudio donde propusieron como objetivo determinar las características familiares relacionadas con la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten Centro de Salud Atuntaqui, durante el período comprendido de septiembre a noviembre del 2016. Fue un

estudio de corte transversal, en el que participaron 272 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acudieron al Centro de Salud Atuntaqui. Aplicaron para recoger la información en la adherencia al tratamiento farmacológico el test de Morisky-Green, para el no farmacológico un cuestionario y para las características familiares se aplicaron famiograma, test de APGAR, ecomapa, y un cuestionario. Estableciendo como conclusión que las características familiares influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asistían al Centro de Salud Atuntaqui. Determinó que la familia, es un factor clave para el éxito de la adherencia al tratamiento siendo el agente motivador para que el paciente diabético mantenga un papel dinámico y participativo durante su tratamiento.

1.3.2. Antecedentes Nacionales

- Villalobos (2018), desarrolló una investigación con el propósito de determinar el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y con un enfoque cuantitativo. La población lo comprendieron 500 pacientes que fueron atendidos por la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) y la muestra estuvo representada por 155 pacientes, a quienes se les aplicó un cuestionario para medir el nivel de apoyo familiar. Concluyendo que el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes quemados atendidos en ANIQUEM, responde a un nivel alto igual al 86,5%, representando un soporte fundamental para la recuperación del paciente y que este pueda posteriormente reinsertarse a la vida común en la sociedad.

- Torres (2017), realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis

Pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria, junio 2016. La investigación correspondió a un diseño no experimental, de tipo cuantitativo, método correlacional y transversal. La población de estudio estuvo constituida por 60 pacientes con tuberculosis pulmonar, durante el período de enero a junio del año 2016, a quienes se les aplicó el cuestionario de apoyo familiar, creado por Guillen y Osorio y la ficha de adherencia al tratamiento, creado por la misma investigadora. Los resultados de la investigación determinaron que el apoyo familiar en los pacientes fue regular con 43,3%, seguido de bueno con 33,3% y malo con 23,3%. Estableciendo como conclusión que existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Obteniendo en el apoyo instrumental a los pacientes con TBC un nivel regular con 61,7%, debido a que los familiares a pesar de acompañarlos en el tratamiento no se informan o asisten con lo que requiere el paciente durante la enfermedad.

- Dulong (2017), desarrolló una investigación donde propuso como objetivo determinar la asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos mayores de 65 años en el Hospital II EsSalud Tarapoto. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico transversal donde se estudiaron a 882 pacientes hipertensos de ambos sexos, mayores de 65 años del Hospital II EsSalud de la ciudad de Tarapoto, quienes respondieron el cuestionario de Medical Outcomes Study (MOS) para apoyo social y el cuestionario de Martin Bayarre Grau (MBG) para adherencia terapéutica. Los resultados determinaron que el porcentaje de hipertensos con adherencia terapéutica fue del 79.14% del total, y el 20.86%, no poseen adherencia al tratamiento. Concluyendo que existe asociación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años.

- Reyes, Rodríguez y Sánchez (2015), desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud en los meses de julio a diciembre del año 2014. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño correlacional y retrospectivo. La población estuvo conformada por 46 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar a quienes se les aplicó dos cuestionarios, uno del apoyo familiar y otro de la adherencia al tratamiento. Los resultados de la investigación determinaron que el apoyo familiar en general fue malo en 39.1%, regular en 30.4% y bueno en 30.4%; según dimensiones en el apoyo afectivo fue malo 37%, regular 32.6% y bueno 30.4%; en el apoyo emocional fue malo 41.3%, bueno 32.6% y regular 26.1%; y en el apoyo instrumental fue regular 41.3%, malo 39.1% y bueno 19.6%. La adherencia en general fue de 58.7% y no adherencia 41.3%. Estableciendo como conclusión que existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar.

- Suárez (2015), desarrolló un estudio con el propósito de determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. El estudio fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, a quienes se les aplicó un cuestionario. Estableciendo como conclusión que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia. Además, determinó que el nivel de

participación de la familia en el tratamiento de pacientes con TBC es “medianamente favorable”, dado que el paciente recibe escaso soporte económico por parte de la familia para solventar sus gastos de la enfermedad, alimentación, la falta de acompañamiento para acudir al centro de salud.

1.4. Marco conceptual

- *Actitudes*: es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo y su forma de ver el mundo (Cosacov, 2007).

- *Adherencia al tratamiento*: es la actitud de compromiso por parte del paciente hacia el cumplimiento del tratamiento indicado por el médico, para verse recuperado de manera efectiva (OMS, 2004).

- *Apoyo familiar*: es la ayuda prestada por los miembros de una familia hacia el integrante que lo necesita, expresada en el apoyo emocional u material con el fin de proveerle bienestar general (Gil y Ramos, 2016).

- *Apoyo emocional*: referido al soporte afectivo, que se demuestra con las manifestaciones de cariño, aprecio y consideración, lo cual empodera de tranquilidad y sosiego a las personas (Gil y Ramos, 2016).

- *Apoyo informativo*: referido a la ayuda brindada por la proporción de información sobre aspectos importantes de su interés, como la forma de tratamiento o los horarios de medicación (Gil y Ramos, 2016).

- **Apoyo instrumental:** está referido al apoyo tangente en cosas materiales que permite que las personas encuentren alivio por aquello que reciben (Gil y Ramos, 2016).
- **Apoyo valorativo:** es el tipo de apoyo orientado a la reflexión, que le permite identificar recursos favorables que han tenido éxito en otras personas para aplicarlo a su realidad. (Gil y Ramos, 2016).
- **Enfermedad:** es el proceso las personas que atraviesan 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. (Consuegra, 2010)
- **Factores socioeconómicos:** son aspectos relacionados al dinero el cual permite cubrir las principales necesidades, tales como la asistencia en la salud. El factor socioeconómico determina el nivel de vida de las personas (OMS, 2004).
- **Familia:** es 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. (Consuegra, 2010)
- **Necesidades:** es aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena. Las necesidades no satisfechas producen resultados negativos evidentes, como puede ser una disfunción o incluso el fallecimiento del individuo. (Consuegra, 2010)

- *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. (Consuegra, 2010)

- *Recuperación*: es la acción de recuperarse, vinculado al proceso que debe llevar una persona tras una enfermedad para retornar a la normalidad. (Consuegra, 2010)

- *Soporte emocional*: es la capacidad de brindar apoyo moral y afectivo a quien lo necesita. El soporte emocional se compone de la empatía, el cuidado, la confianza. (Consuegra, 2010)

- *Tratamiento*: es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. (Consuegra, 2010)

- *Ulceras venosas*: es una lesión elemental con pérdida de sustancia cutánea, producida por alteraciones en la circulación, ya sea venosa o arterial, que afecta a las extremidades inferiores y que habitualmente se localiza en el tercio distal de la pierna. (Gómez, 2008)

CAPITULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

El apoyo familiar es un aspecto primordial durante el periodo de tratamiento y recuperación de un paciente, la persona que padece de algún tipo de enfermedad requiere de la ayuda desinteresada de los miembros de su familia para poder superar el cuadro diagnosticado. La forma de apoyo puede ser diversa, ya sea económico, moral o material; lo realmente importante es que se sienten acompañados, que pueden contar con alguien en los momentos difíciles y que su familia se preocupa por él.

La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico. También la percepción de la vida y de su entorno cambia y, por supuesto, se producen cambios físicos inherentes a la patología. El sentimiento de apoyo se valora según la implicación de la familia en cuestiones que abarquen el aspecto holístico de la persona, la toma de medicación, la comprensión de la familia ante los cambios de humor, conducta, implicación en las visitas médicas y sus inquietudes en las sesiones (López, Herrero y Tomas, s.f)

En tal sentido, cuando el paciente percibe el interés, preocupación y apoyo de su familia se siente valorado y querido, mejorando su estado anímico y su actitud con el tratamiento médico que sigue. Dicha actitud favorable se concretiza con la adherencia con el tratamiento, mediante lo cual podrán alcanzar efectos positivos para su salud. Sin

embargo, cuando por el contrario el paciente carece del apoyo familiar, a este no le importa recuperarse al no encontrar significatividad de su existencia dentro de su núcleo familiar.

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. (Villalobos, 2018)

En tal sentido, los pacientes diagnosticados con úlceras venosas requieren en algunos casos de la intervención quirúrgica, para lo cual su estado anímico debe ser favorable en aras de lograr resultados exitosos. El tratamiento suele ser largo y de cuidado, mermando la autoestima del paciente; siendo allí necesario el apoyo familiar.

Los pacientes con insuficiencia venosa crónica, a pesar de ser una enfermedad banal, afecta gravemente a la calidad de vida de las personas que la sufren, además de suponer un problema sanitario de primera magnitud. En este sentido, la adherencia es fundamental para tener bajo control la patología, y una buena forma de mejorar esta es que el paciente conozca la enfermedad y que sea consciente de ella. (Chivato, 2018)

Al respecto, los pacientes con úlceras venosas deben cumplir disciplinadamente el tratamiento asistiendo a sus curaciones y en situaciones de mayor gravedad tomando los medicamentos, realizando los ejercicios y terapias indicadas, consumiendo una dieta saludable; en suma, cambiar su estilo de vida. Para lograrlo requiere de la motivación y contribución de su familia, la cual lo anime constantemente a su fiel cumplimiento, así

como pueda hacer alguna actividad a su favor como prepararle su dieta, salir a realizar actividades físicas con este, acompañarlo a sus citas médicas, ayudarles en la compra de lo que requiere para su tratamiento, etc.

En tal sentido, la presente investigación se centra en estudiar el “Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, teniendo el firme conocimiento que dicha enfermedad incide con mayor énfasis en el grupo etario de la tercera edad.

Por tanto, se considera una problemática actual que requiere ser analizada para de dicha forma mejorar la calidad de vida de miles de pacientes que conviven con esta enfermedad, siendo el propósito principal de todo trabajador (a) social velar por las personas vulnerables, como los son los adultos mayores con diagnóstico de enfermedad crónica.

2.1.2. Antecedentes teóricos

2.1.2.1. Teorías relacionadas al apoyo familiar

a) Teoría familiar sistémica

La Teoría Familiar Sistémica de Bowen (1989), es una teoría del comportamiento humano en la que se concibe la familia como una unidad emocional. Esta teoría utiliza el pensamiento sistémico para describir las complejas interacciones

dentro de la unidad. La familia, por naturaleza, hace que sus miembros estén intensamente conectados emocionalmente. A menudo las personas se sienten distanciadas o desconectadas de su familia, pero esto es más un sentimiento que un hecho.

Las familias afectan tan profundamente los pensamientos, los sentimientos y las acciones de sus miembros, que a menudo parece que las personas vivieran bajo la misma “piel emocional”. Constantemente, las personas solicitan la atención, aprobación y apoyo de los demás, y reaccionan a las necesidades, expectativas y molestias que perciben de los otros. La vinculación y la reactividad hacen que el funcionamiento de los miembros de la familia sea interdependiente.

Un cambio en el funcionamiento de una persona es previsiblemente seguido por cambios recíprocos en el funcionamiento de los demás. Las familias difieren en el grado de interdependencia, pero en cierta medida siempre está presente. Es decir, los miembros de la familia se encuentran interconectados y cualquier cambio en alguno de los integrantes provoca cambios en los demás miembros.

Bowen mencionó sobre el concepto de fusión, que cuando existe una situación de ansiedad, en algún miembro de la familia, este tiende a buscar otros recursos de apoyo. Afirma que frente situaciones de tensión, la relación familiar se vuelve más compacta y unida.

b) Teoría del funcionamiento familiar

Olson y cols., (1989), fundamentan su modelo de funcionamiento familiar en tres dimensiones centrales de la vida familiar, las cuales empoderan de ayuda mutua y reciprocidad entre sus miembros.

- La cohesión familiar: definida como los lazos emocionales que los miembros de una familia tienen entre sí, los indicadores específicos del nivel cohesión de una familia incluyen: lazo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

- La adaptabilidad: es el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Se define como la capacidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol, normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales. Estableciendo como indicadores de la adaptabilidad: el poder, estilos de negociación relaciones de rol y reglas de relación de la familia.

- La comunicación: expresa el grado en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuando la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales.

La comunicación es muy importante para dar a conocer los pensamientos, sentimientos e ideas entre los miembros de la familia, cimentado en el grado de confianza y transparencia con que actúan.

2.1.2.2. Teorías relacionadas a la adherencia al tratamiento

a) Modelo de creencias de la salud

Este modelo teórico fue propuesto por Becker y Maiman (1974), el cual trata de explicar una variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad o el cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas. (Jiménez, 2003)

Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado.



Figura 1. Modelo de Creencias de Salud (Becker y Maiman, 1975)

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se

experimenta, a su vez, está condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza.

b) Teoría de la acción razonada

Este modelo teórico subraya el papel de los factores cognitivos motivaciones como determinantes de la conducta de salud en general, denominada como la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen en 1975. El interés de esta teoría fue establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer.

Al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El elemento principal como antecedente de la conducta es la intención conductual, de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleve a cabo.

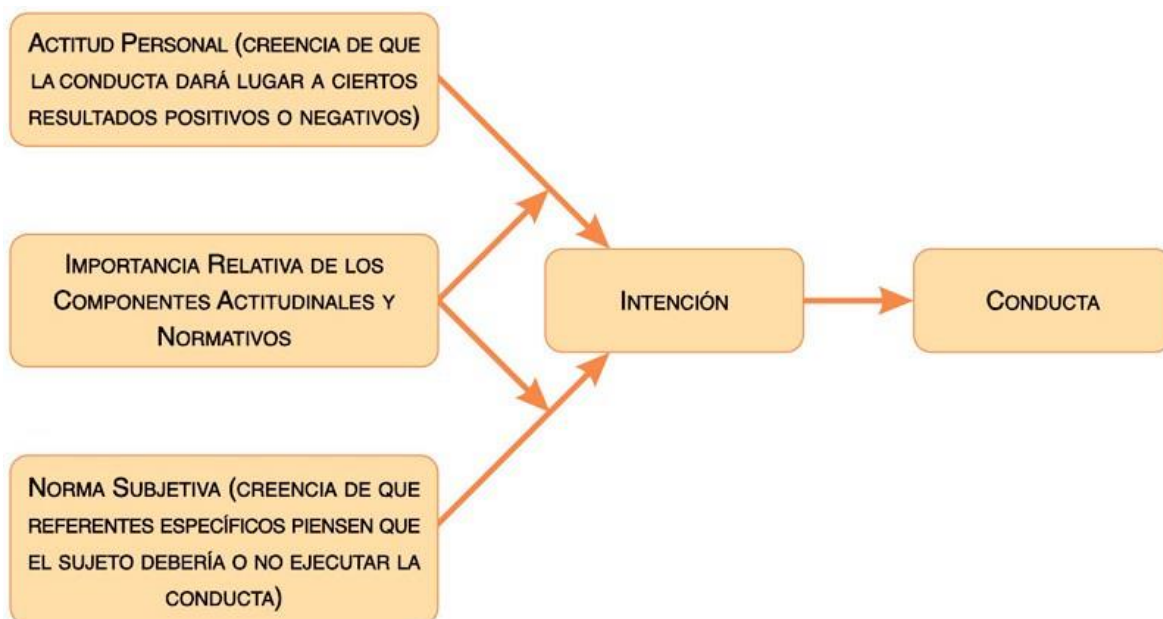


Figura 2. Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)

2.1.3. Definición del problema

A continuación, se establece las interrogantes que son eje orientador de esta investigación y deberán ser despejadas.

2.1.3.1. Problema general

- ¿Qué relación existe entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

2.1.3.2. Problemas específicos

- ¿Qué relación existe entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- ¿Qué relación existe entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- ¿Qué relación existe entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- ¿Qué relación existe entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

2.2. Objetivos, delimitación y justificación de la investigación

2.2.1. Objetivos

2.2.1.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

2.2.1.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, enero 2020.

- Determinar la relación entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Identificar la relación entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Determinar la relación entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

2.2.2. Delimitación del estudio

La delimitación de la investigación se establece dentro de los siguientes límites que abarcan el espacio, tiempo, universo y contenido a tratar. Según el detalle que se presenta:

- a) Delimitación Espacial:** la investigación se llevará a cabo en el Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega”- EsSalud, ubicado en la provincia constitucional del Callao, departamento de Lima.

- b) Delimitación Temporal:** el estudio se llevará a cabo durante el periodo 2020, tomando como tiempo específico para la recolección de datos en el primer mes del año.
- c) Delimitación del Universo:** los participantes del estudio están conformados por los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – Essalud, teniendo a la fecha tratamiento mayor a 6 meses.
- d) Delimitación del Contenido:** se tocará contenidos actuales para ayudar a la comprensión del fenómeno de estudio, así como también se explicará en base a teorías tradicionales, el origen, fundamentación y evolución de ambas variables. Recurriendo a diversas fuentes tales como libros, tesis, artículos científicos, páginas de instituciones reconocidas, etc.

2.2.3. Justificación e importancia del estudio

La presente investigación centra su interés en el estudio del apoyo familiar y la adherencia al tratamiento, por ser el pilar para la recuperación e inserción a una vida normal dentro de la sociedad de aquellos pacientes que presentan alguna enfermedad que les impide su normal funcionamiento.

Considerando que las personas conviven prolongadamente con enfermedades crónicas, que les va debilitando físicamente y afecta a su estado psicológico, se tiene en cuenta para este estudio el análisis de la situación de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas por ser un grupo en riesgo ya que en su mayoría esta dolencia está

asociada a la enfermedad de la diabetes y que dado el estadio de su edad requieren mayor atención y cuidados especiales.

En tal sentido, la importancia del estudio radica en conocer la situación actual que viven los pacientes adultos mayores en su entorno familiar y los soportes que esta le brinda para adherirse al tratamiento de su enfermedad. Dado que el apoyo familiar es un factor preponderante para lograr el éxito en toda recuperación, se requiere conocer su relación en cada una de sus dimensiones con la adherencia del tratamiento.

Por otro lado, esta investigación se justifica según los aportes que se desprende en diferentes aspectos, tales como: el teórico, práctico y social.

En el aspecto teórico, la investigación desarrollada reúne varias teorías, enfoques, modelos y descripciones sobre ambas variables, así como los nuevos hallazgos contribuirán con mayor información, constituyendo un amplio marco teórico que permitirá satisfacer las necesidades de conocimiento de las personas interesadas en el tema.

En el aspecto práctico, de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se podrá adoptar decisiones beneficiosas para contribuir a la recuperación de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, realizando charlas y talleres con estos y los integrantes de su núcleo familiar.

En el aspecto social, un mayor conocimiento de la situación de los pacientes con enfermedades vasculares, tal como las úlceras venosas, permite sensibilizar a las familias sobre el cuidado que deben tener estos pacientes desde casa.

2.3. Hipótesis, Variables y Definición operacional

2.3.1. Supuestos teóricos

Existen teorías previas que encuentran relación entre las variables en estudio, dando a conocer a continuación algunas de ellas.

Arévalo, López, López y Martínez (2016), sostienen que la adherencia terapéutica es el comportamiento triangular, donde existe la intervención del paciente que participa de manera voluntaria y activa, el médico que dirige las indicaciones tanto en la terapia como las modificaciones en el estilo de vida y la familia como pilar fundamental en la toma de decisiones, para que, de esta manera, se obtenga un resultado satisfactorio en la salud del adulto mayor.

De acuerdo a Alcaino, Bastías y Benavides (2014), la familia es el entorno inmediato del paciente y puede influir positiva o negativamente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya sea de forma directa o indirecta, por lo cual constituye el principal apoyo para que el paciente enfrente la enfermedad, siendo la clave en el control metabólico al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Torres (2017), sostiene que se denota constantemente en todos los factores de fracaso al tratamiento la falta de apoyo familiar, siendo este eje primordial, básica para la adherencia terapéutica del paciente.

Gonzáles (2011), indica que los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado tienen mejor aceptación de la enfermedad y apego al tratamiento. Resultando así un factor importante la participación de la familia durante el tratamiento.

Para Arrossi et al. (2010), para que el paciente continúe con el régimen terapéutico es la familia, generalmente la madre, la esposa o los hijos el incentivo importante para que el paciente se haga responsable de los medicamentos que debe tomar.

2.3.2. Hipótesis general y específicas

2.3.2.1. Hipótesis general

- Existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

2.3.2.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Existe relación significativa entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Existe relación significativa entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

2.3.3. Variables, definición operacional e indicadores

A efectos de conocer detalladamente aspectos fundamentales de las variables de estudio, se especifica la definición operacional, las dimensiones con sus respectivos indicadores que las miden, así como otros detalles importantes.

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable Apoyo Familiar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
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 familiar afectado su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y coordinar con los demás miembros la ayuda, si fuera necesario. (Villalobos, 2018)	Según Gil y Ramos (2016), el apoyo familiar es la ayuda que brinda el familiar al paciente para afrontar y sobrellevar la enfermedad, la cual se evidencia en las dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo valorativo.	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza - Comprensión - Empatía - Afecto 	1,2,3,4
			Apoyo instrumental	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento - Ayuda económica - Ayuda material 	5,6,7,8
			Apoyo informativo	<ul style="list-style-type: none"> - Consejos - Información constante - Asistencia a charlas 	9,10,11,12
			Apoyo valorativo	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento - Participación - Motivación 	13,14,15,16

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la variable Adherencia al Tratamiento

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico, las indicaciones de seguimiento y la consejería de enfermería, también se considera las actitudes frente al tratamiento, valorándose como adecuadas o inadecuadas. (Salas y Chamizo, 2018).	De acuerdo a la OMS (2004), la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; esta definición incluye los conceptos de cumplimiento por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de persistencia estricta del mismo a lo largo del tiempo. Propone los siguientes factores que influyen en la adherencia: socioeconómicos, relacionados con el sistema y equipos de salud, relacionados con la terapia y relacionados con el paciente.	Factores socioeconómicos	- Status socioeconómico - Aspectos ambientales - Aspectos culturales	1,2,3,4,5,6
			Factores relacionados con el sistema y equipos de salud	- Facilidad en la atención - Grado de información y comunicación - Seguimiento médico	7,8,9,10,11,12,13,14
			Factores relacionados con la terapia	- Tiempo que le dedica - Frecuencia en el tratamiento - Grado de complejidad	15,16,17,18,19,20
			Factores relacionados con el paciente	- Necesidad de estar informado - Responsabilidad - Actitud positiva	21,22,23,24

CAPITULO III

METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Tipo de investigación

El nivel de la investigación es básica simple porque recoge información de la realidad para generalizar los resultados y darlos a conocer. Según Alvitres (2000), la investigación básica, pura o sustantiva se orienta a una descripción, explicación o predicción de los hechos. Por tanto, no requiere una intervención para intentar cambiar la realidad.

Además, el enfoque de la investigación es cuantitativo, de acuerdo al método que emplea para el manejo de los datos, porque asigna un valor numérico a las respuestas para procesarlas estadísticamente. Rodríguez (2010), señala que el método cuantitativo (...) utiliza instrumentos de recolección que generan números, los cuales son analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables, además los estudios cuantitativos vienen sustentados con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico. (p. 32)

3.2. Diseño a utilizar

La investigación corresponde al diseño descriptivo correlacional, porque busca hallar la relación entre ambas variables. Este diseño tiene como finalidad conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra de estudio. Para evaluar el grado de correlación entre dos o más variables, primero se mide por separado cada una de éstas, y después se establecen las vinculaciones. Tales correlaciones dan respuesta al contraste de hipótesis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 93)

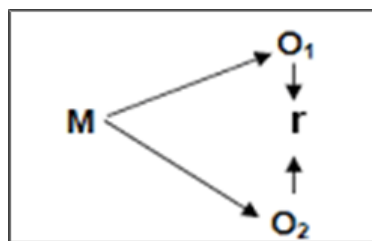


Figura 3. Diseño de investigación

Donde:

- M : Muestra
 r : relación entre variables
 O₁ : Observación de la V.1 (apoyo familiar)
 O₂ : Observación de la V.2 (Adherencia al tratamiento)

3.3. Universo, población, muestra y muestreo

El universo de estudio está conformado por los pacientes con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” de EsSalud, ubicado en el Callao, durante el periodo de enero 2020.

La población de estudio lo conforman 102 pacientes adultos mayores con úlceras venosas crónicas que llevan tratamiento en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, enero 2020.

La muestra se fijó de acuerdo a criterios específicos que caracterizan a los pacientes, en tal sentido, el investigador establece ciertos criterios de inclusión y exclusión que se detalla a continuación:

a) Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores a partir de 65 años
- Pacientes que llevan tratamiento continuo mayor a 6 meses
- Pacientes derivados del consultorio de cirugía general

- Pacientes que desean participar en el estudio
- Pacientes de ambos sexos

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que no superen los 65 años
- Pacientes que tienen tratamiento menor o igual a 6 meses
- Pacientes que no desean participar en el estudio
- Pacientes que sufren de alguna discapacidad mental o cognitiva

El muestreo es intencionado y no probabilístico, representado por 55 pacientes adultos mayores con úlceras venosas crónicas que asisten al Tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega”.

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

La técnica de recolección de la información empleada es la encuesta, para recabar datos en ambas variables. En la investigación de las ciencias sociales y humanas, la encuesta se considera como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos o variables que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. (López y Fachelli, 2015, p. 8)

3.4.2. Instrumentos

FICHA TECNICA: Cuestionario de valoración del Apoyo Familiar

- **Autor:** Cinthia Gil Bazán y Sara Ramos Sanes (2016)
- **País de procedencia:** Perú (Lima)
- **Forma de administración:** Individual
- **Ámbito de aplicación:** pacientes mayores de 18 años
- **Objetivo:** Evaluar el apoyo familiar que reciben los pacientes
- **Duración:** 10 minutos (aprox.)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 16 ítems, el cual permite conocer el nivel de apoyo familiar, a través de la evaluación de 4 dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo valorativo.
- **Calificación:** Las respuestas se califican en escala de Likert, considerando valores que van del 1 al 4, que se detallan a continuación.

Tabla 3.

Calificación del Cuestionario

1	2	3	4
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

- **Baremo:** para efectos de interpretación de los resultados del cuestionario aplicado se establece tres categorías ordenado por rangos, el cual considera intervalos desde el mínimo hasta el máximo puntaje obtenido en general y según las dimensiones que se miden.

Tabla 4.

Baremo de interpretación del Cuestionario

Nivel	I-II-III-IV	TOTAL
Bajo	4-8	16-35
Promedio	9-13	36-55
Alto	14-16	56-64

- **Confiabilidad:** Gil y Ramos (2016), evaluaron la confiabilidad del cuestionario mediante una prueba piloto constituida por 65 pacientes del Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital Guillermo Almenara, sometiéndolo al estadístico del Alfa de Cronbach obteniendo un valor 0.87 lo que determina que existe una alta confiabilidad.
- **Validación:** el cuestionario fue evaluado a través de juicio de expertos, donde participaron diez expertos para dar la validez de contenido mediante la prueba binomial, encontrando un valor de significancia igual a 0.95, lo cual demuestra una validez aceptable. (Gil y Ramos, 2016)

FICHA TÉCNICA: Escala de Adherencia al Tratamiento

- **Autor:** Consuelo Ortiz Suárez (2010)
- **País de procedencia:** Colombia
- **Forma de administración:** Individual
- **Ámbito de aplicación:** pacientes mayores de 18 años
- **Objetivo:** Identificar el nivel de adherencia al tratamiento que presentan los pacientes
- **Validación peruana:** Rosa Dávila Soto, Noemí García Bustamante y Karen Saavedra Huanuiri (2014)
- **Duración:** 10 a 25 minutos (aprox.)
- **Descripción del cuestionario:** El instrumento está constituido por 24 ítems, el cual permite conocer el grado de adherencia al tratamiento a través de la evaluación de 4 dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente.
- **Calificación:** Las respuestas se califican en escala de Likert, considerando valores que van del 1 al 3, que se detallan a continuación.

Tabla 5.

Calificación de la Escala

1	2	3
Nunca	A veces	Casi siempre

- **Baremo:** para efectos de interpretación de los resultados de la escala aplicada se establece tres categorías ordenado por rangos, el cual considera intervalos desde el mínimo hasta el máximo puntaje obtenido en general y según las dimensiones que se miden.

Tabla 6.

Baremo de interpretación de la Escala

Nivel	I-III	II	IV	TOTAL
Bajo	6-10	8-13	4-7	24-43
Promedio	11-15	14-19	8-10	44-62
Alto	16-18	20-24	11-12	63-72

- **Confiabilidad:** en el Perú, Dávila, García y Saavedra (2014), aplicaron el instrumento a 60 pacientes al azar con factores de riesgo cardiovascular, sometiéndolo a la prueba estadística del Alfa de Cronbach, obteniendo un valor 0.92 lo que determina que existe una alta confiabilidad.
- **Validez del instrumento:** Dávila, García y Saavedra (2014), realizaron la validez de contenido de la Escala de Adherencia al Tratamiento, contando con la participación de 10 especialistas de distintas instituciones de salud dando como resultado un índice de validez de contenido de 0.91, lo que determina una validez aceptable.

3.5. Procesamiento de datos

Considerando el propósito que persigue la investigación se sistematizará los datos recogidos a través de los instrumentos en una base de datos hecho en tabla de Excel, ordenado los ítems por dimensión de cada una de las variables, luego se consignará el valor de la respuesta elegida, para efectuar la sumatoria por cada dimensión y de la variable en general, para establecer el rango del baremo al que pertenece. Luego se traspasará los valores obtenidos por cada dimensión y por la variable misma, al Programa SPSS 24, donde a través de la función análisis de los estadísticos descriptivos se obtendrán finalmente las tablas y

figuras, que resume los resultados por cada categoría de análisis de ambas variables.

Además, para dar respuesta a las hipótesis de investigación se hará uso de la estadística descriptiva inferencial, sometiendo a la prueba de Rho de Spearman, que mide el grado de correlación entre dos variables aleatorias. Esta técnica estadística no paramétrica se realiza en el programa SPSS-26, donde se escoge la función analizar, luego la opción correlaciones bivariadas, eligiendo la opción de correlación de Spearman. La técnica de Rho de Spearman se emplea en variables con características cualitativas que contienen valores ordinales para su medición, permitiendo establecer el índice de correlación y el nivel de significancia. Para el nivel de significancia, se tiene en cuenta la regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Tabla 7.

Valores de interpretación del Rho de Spearman

NIVELES DE CORRELACIÓN				
De	0	a	0.05	Nula
De	0.06	a	0.25	Baja
De	0.26	a	0.50	Media
De	0.51	a	0.75	Moderada
De	0.75	a	1	Alta

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

4.1.1. Presentación de resultados generales

Tabla 8.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	24	44 %
Masculino	31	56 %
Total	55	100%

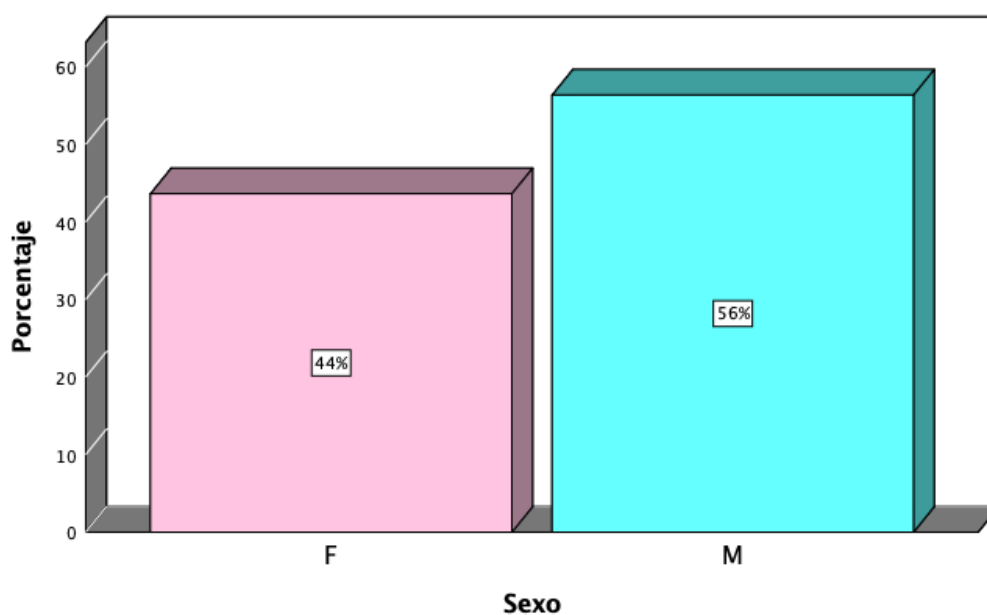


Figura 4. Datos sociodemográficos de los pacientes, según el sexo

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determinan que el mayor porcentaje de pacientes que participaron en el estudio son del sexo masculino equivalente al 56% y el 44% restante pertenecen al sexo femenino.

Tabla 9.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65-70 años	16	29 %
71-76 años	18	32 %
77-82 años	13	24 %
83-88 años	8	15 %
Total	55	100%

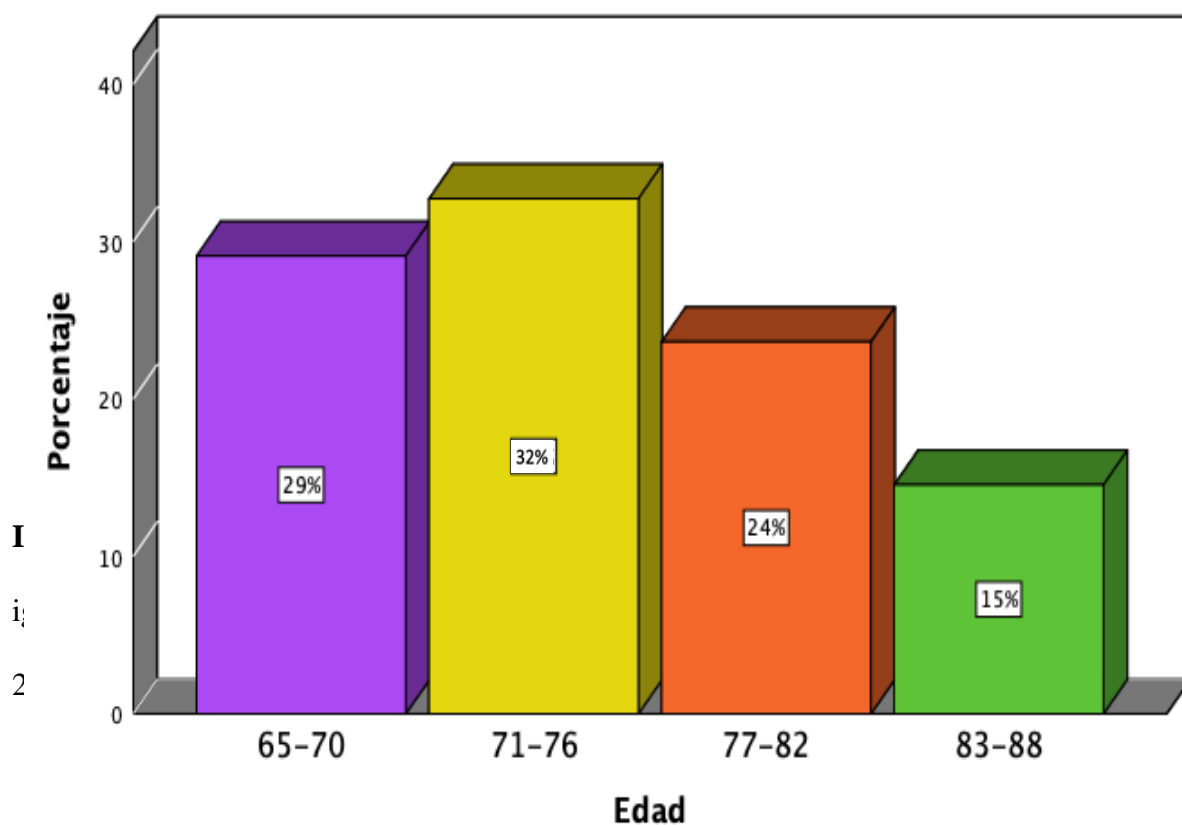


Figura 5. Datos sociodemográficos de los pacientes, según la edad

Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que el mayor número de pacientes igual a 32% tienen entre 71 a 76 años, seguido del 29% que tienen entre 65 a 70 años, el 24% que tienen entre 77 a 82 años y el 15% tiene entre 83 a 88 años.

Tabla 10.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	4	7 %
Casado (a)	39	71 %
Viudo (a)	12	22 %
Total	55	100%

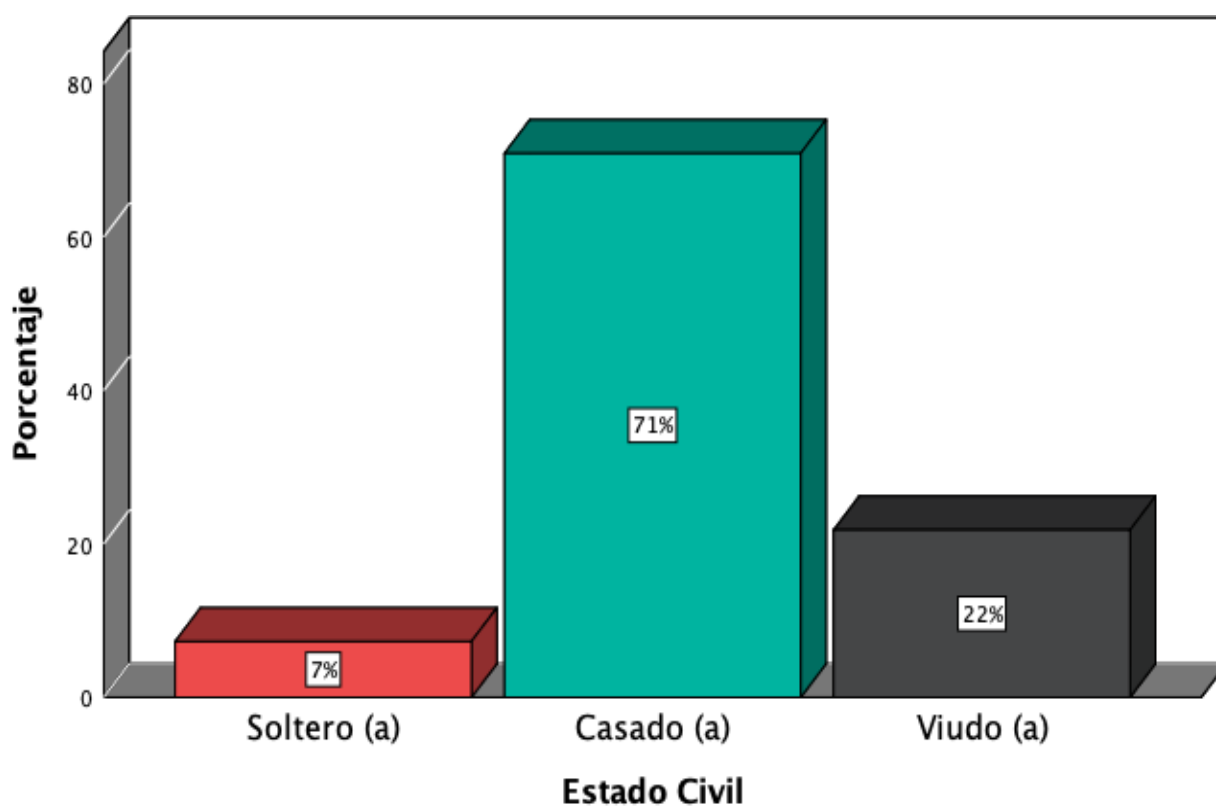


Figura 6. Datos sociodemográficos de los pacientes, según su estado civil

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación evidencian que el 71% está representado por pacientes casados(as), el 22% está conformado por pacientes viudos(as), seguido del 7% que son solteros(as).

Tabla 11.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según el nivel de instrucción

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	16	29 %
Secundaria	29	53 %
Superior	10	18 %
Total	55	100%

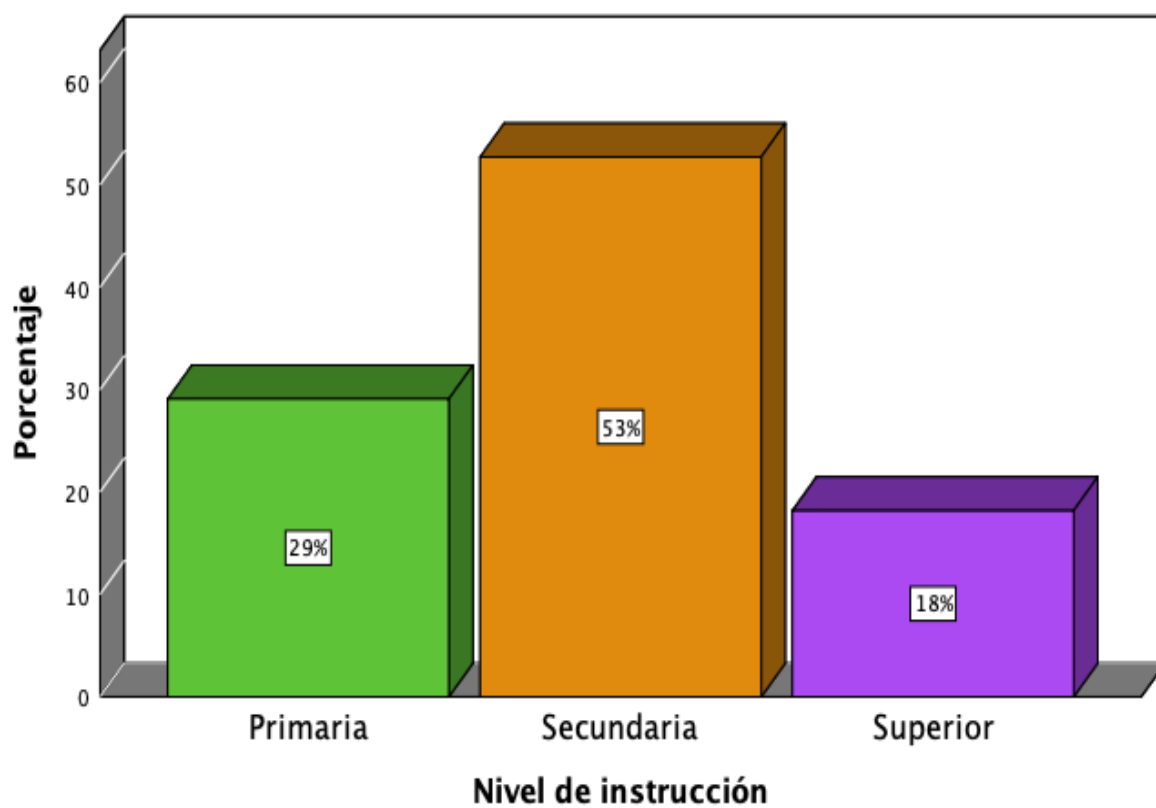


Figura 7. Datos sociodemográficos de los pacientes, según el nivel de instrucción

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación dan a conocer que la mayor cantidad de pacientes que participaron en el estudio tienen un nivel de instrucción secundaria en 53%, el 29% tuvieron solo una educación primaria, mientras que el 18% representa a los pacientes con nivel de instrucción superior.

Tabla 12.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo de tratamiento

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
12 meses	8	15 %
1-2 años	16	29 %
2-4 años	17	31 %
4-6 años	10	18 %
6-8 años	4	7 %
Total	55	100%

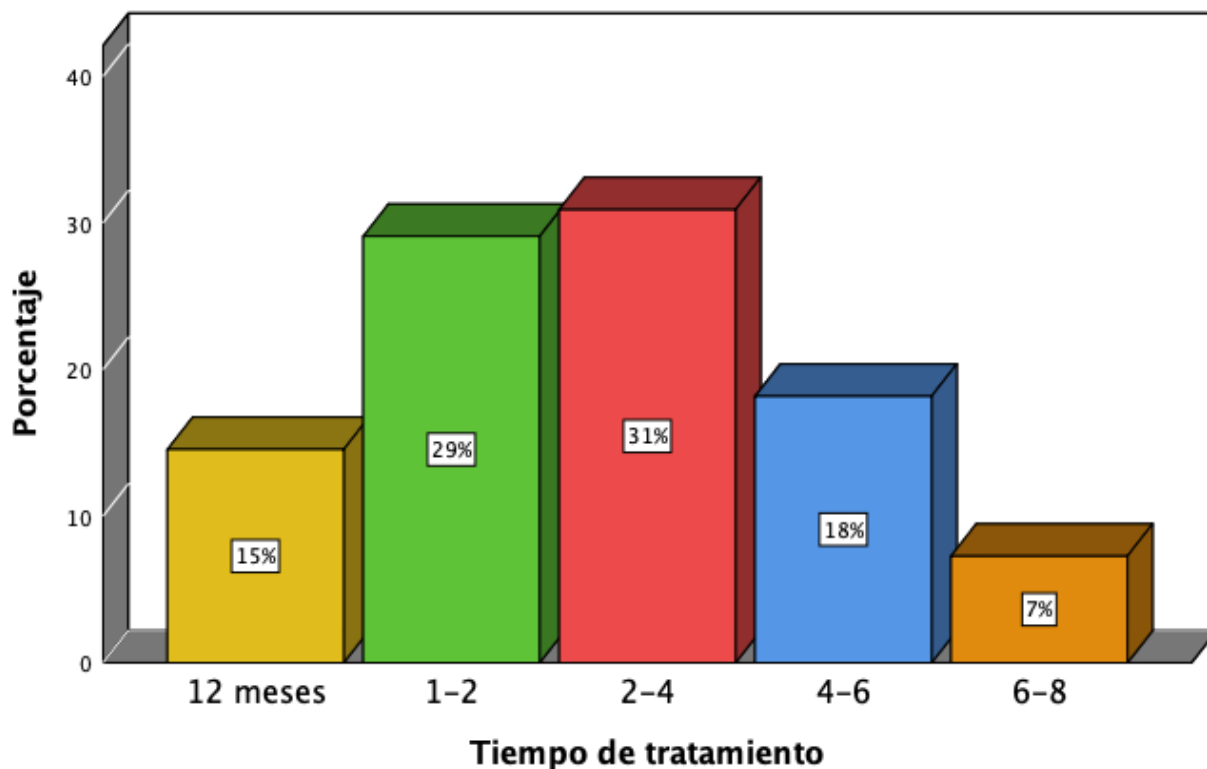


Figura 8. Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo de tratamiento

Interpretación: Los resultados obtenidos revelan que la mayor proporción de pacientes en 31% llevan de 2 a 4 años de tratamiento, seguido del 29% que tienen de 1 a 2 años de tratamiento, el 18% tienen de 4 a 6 años de tratamiento, el 15% llevan menos de 1 año de tratamiento y el 7% de pacientes llevan un tratamiento mayor a 6 y menor a 8 años.

Tabla 13.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo que presenta las úlceras venosas

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1-2 años	23	42 %
4-6 años	12	22 %
6-8 años	20	36 %
Total	55	100%

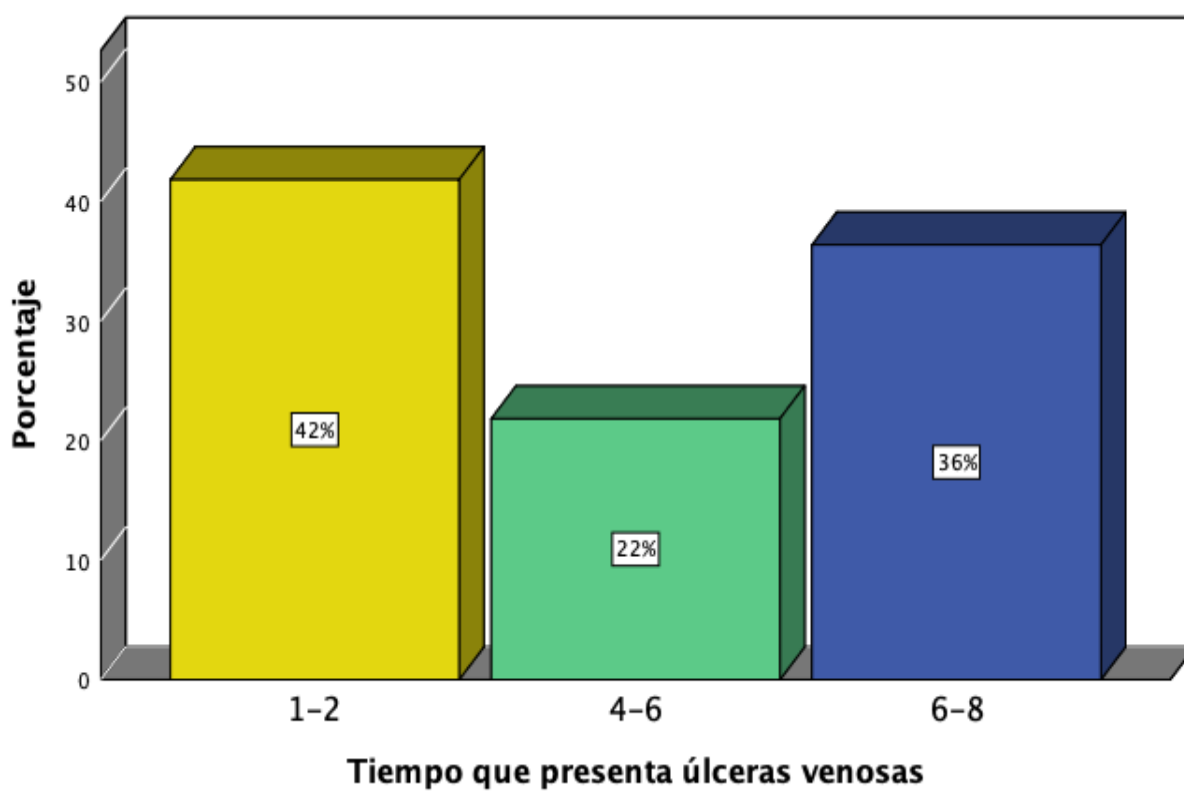


Figura 9. Datos sociodemográficos de los pacientes, según el tiempo que presenta úlceras venosas

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación determinaron que el mayor porcentaje de pacientes en un 42% padece de úlceras venosas de 1 a 2 años, el 36% padece de úlceras venosas entre 6 a 8 años y el 22% padece de esta enfermedad entre 4 a 6 años.

Tabla 14.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona que acompaña al tratamiento

Acompañante	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	10	18 %
Otros familiares	18	33 %
Nadie	27	49 %
Total	55	100%

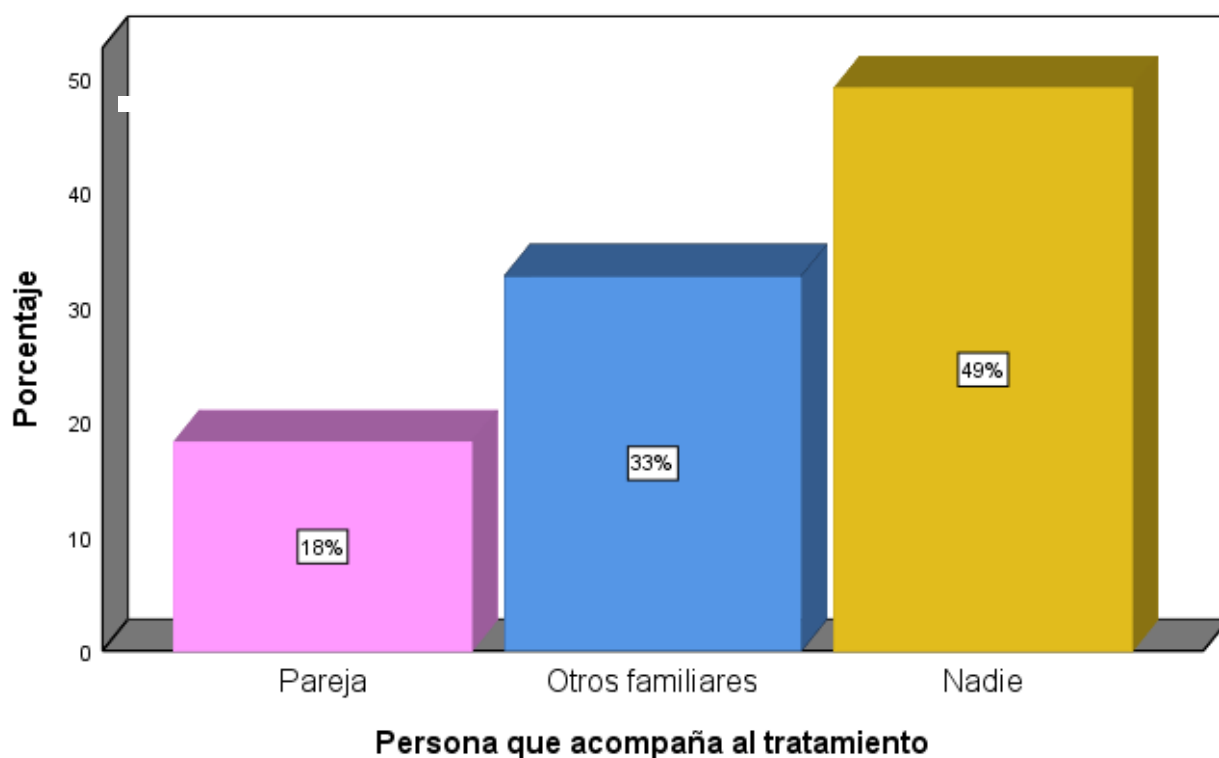


Figura 10. Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona que acompaña al tratamiento

Interpretación: Los resultados obtenidos en la investigación muestran que el mayor número de pacientes en un 49% no cuentan con nadie que los acompañe al tratamiento, el 33% son acompañados por otros familiares y el 18% asisten con su pareja al tratamiento.

Tabla 15.

Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona con quien vive el paciente

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	16	29 %
Hijos	12	22 %
Nietos	9	16 %
Nadie	18	33 %
Total	55	100%

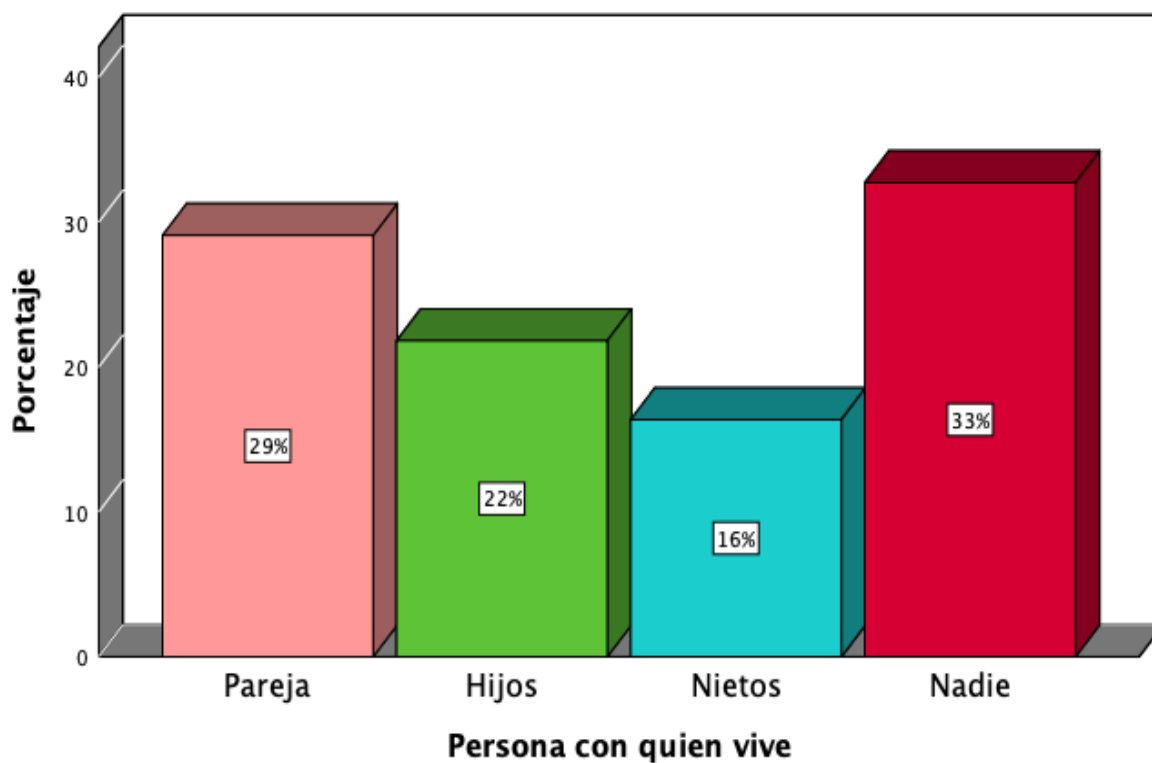


Figura 11. Datos sociodemográficos de los pacientes, según la persona con quien vive el paciente

Interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que la mayor proporción de pacientes viven solos, seguido del 29% que viven con sus parejas, el 22% viven con sus hijos y en menor proporción el 16% viven solo con sus nietos.

4.2. Presentación de resultados de datos específicos

Tabla 16.

Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	13 %
Moderado	26	47 %
Alto	22	40 %
Total	55	100%

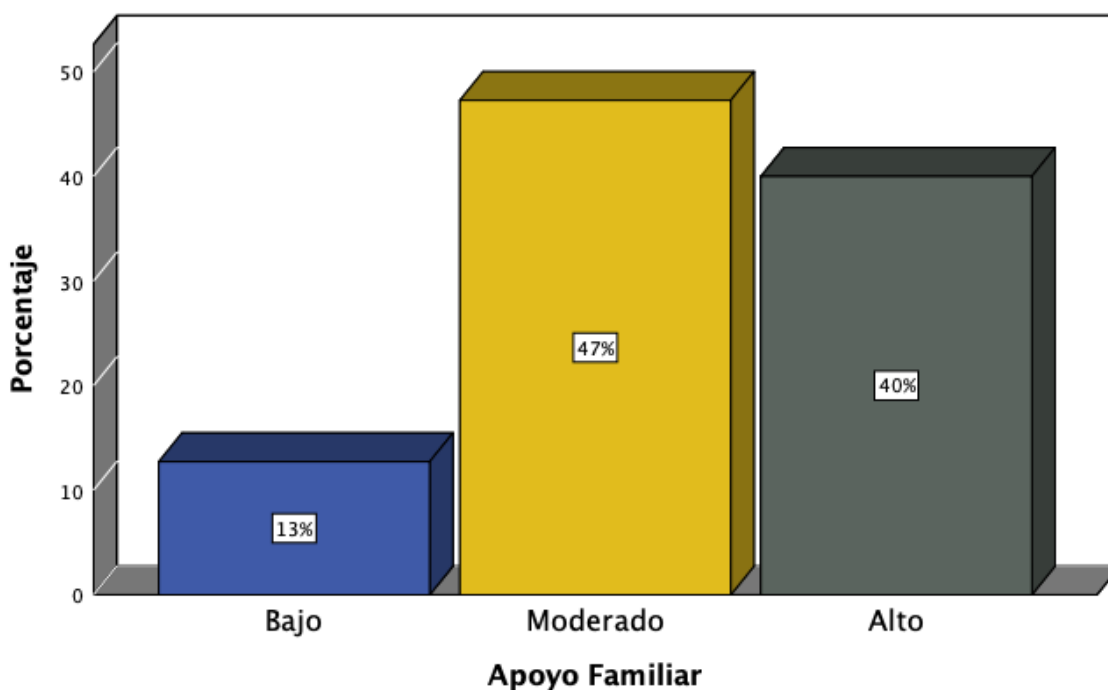


Figura 12. *Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó que los pacientes muestran en mayor proporción un nivel moderado de apoyo familiar en un 47%, seguido inmediatamente por el 40% que obtuvo un nivel alto de apoyo familiar, mientras que el 13% tiene un nivel bajo de apoyo familiar.

Tabla 17.

Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo emocional

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Moderado	38	69 %
Alto	17	31 %
Total	55	100%

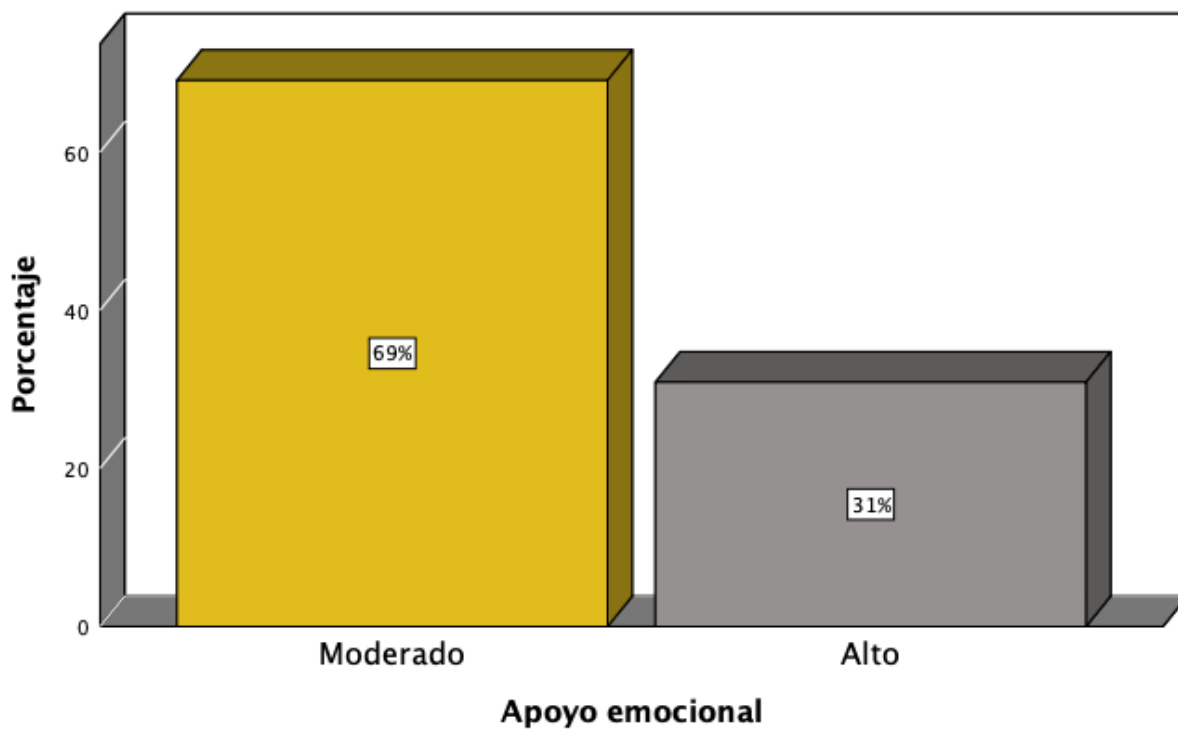


Figura 13. *Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo emocional*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó en la dimensión apoyo emocional que los pacientes muestran en mayor proporción un nivel moderado de apoyo emocional en un 69%, mientras que el 31% tiene un nivel alto.

Tabla 18.

Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo instrumental

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	11 %
Moderado	29	53 %
Alto	20	36 %
Total	55	100%

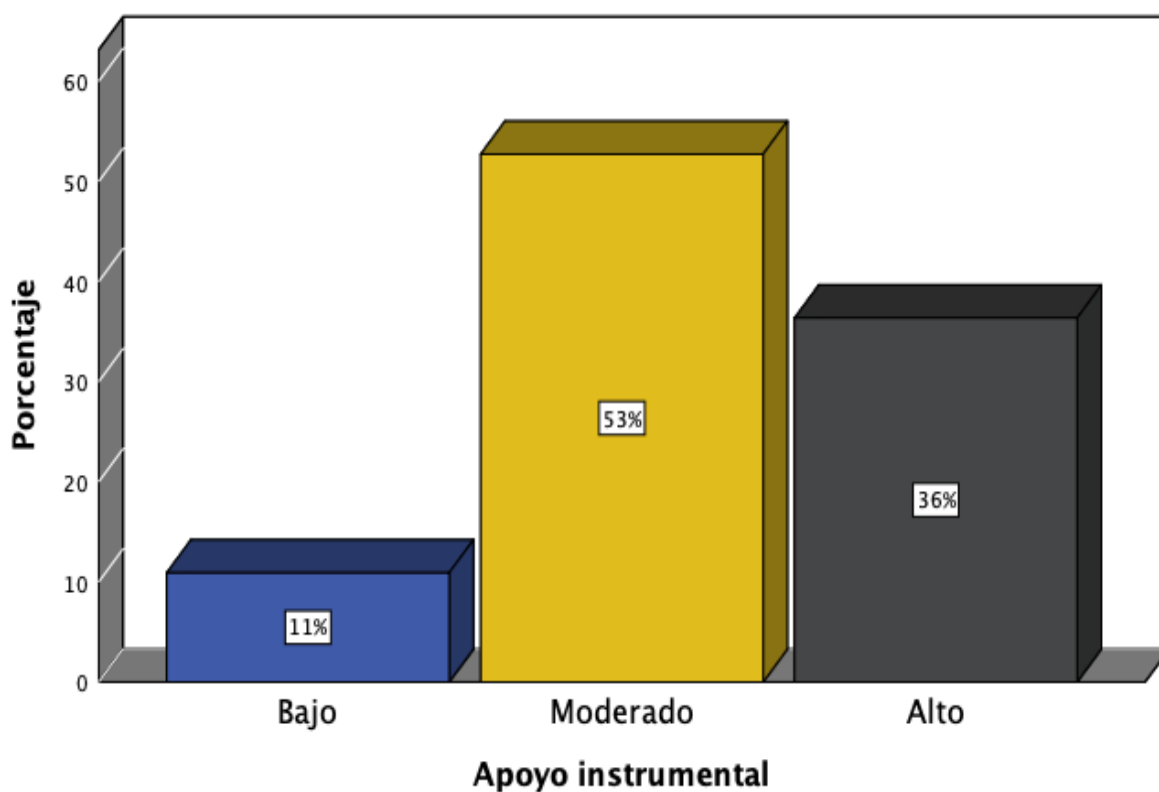


Figura 14. *Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo instrumental*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Apoyo instrumental, se halló que los pacientes muestran un 11% a nivel bajo, seguido por el 36% que presentan un nivel alto y en mayor proporción el 53% tiene un nivel moderado.

Tabla 19.

Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo informativo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	36 %
Moderado	19	35 %
Alto	16	29 %
Total	55	100%

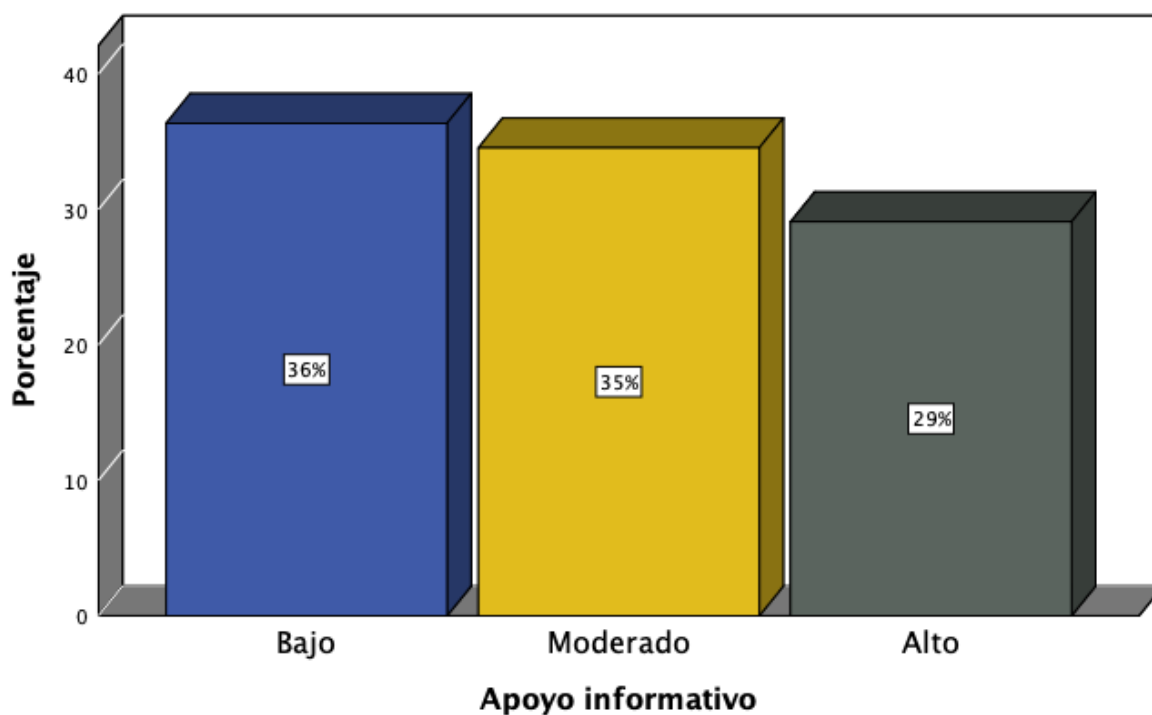


Figura 15. *Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo informativo*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó que los pacientes muestran en mayor número un nivel bajo de apoyo informativo en un 36%, seguido directamente del 35% que tiene un nivel moderado, solo el 29% presentó niveles altos en apoyo informativo.

Tabla 20.

Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo valorativo

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	38	56 %
Promedio	17	44 %
Total	55	100%

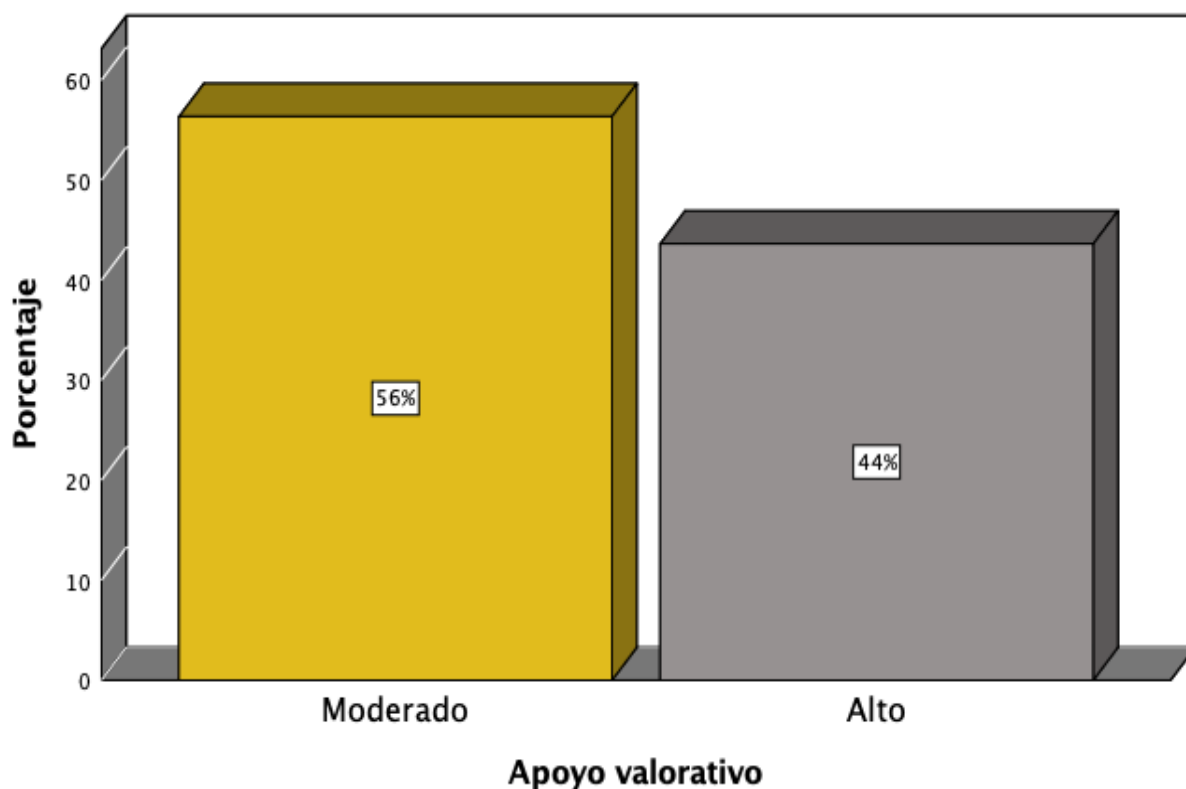


Figura 16. *Nivel de Apoyo Familiar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Apoyo valorativo*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Apoyo valorativo, se determinó que los pacientes presentan en su mayoría en un 56% un nivel moderado, en contraste con el 44% que presenta un nivel alto.

Tabla 21.

Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	16 %
Regular	24	44 %
Alto	22	40 %
Total	55	100%

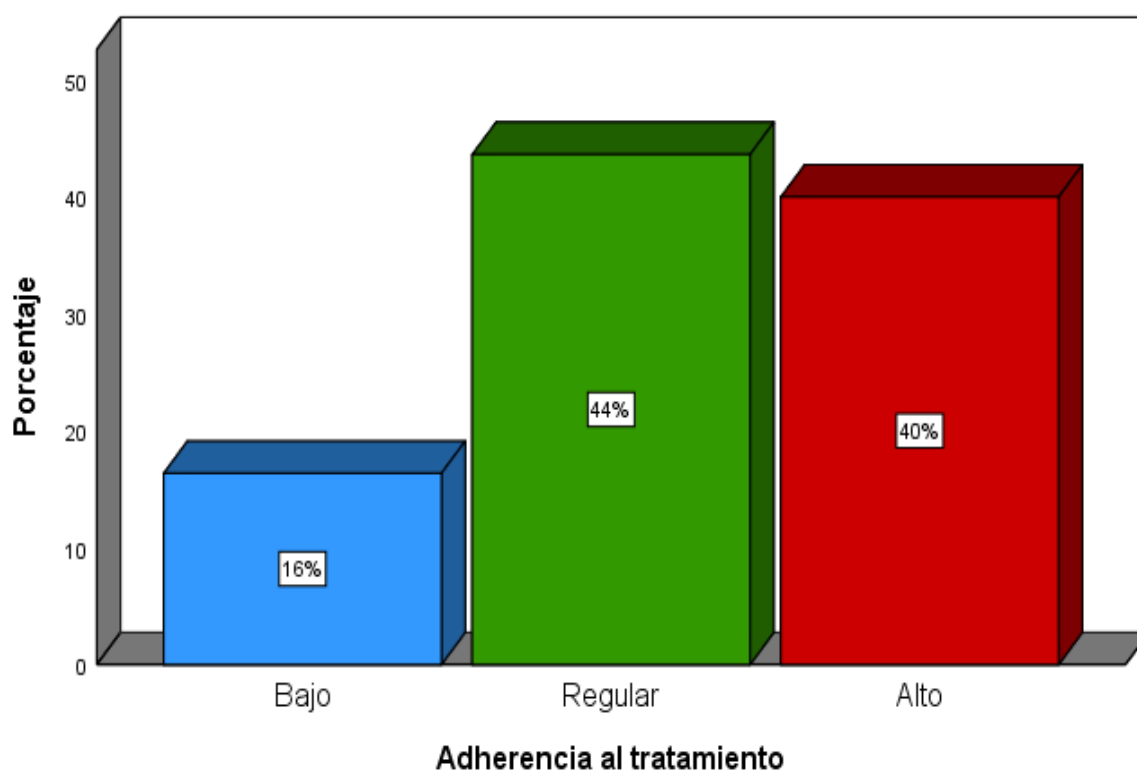


Figura 17. *Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinó que los pacientes muestran en mayor proporción un nivel regular de adherencia al tratamiento en un 44%, seguido por el 40% que obtuvo un nivel alto de adherencia al tratamiento, mientras que el 16% tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento.

Tabla 22.

Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores socioeconómicos

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	16 %
Regular	29	53 %
Alto	17	31 %
Total	55	100%

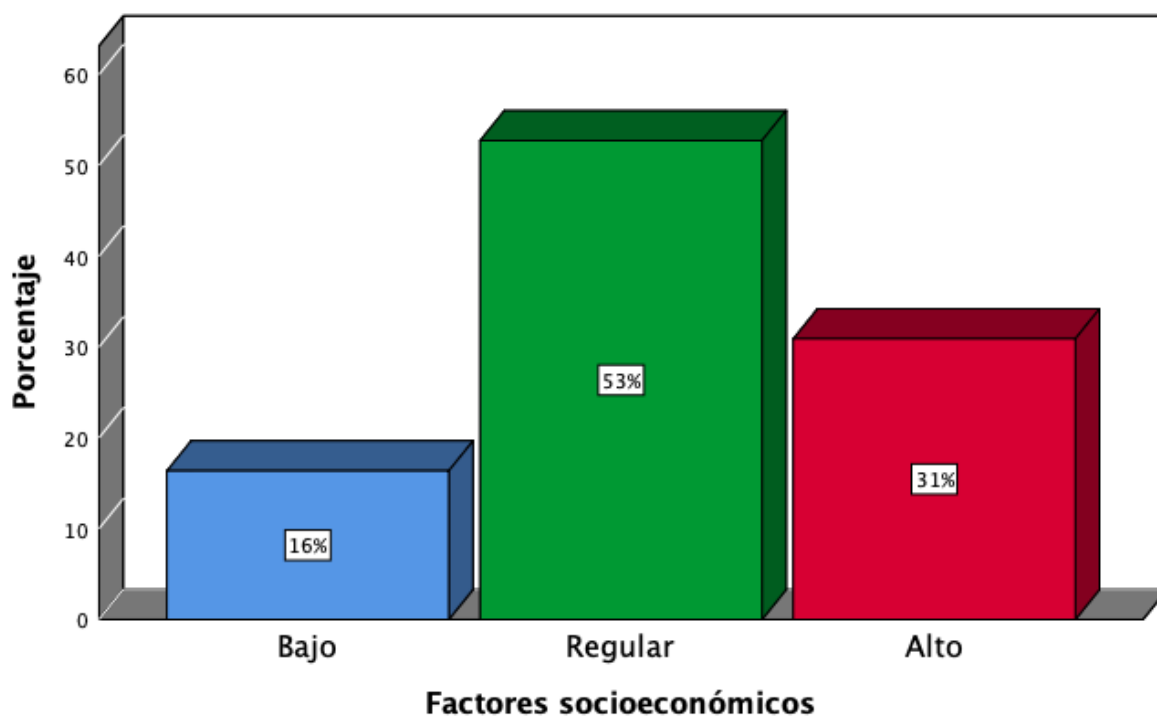


Figura 18. *Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores socioeconómicos*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Factores socioeconómicos, se determinó que la mayoría de pacientes muestran en 53% un nivel regular de adherencia, por otro lado, el 31% presentó un nivel alto y en menor proporción, el 16% mostro un nivel bajo de adherencia.

Tabla 23.

Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el sistema y equipos de salud

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Regular	19	35 %
Alto	36	65 %
Total	55	100%

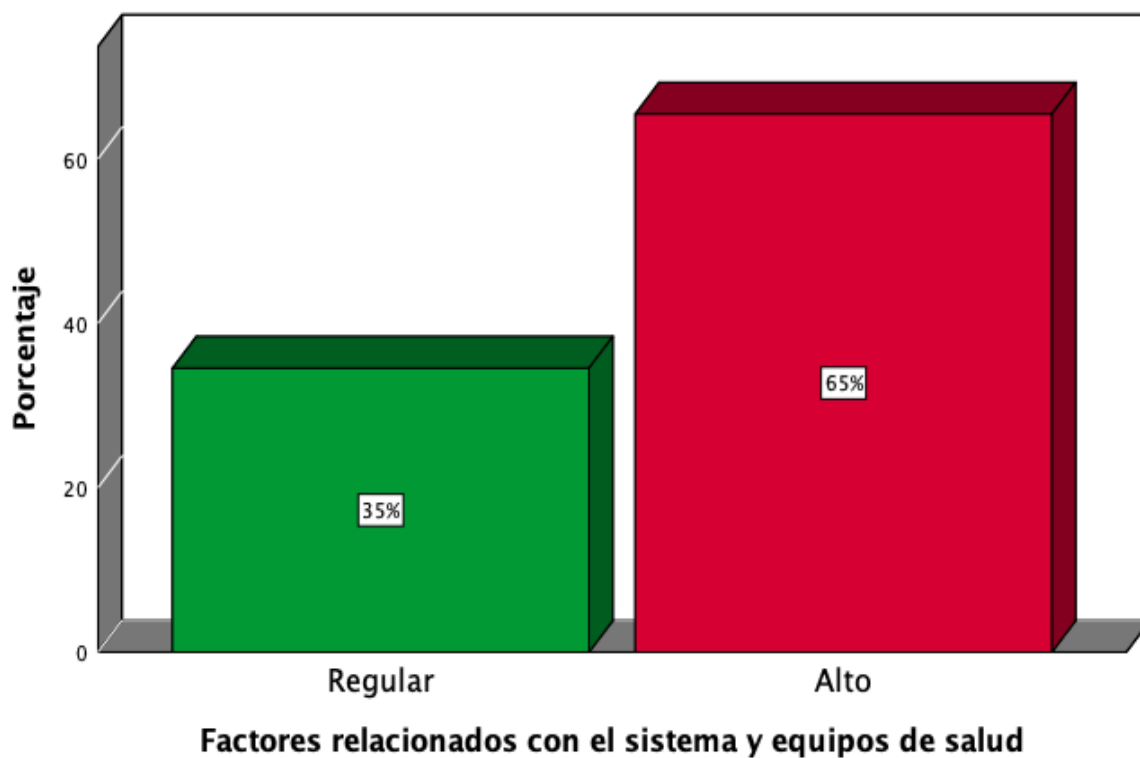


Figura 19. *Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el sistema y equipos de salud*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Factores relacionados con el sistema y equipos de salud, se determinó en el 65% un nivel alto de adherencia, seguido por el 35% con un nivel regular de adherencia.

Tabla 24.

Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con la terapia

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	30 %
Regular	20	37 %
Alto	18	33 %
Total	55	100%

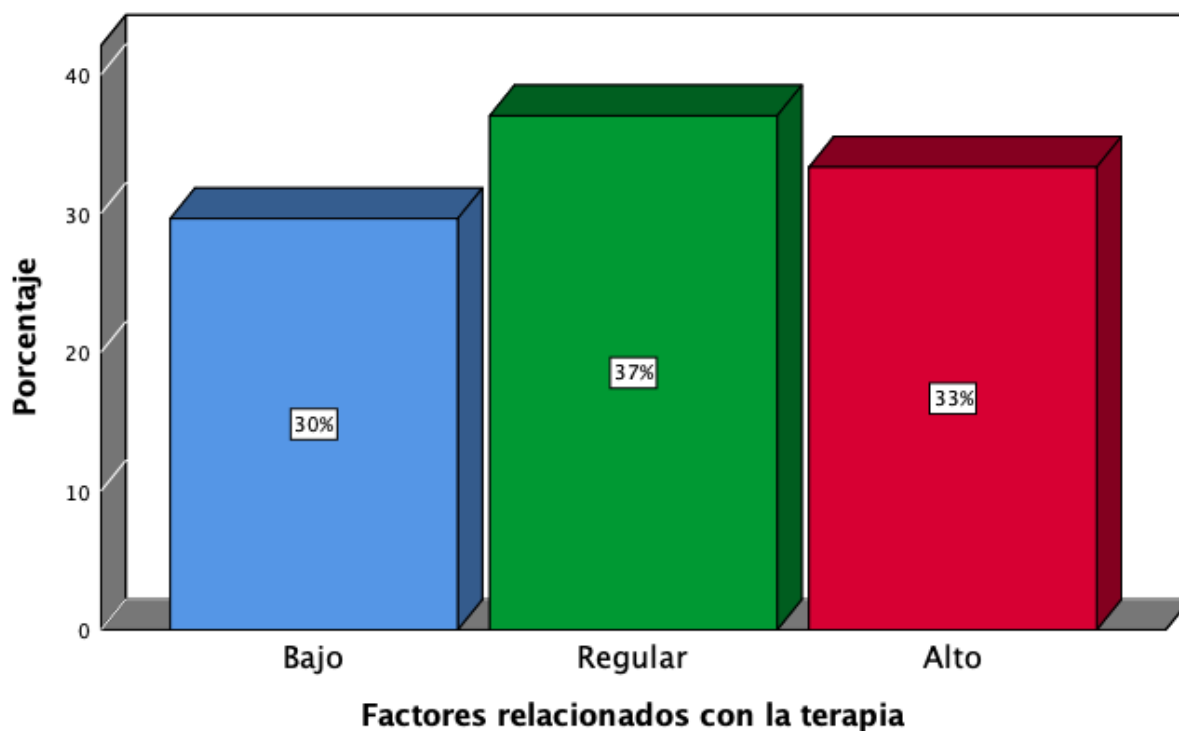


Figura 20. *Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con la terapia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Factores relacionados con la terapia, un 37% muestra un nivel regular de adherencia, seguido por el 33% que obtuvo un nivel alto de adherencia y el 30% muestra un nivel bajo de adherencia en esta dimensión.

Tabla 25.

Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el paciente

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	16 %
Regular	19	35 %
Alto	27	49 %
Total	55	100%

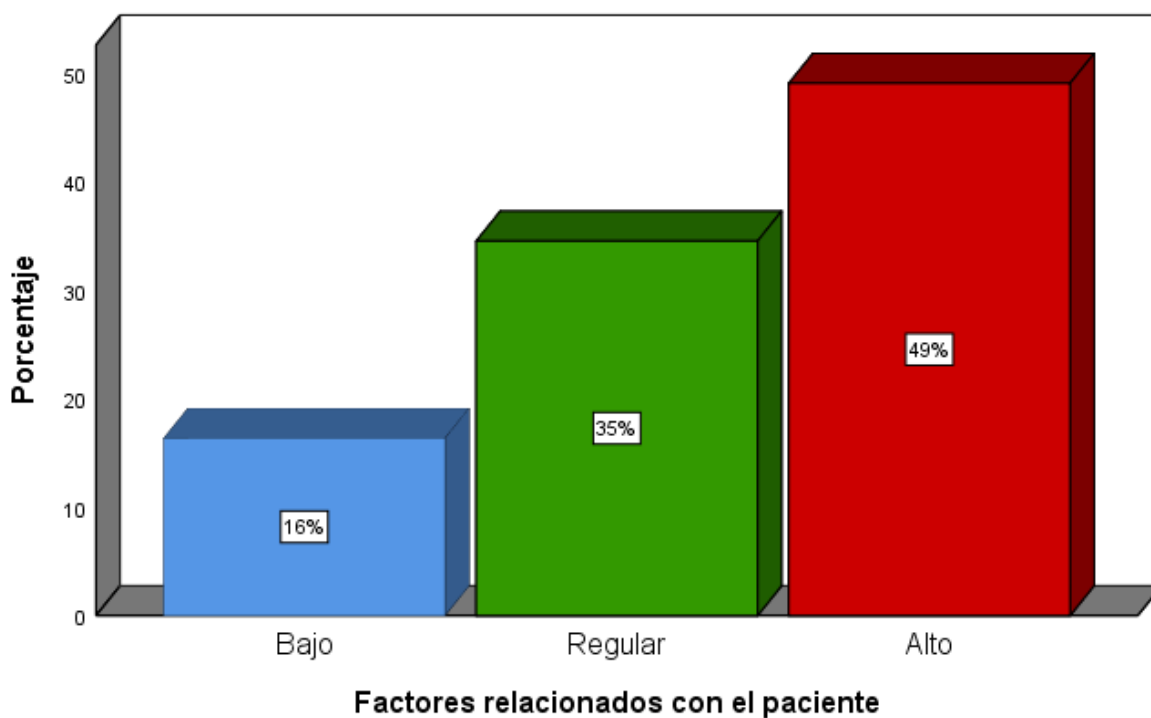


Figura 21. *Nivel de Adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas, según la dimensión Factores relacionados con el paciente*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión Factores relacionados con el paciente, se determinó que los pacientes muestran en 49% un nivel alto de adherencia, seguido por el 35% con un nivel regular y el 16% presenta un nivel bajo de adherencia.

4.3. Contrastación de hipótesis

4.3.1. Hipótesis general

Hga: Existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Hgo: No existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Tabla 26.

Prueba de correlación de Spearman entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento

		Apoyo familiar	Adherencia al tratamiento
Rho de Spearman	Apoyo familiar	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,573**
		N	. 55
Adherencia al tratamiento		Coefficiente de correlación	,573**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	. 55

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

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,573$ entre las variables apoyo familiar y adherencia al tratamiento, demostrando que la relación es directa y de nivel moderada. El nivel de $p = 0,00 < 0,05$ determina que existe una relación significativa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Estableciéndose que a mayor apoyo familiar, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

4.3.2. Hipótesis específicas

H1a: Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

H1o: No existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Tabla 27.

Prueba de correlación de Spearman entre apoyo emocional y adherencia al tratamiento

			Apoyo emocional	Adherencia al tratamiento
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	1,000	,452**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	55	55
	Adherencia al tratamiento	Coeficiente de correlación	,452**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	55	55

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

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,452$ entre la dimensión apoyo emocional y la variable adherencia al tratamiento, demostrando que la relación es directa y de nivel media. El nivel de $p = 0,00 < 0,05$ determina que existe una relación significativa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Estableciéndose que a mayor apoyo emocional, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

H2a: Existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

H2o: No existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Tabla 28.

Prueba de correlación de Spearman entre apoyo instrumental y adherencia al tratamiento

			Apoyo instrumental	Adherencia al tratamiento
Rho de Spearman	Apoyo instrumental	Coefficiente de correlación	1,000	,597**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	55	55
	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	,597**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	55	55

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

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,597$ entre la dimensión apoyo instrumental y la variable adherencia al tratamiento, demostrando que la relación es directa y de nivel moderada. El nivel de $p = 0,00 < 0,05$ determina que existe una relación significativa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Estableciéndose que, a mayor apoyo instrumental, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

H3a: Existe relación significativa entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

H3o: No existe relación significativa entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Tabla 29.

Prueba de correlación de Spearman entre apoyo informativo y adherencia al tratamiento

			Apoyo informativo	Adherencia al tratamiento
Rho de Spearman	Apoyo informativo	Coefficiente de correlación	1,000	,605**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	55	55
	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	,605**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	55	55

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

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,605$ entre la dimensión apoyo informativo y la variable adherencia al tratamiento, demostrando que la relación es directa y de nivel moderada. El nivel de $p = 0.00 < 0.05$ determina que existe una relación significativa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Estableciéndose que, a mayor apoyo informativo, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

H4a: Existe relación significativa entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

H4o: No existe relación significativa entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

Tabla 30.

Prueba de correlación de Spearman entre apoyo valorativo y adherencia al tratamiento

		Apoyo valorativo	Adherencia al tratamiento
Rho de Spearman	Apoyo valorativo	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,466**
	Adherencia al tratamiento	N	55
		Coefficiente de correlación	,466**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	55

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

Interpretación: El análisis estadístico determino una relación $\rho = 0,466$ entre la dimensión apoyo valorativo y la variable adherencia al tratamiento, demostrando que la relación es directa y de nivel media. El nivel de $p = 0,00 < 0,05$ determina que existe una relación significativa, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Estableciéndose que, a mayor apoyo valorativo, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

4.4. Discusión de los resultados

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede establecer ciertas generalizaciones en contraste con el hallazgo de otros autores sobre la misma temática de investigación. En el presente estudio se determinó una relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital “Luis Negreiros Vega” durante el periodo enero 2020, debido al valor de $p = 0.000$ y con una $\rho = 0,573$ que establece una relación directa y de nivel moderada. Este resultado tiene similitud con el estudio de Torres (2017), quien determinó en su estudio que el apoyo familiar objetivo (AFO) tiene correlaciones significativas con el apoyo familiar percibido (AFP) y con la adherencia global al tratamiento; concluyendo que el apoyo familiar tiene relación con la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Dicha similitud en los estudios demuestra que las personas que padecen una enfermedad al tener el apoyo y soporte familiar tienen una mayor predisposición al cumplimiento del tratamiento médico, adoptando conductas positivas para su autocuidado; de esta forma logran su mejoría y estabilidad en la salud.

También se comprobó en este estudio que existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital “Luis Negreiros Vega”, durante el periodo de enero 2020, con una significancia de $p = 0.00$ y con una $\rho = 0,452$ que establece la relación es directa y de nivel media. Este resultado tiene cierta relación con el estudio de Gudiño y Tituaña (2016), quienes determinaron que las características familiares influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus, resaltando que la familia, es un factor clave para el éxito de la adherencia al tratamiento siendo el agente motivador para que el paciente diabético mantenga un papel

dinámico y participativo durante su tratamiento. De ambos estudios se puede generalizar que el apoyo de la familia, expresado en sus actitudes, entusiasmo, motivación y cariño, constituyen el apoyo emocional que los pacientes necesitan para motivarse también a cumplir su tratamiento y mejorar su estado de salud al sentirse importante para sus seres queridos.

De otro lado, en este estudio se determinó que los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital “Luis Negreiros Vega”, durante el periodo de enero 2020 presentan en la dimensión apoyo instrumental en mayor proporción un 53% a nivel moderado. Esto guarda bastante relación con el estudio de Torres (2017), concluyó que existe relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC del C.S. “San Cosme” en la Victoria y que en estos pacientes el apoyo instrumental a los pacientes con TBC es de nivel regular con 61,7%, debido a que los familiares a pesar de acompañarlos en el tratamiento no se informan o no asisten con lo que requiere el paciente durante la enfermedad. Esta coincidencia permite generalizar que la familia tiene sus limitaciones y no ayuda en un 100% al paciente que tiene en casa en suplir sus necesidades materiales, así como no se involucran en conocer lo que necesitan su familiar para la mejora de su tratamiento.

En torno a los resultados obtenidos por los participantes de este estudio se determinó que la adherencia en función de los factores socioeconómicos, en los pacientes adultos mayores con úlceras venosas alcanza un nivel regular en 53%, mientras que el 31% presentó un nivel alto y el 16% tiene un nivel bajo de adherencia. En tal sentido, dicho resultado guarda relación con el estudio de Suárez (2015), quien concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del C.S. “Max Arias Schreiber” y el nivel de participación de

la familia. Además, determinó que el nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con TBC es “medianamente favorable”, dado que el paciente recibe escaso soporte económico por parte de la familia para solventar sus gastos de la enfermedad, alimentación, la falta de acompañamiento para acudir al centro de salud. Los resultados se asemejan en la medida que el paciente tiende a demostrar la adherencia en función del nivel de ayuda socioeconómica que reciben por parte de sus familiares, presentando una adherencia regular al tratamiento cuando el apoyo socioeconómico se da también en regular proporción.

Por lo revisado, se puede generalizar que el apoyo familiar es un pilar muy importante para que el paciente se adhiera al tratamiento que lleva y, por ende, lograr una mejoría en su salud física y también mental, ya que al sentirse acompañado y protegido por su entorno más cercano se siente importante en el núcleo familiar, teniendo una gran motivación para estar bien para seguirlos acompañando.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la comprobación de las hipótesis planteadas y al análisis descriptivo inferencial, se establece las siguientes conclusiones:

1. Existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, de acuerdo al grado de significancia de $p=0.000$ y con un índice de $\rho=0,573$ que determina una relación directa y de nivel moderada. Estableciéndose que, a mayor apoyo familiar, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.
2. Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, según la significancia de $p=0.00$ y con un índice de $\rho=0,452$ que determina una relación directa y de nivel moderada. Estableciéndose que, a mayor apoyo emocional, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.
3. Existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, según la significancia de $p=0.00$ y con un índice de $\rho=0,597$

que determina una relación directa y de nivel moderada. Estableciéndose que, a mayor apoyo instrumental, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

4. Existe relación significativa entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, según la significancia de $p=0.00$ y con un índice de $\rho=0,605$ que determina una relación directa y de nivel moderada. Estableciéndose que, a mayor apoyo informativo, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.
5. Existe relación significativa entre entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020, según la significancia de $p=0.00$ y con un índice de $\rho=0,466$ que determina una relación directa y de nivel media. Estableciéndose que, a mayor apoyo valorativo, mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

5.2. Recomendaciones

En base a las conclusiones establecidas se propone las siguientes recomendaciones con el propósito de contribuir al bienestar de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas.

1. La Oficina de Bienestar Social del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” debe realizar una encuesta para identificar a los pacientes adultos mayores con úlceras venosas que tienen poco apoyo familiar e invitar a una charla de sensibilización a los

familiares más apegados del núcleo familiar para que se concienticen del cuidado y acompañamiento del adulto mayor.

2. El Departamento de Psicología del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega”, debe desarrollar talleres de reforzamiento emocional con los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” para reforzar su bienestar psicológico y promover el cumplimiento del tratamiento médico.
3. La Dirección del Hospital II L.N.C. “Luis Negreiros Vega” debe difundir por medio de publicidad masiva (página web, paneles de la institución, blog institucional, etc.) el buen trato y apoyo que deben recibir los pacientes adultos mayores por parte de la familia, para asistirlos materialmente y espiritualmente.
4. El consultorio de cirugía cardiovascular debe brindar información mediante cartillas, dípticos y trípticos sobre la enfermedad de las varices para que el paciente este enterado de aspectos importantes de su enfermedad y lo comparta con su familia para que le brinde los cuidados y atenciones especiales.
5. El consultorio de cirugía cardiovascular debe organizar periódicamente actividades sociales donde se reconozca a los pacientes que han tenido éxito en su tratamiento para que los demás pacientes se motiven al cumplimiento del mismo y obtengan similares resultados.

REFERENCIAS

- Alcaíno, D. Bastías, C y Benavides, C. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes Mellitus de tipo 2 en adultos mayores: Influencia de los factores familiares. *Gerokomos*, 25 (1), 9-12.
- Ander – Egg, Ezequiel (1996). Introducción al Trabajo Social. Editorial Lumen /Humanitas. 2da edición. Argentina
- Arévalo, M., López, M., López, D. y Martínez, F. (2016). Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica Hospital José Carrasco Arteaga*, 8(1), 8-13.
- Arrossi, S., Herrero, M., Greco, A. y Ramos, S. (2010). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis*. Buenos aires, Argentina: CONICET.
- Baptista, M. y Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depresión y soporte familiar en adolescentes: Un estudio de correlación. *Revista Brasileira de Crecimiento y Desarrollo Humano*, 14 (3), p. 58-67.
- Bello, N. y Montoya, P. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28 (2), 73-77. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073
- Becker, M. y Maiman, L. (1974). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (4), 348-366.
- Bowen, M. (1989). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

- Breilh, J. (1995). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Ecuador: Editorial CEAS.
- Cadena, F. (2011). Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de tuberculosis pulmonar. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24913/1/Tesis%20Francisco%20Cadena%20Santos.pdf>
- Chivato, L. (29 de junio del 2018). La no adherencia en insuficiencia venosa crónica: falta de información y de médicos especializados. *Adherencia & Cronicidad & Pacientes*. Recuperado de <https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/adherencia/la-no-adherencia-en-insuficiencia-venosa-falta-de-informacion-y-de-medicos-especializados/>
- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes Psicóticos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barcelona, 29(4), p. 232-238.
- Consuegra, N. (2010). Diccionario de Psicología (2da Ed.). Bogota : Ecoe Ediciones
- Cosacov, E. (2007). Diccionario de términos técnicos de la Psicología (3ra Edic). Córdoba: Editorial Brujas.
- De Paula Faleiros Vicente (1982). Metodología e ideología de Trabajado Social. Editorial Lumen Distribuidora. Brasil
- Del Corral, J. (2016, 15 de mayo). 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-participaaparicion-enfermedad-mental-201605131254_noticia.html

- Dulong, M. (2017). Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II Essalud Tarapoto 2016 (tesis de posgrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2185/1/RE_MED.HUMA_MIGUEL.DULONG_APOYO.SOCIAL.Y.ADHERENCIA.TERAPEUTICA.EN.HIPERTENSOS_DATOS.pdf
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Moscú, Rusia: Editorial Progreso.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Factors influencing intentions and the intention behavior*. New Jersey, EE.UU.: Prentice Hall.
- Fuente, G. y Flores, F. (2016). La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. *Papeles de Población*, 22 (87), 12-23.
- Gil, C. y Ramos, S. (2016). *Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal de un hospital de EsSalud Lima* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Gómez, (2008). Úlceras vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. *Farmacia profesional*, 22(6), 33-38.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2 (5), 102-107.
- Goya, G. (2017). Calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en el paciente en hemodiálisis ambulatoria, Pasaje 2016 (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja, Ecuador). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/18312/1/GINGER%20AMARA%20GOYA%20RODRIGUEZ.pdf>

- Gudiño, C. y Tituaña, A. (2016). *Características familiares en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Atuntaqui, en el período de septiembre a noviembre del 2016* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haynes, B. (1979). Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press, p. 1-7.
- Hidalgo, 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, Perú).
- Ibarra, O. y Navarro, A. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Ituarte Tellaeché (1995). *Aspectos psicosociales en Atención Primaria de Salud. Intervención del Trabajador Social: Trabajo Social y Salud*. Editores Madrid. España.
- Janssens, J., Bruyn, E., Manders, W. y Scholte, R. (2005). El enfoque multi-método en la evaluación familiar: relaciones mutuas entre padres e hijos evaluadas mediante cuestionarios y observaciones. *Europeo Revista de evaluación psicológica*, 21 (4), 232-239.
- Jiménez, M. (2003). *Motivación y salud*. In Fernández, Jiménez & Martín (Eds.). *Emoción y motivación*. Madrid, España: Centro de estudios Ramón Areces SA.
- López, J., Herrero, I. y Tomas, M. (s.f). *Apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis*. Recuperado de http://www.revistaseden.org/files/2118_3.pdf

- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007
- 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, México). Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14516/411532.pdf?sequence=1>
- Medina, J. (1997). *El Reloj de la Edad*. Barcelona: Drakantos.
- Monge, J. (2015). La importancia del apoyo familiar en situaciones de enfermedad. Recuperado de <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-ensituaciones-de-enfermedad/>
- Morales, F. (2000). *Temas prácticos de Geriátría y Gerontología*. Tomos I y II. San José: EUNED.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, España: Editorial Hierder.
- Olson, D., Russell, C. y Sprenkle, D. (1989). Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families. *Journal of Psychotherapy & the family*, 4(1), 11-28.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Sensovida (2015, 30 de octubre). 20 desconcertantes realidades sobre el aislamiento de nuestros mayores. Recuperado de <https://www.sensovida.com/2015/10/30/20-desconcertantes-realidades-sobre-el-aislamiento-de-nuestros-mayores/>

Ortego, M. (2004). La adherencia al tratamiento: Variables implicadas. *Educare*, 21(8), p. 1-32. Recuperado de https://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/08/8022.pdf

Ortiz, C. (2008). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en enfermería*, 28 (2), 73-87. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22433>

Palma, A. (2005). La protección real hacia el adulto mayor que brindan la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, Juzgado Contravencional y menor Cuantía, Centro Diurno y hogar de ancianos; respecto a la ampliación de la ley integral para la persona adulta mayor (7935), Palmares. Costa Rica: UMCA.

Pasquín, N. (2017, 4 de agosto). Depresión en el adulto mayor: Factores influyentes y alteraciones asociadas. Recuperado <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>

Pastorino, M. (2016, 21 de junio). ¿Valoramos a nuestros ancianos? Envejecer en la cultura del descarte. Recuperado de <https://es.aleteia.org/2016/06/21/valoramos-a-nuestros-ancianos-envejecer-en-la-cultura-del-descarte/>

- Paucar, E. (2017). *Prevalencia y factores asociados a la no adherencia terapéutica en el adulto mayor de la parroquia mariano moreno, Gualaceo- Azuay 2015* (tesis de posgrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27255/1/Tesis.pdf>
- Pérez, R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Reyes, C., Rodríguez, C. y Sánchez, G. (2015). *Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de
- Rodríguez, M., Pérez, E., García, E., Rodríguez, A., Martínez, F. y Faus, M. (2014). Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 110-120.
- Rojas, F., López, C. y Silva, L. (1994). *Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables*. La Habana, Cuba: ISCM-H.
- Salas, P. y Chamizo, H. (2018). Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. Recuperado http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140912592002000100006&script=sci_arttext&tlng=e
- Suárez, C. (2015). Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud, 2014 (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú). Recuperado de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4220>

- Tapia, J. (2005). *Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el hospital de Chaiten* (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/sdx/uach/fiche.xsp?base=documents&id=uach.2006.fmt172a>
- Torres, S. (2017). *Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” junio – 2016* (tesis de pregrado). Universidad San Juan Bautista, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1393>
- Torres, B. (2017). Efectos del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes tipo 2 (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/14303/1/1080243271.pdf>
- Villalobos, M. (2018). *Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la Ciudad de Lima, periodo 2018* (tesis de pregrado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Tipo y diseño de investigación
- ¿Qué relación existe entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.	- Establecer la relación entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.	- Existe relación significativa entre el apoyo familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.	La investigación corresponde al tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental-trasversal y enfoque cuantitativo.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas	Población y muestra
- ¿Qué relación existe entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?	- Determinar la relación entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.	- Existe relación significativa entre el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?	La población de estudio lo conforman pacientes adultos mayores con úlceras venosas que se atendieron en enero 2020 y llevando tratamiento mayor a 6 meses en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega.
- ¿Qué relación existe entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?	- Determinar la relación entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.	- Existe relación significativa entre el apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?	La muestra es no intencionada, probabilística y alcanza a un número de 55 pacientes adultos mayores con úlceras venosas.

N = 1 0 2

N = 55

- ¿Qué relación existe entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- ¿Qué relación existe entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- Identificar la relación entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Determinar la relación entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020.

- Existe relación significativa entre el apoyo informativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

- Existe relación significativa entre el apoyo valorativo y la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020?

El muestreo utilizado para deducir la población a muestra, fue la técnica del muestreo aleatorio simple (MAS), en la cual todos los participantes tienen la misma probabilidad de participar en el estudio.

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución : Universidad Inca Garcilaso de la Vega– UIGV

Investigadora : María Claudia Marisol Liza Ríos

Título : Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C Luis Negreiros Vega – EsSalud, periodo enero 2020.

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópico de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” – EsSalud, periodo enero 2020. Este es un estudio desarrollado solo con fines académicos y en virtud de diagnosticar la realidad por la que atraviesan los pacientes con enfermedad crónica de este tipo.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio responderá marcando las preguntas de ambos cuestionarios, uno que mide el Apoyo familiar y otro cuestionario que mide la adherencia al tratamiento. Además, deberá completar una Ficha sociodemográfica, que contiene información general.

Confidencialidad y uso de la información obtenida:

Los cuestionarios son anónimos, por tanto, guardan absoluta reserva de la información proporcionada por usted. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

CONSENTIMIENTO

Yo _____, con DNI _____, de _____ años, acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo el propósito y procedimiento de este estudio. Doy mi consentimiento para someterme a las preguntas de los cuestionarios.

Firma: _____



Fecha: _____

ANEXO 3.
FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Instrucciones: Estimado paciente se le pide su colaboración para responder las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible, dado que la presente encuesta es realizada solo con fines académicos. Recuerde que sus datos son anónimos y deberá marcar solo una de las opciones de cada enunciado y en otros casos escribir los datos que se le solicita.

1. Edad: años

2. Sexo: Femenino Masculino

3. Estado civil
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Separado (a)
 - d) Conviviente
 - e) Viudo (a)

4. Nivel de instrucción
 - a) Sin estudios
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior

5. Tiempo de tratamiento : Menos de 1 año De 1 a 2 años
De 2 a 4 años De 4 a 6 años De 6 a 8 años

6. Persona que más lo cuida o acompaña a su tratamiento
 - a) Pareja
 - b) Hijos
 - c) Otros familiares
 - d) Amigo(a)
 - e) Persona que paga
 - f) Nadie

7. Tiempo que presenta úlceras venosas: Menos de 1 año De 1 a 2 años
De 2 a 4 años De 4 a 6 años De 6 a 8 años Mas de 8 años

8. Persona con la que vive

- a) Pareja
- b) Hijos
- c) Nietos
- d) Amigo(a)
- e) Otros familiares
- f) Nadie

ANEXO 4.
CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR

Instrucciones: En el siguiente cuestionario se muestra una lista de cosas que su familia hace por usted o le proporciona. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación y marque con “X” en uno de los recuadros de cada pregunta. La información obtenida será confidencial y utilizada únicamente para fines estadísticos.

	APOYO EMOCIONAL	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Hablo con mi familia de mis problemas personales.				
2	Mi familia me hace pasar momentos agradables.				
3	Cuando tengo enojo, tristeza y miedo a causa de mi enfermedad mi familia me comprende.				
4	Recibo afecto de mi familia: besos y abrazos.				
	APOYO INSTRUMENTAL	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
5	Con que frecuencia mi familia me acompaña a mis terapias.				
6	Recibo ayuda de mi familia para realizar trámites sobre mi salud.				
7	Recibo ayuda económica de mi familia para: movilidad, comida, vestimenta o medicina.				
8	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.				
	APOYO INFORMATIVO	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9	Recibo consejos útiles para la toma de decisiones relativas a mi salud.				
10	Mi familia se informa acerca del tratamiento y evolución de mi enfermedad.				
11	Mi familia me facilita información sobre mi estado de salud de internet o noticias.				
12	Mi familia me anima a acudir a charlas que brindan grupos de salud.				
	APOYO VALORATIVO	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
13	Recibo elogio y reconocimiento cuando hago bien mi autocuidado.				
14	Mi familia me toma en cuenta en la toma de decisiones.				
15	Siento que mi familia que valora y me respeta.				
16	Mi familia me motiva a seguir con mi tratamiento.				

ANEXO 5.
ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Instrucciones: Estimado paciente en la siguiente escala se muestra una serie de situaciones que usted puede estar atravesando. Elija para cada caso, la respuesta que mejor relacione a su realidad y marque con “X” en uno de los recuadros de cada pregunta. Le agradecemos anticipadamente su contribución.

	FACTORES SOCIOECONOMICOS	Nunca	A veces	Siempre
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2	Puede comprarse las vendas para su tratamiento.			
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
4	Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados			
5	Puede leer la información sobre el manejo de su enfermedad			
6	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir con su tratamiento.			
	FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	Nunca	A veces	Siempre
7	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
8	Se da cuenta que su médico controla, si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
9	Recibe información sobre los beneficios del uso de las vendas.			
10	Recibe orientación sobre la forma y cantidad de días para el uso de las vendas de acuerdo a sus actividades diarias.			
11	En el caso que usted fallara en las consultas con su médico o linceciada (o), ellos entenderían sus motivos.			
12	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entiende.			
13	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con las curaciones que se le está dando.			
14	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
	FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA	Nunca	A veces	Siempre
15	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
16	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
17	Tiene dudas acerca de la manera de cómo debe colocarse las vendas después de su baño.			
18	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
19	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			

20	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
	FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	Nunca	A veces	Siempre
21	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue llevándolo.			
22	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
23	Cree que es importante seguir su tratamiento asistiendo a sus curaciones para mejorar su salud.			
24	Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

ANEXO 6.
CARTA DE ACEPTACIÓN



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Callao, 07 de febrero del 2020

Sra.
María Claudia Marisol Liza Ríos
Bachiller de Trabajo Social

Asunto: SOLICITO AUTORIZACION PARA REALIZAR MUESTRA DE INVESTIGACION (ENCUESTA) A LOS PACIENTES CON ULCERAS VENOSAS ATENDIDOS EN EL PERIODO ENERO 2020 EN EL TOPICO DE CURACIONES DEL HOSPITAL II L.N.C – "L.N.V".

Referencia: Carta NIT 7160 - 2020 - 18

Es grato dirigirme a usted haciéndole llegar mi saludo cordial y con relación al documento de la referencia informarle que el servicio a mi cargo acepta la realización de muestras de investigación dentro de la misma institución Hospital II L.N.C "Luis Negreiros Vega" – Essalud. Para así pueda optar el título profesional de LICENCIADA DE TRABAJO SOCIAL bajo la modalidad de tesis en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega (UIGV) - Facultad de Psicología y Trabajo Social.

Sin otro particular, me despido de ud, expresándole mi consideración.

Atentamente.





Wilfredo Zevallos Vílchez
Jefe de Planeamiento y Calidad
Hospital II L.N.C – "L.N.V"

ANEXO 7. RESULTADOS SISTEMATIZADOS EN EL SPSS

*datos 14-08.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 18 de 18 variables

	Edad	Sexo	Estado civil	Nivel educativo	Tiempo de tratamiento	Persona acompañada	Tiempo de ulceras	Persona que vive	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Apoyo informativo	Apoyo valorativo	Apoyo familiar	Factor socioeconómico	Factor sistémico	Factor terapéutico	Factor paciente	Adherencia al tratamiento	var	var
1	83-88	M	Casado (a)	Secun...	5	Nadie	1-2	Nadie	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Regular	Regular	Regular	Bajo		
2	65-70	M	Viudo (a)	Primaria	2-4	Nadie	1-2	Hijos	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Regular	Regular	Regular	Regular	Alto		
3	65-70	F	Casado (a)	Secun...	1-2	Pareja	4-6	Pareja	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Alto	Regular	Regular	Regular	Alto	Regular		
4	83-88	F	Viudo (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	1-2	Hijos	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Regular	Regular	Alto	Regular	Alto		
5	71-76	F	Casado (a)	Primaria	4-6	Nadie	1-2	Pareja	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Alto	Alto	Regular	Alto	Alto	Alto		
6	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Pareja	4-6	Pareja	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Alto	Alto	Regular	Bajo	Regular	Alto		
7	77-82	F	Viudo (a)	Primaria	6-8	Pareja	4-6	Nietos	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Bajo	Regular	Regular	Bajo	Alto	Regular		
8	71-76	F	Casado (a)	Superior	2-4	Pareja	6-8	Pareja	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo	Regular	Regular	Bajo	Bajo		
9	71-76	F	Casado (a)	Primaria	1-2	Otros fa...	6-8	Hijos	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Regular	Regular	Alto	Bajo	Regular		
10	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	1-2	Nadie	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Regular	Alto	Alto	Alto		
11	71-76	M	Casado (a)	Superior	4-6	Otros fa...	4-6	Nadie	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Regular	Regular	Regular	Alto	Regular		
12	77-82	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	4-6	Nietos	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Regular	Bajo	Alto	Alto		
13	77-82	M	Soltero (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	6-8	Nadie	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Regular	Bajo	Alto	Regular		
14	83-88	M	Casado (a)	Secun...	5	Nadie	1-2	Nadie	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Regular	Regular	Bajo	Bajo		
15	65-70	M	Viudo (a)	Primaria	2-4	Nadie	1-2	Hijos	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Regular	Regular	Regular	Alto	Regular		
16	65-70	F	Casado (a)	Secun...	1-2	Pareja	4-6	Pareja	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Regular	Regular	Alto	Regular	Regular		
17	83-88	F	Viudo (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	1-2	Hijos	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Regular	Regular	Alto	Alto	Alto		
18	71-76	F	Casado (a)	Primaria	4-6	Nadie	1-2	Pareja	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Regular	Alto	Alto	Alto		
19	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	4-6	Pareja	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Regular	Bajo	Alto	Alto		
20	77-82	F	Viudo (a)	Primaria	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Regular	Alto	Alto		
21	71-76	F	Casado (a)	Superior	2-4	Pareja	6-8	Pareja	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Regular	Alto	Alto	Alto	Regular		
22	71-76	F	Casado (a)	Primaria	1-2	Otros fa...	6-8	Hijos	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Alto	Regular	Regular		

Vista de datos Vista de variables

*datos 14-08.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

3 : Visible: 18 de 18 variables

	Edad	Sexo	Estado_civil	Nive_insrucchi	Tiempo_tratamiento	Persona_acompaña	Tiempo_ulceras	Persona_vive	Apoyo_emo	Apoyo_instrumental	Apoyo_informativo	Apoyo_valorativo	Apoyo_familiar	Factoresocioeco	Factoresistema	Factoresterapia	Factorespaciente	Adhencia_tratami	var	var
22	71-76	F	Casado (a)	Primaria	1-2	Otros fa...	6-8	Hijos	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Alto	Regular	Regular		
23	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	1-2	Nadie	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto	Regular	Alto	Regular	Regular	Regular		
24	71-76	M	Casado (a)	Superior	4-6	Otros fa...	4-6	Nadie	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto		
25	77-82	M	Casado (a)	Secun...	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Regular	Alto	Regular	Bajo	Regular		
26	77-82	M	Soltero (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	6-8	Nadie	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Regular	Alto	Regular	Bajo	Regular		
27	83-88	M	Casado (a)	Secun...	5	Nadie	1-2	Nadie	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto		
28	65-70	M	Viudo (a)	Primaria	2-4	Nadie	1-2	Hijos	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Bajo	Regular	Bajo		
29	65-70	F	Casado (a)	Secun...	1-2	Pareja	4-6	Pareja	Moderado	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Bajo	Regular	Bajo		
30	83-88	F	Viudo (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	1-2	Hijos	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Regular	Bajo		
31	71-76	F	Casado (a)	Primaria	4-6	Nadie	1-2	Pareja	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo	Alto	Regular	Regular	Bajo		
32	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	4-6	Pareja	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Bajo	Regular	Alto	Regular	Regular	Regular		
33	77-82	F	Viudo (a)	Primaria	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Bajo	Regular	Alto	Regular	Regular	Regular		
34	71-76	F	Casado (a)	Superior	6-8	Pareja	6-8	Pareja	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Alto	Regular	Regular		
35	71-76	F	Casado (a)	Primaria	1-2	Otros fa...	6-8	Hijos	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto		
36	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	1-2	Nadie	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Bajo	Regular	Regular		
37	71-76	M	Casado (a)	Superior	4-6	Otros fa...	4-6	Nadie	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Regular	Alto	Bajo	Regular	Regular		
38	77-82	M	Casado (a)	Secun...	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo	Alto	Regular	Bajo	Bajo		
39	77-82	M	Soltero (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	6-8	Nadie	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Alto	Bajo	Regular		
40	83-88	M	Casado (a)	Secun...	5	Nadie	1-2	Nadie	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto		
41	65-70	M	Viudo (a)	Primaria	2-4	Nadie	1-2	Hijos	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Regular	Alto	Regular		
42	65-70	F	Casado (a)	Secun...	1-2	Pareja	4-6	Pareja	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto		
43	83-88	F	Viudo (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	1-2	Hijos	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Bajo	Alto	Regular		

Vista de datos Vista de variables

*datos 14-08.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

3: Visible: 18 de 18 variables

	Edad	Sexo	Estado civil	Nivel educativo	Tiempo de tratamiento	Persona acompañante	Tiempo de ulcers	Persona viva	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Apoyo informativo	Apoyo valorativo	Apoyo familiar	Factores socioeconómicos	Factores sistémicos	Factores terapéuticos	Factores psicopatológicos	Adherencia al tratamiento	var	var
43	83-88	F	Viudo (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	1-2	Hijos	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Bajo	Alto	Regular		
44	71-76	F	Casado (a)	Primaria	4-6	Nadie	1-2	Pareja	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Alto	Regular	Bajo	Bajo		
45	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	4-6	Pareja	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Alto	Alto	Regular	Alto	Alto		
46	77-82	F	Viudo (a)	Primaria	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Regular	Alto		
47	71-76	F	Casado (a)	Superior	2-4	Pareja	6-8	Pareja	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto		
48	71-76	F	Casado (a)	Primaria	1-2	Otros fa...	6-8	Hijos	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto		
49	65-70	M	Casado (a)	Secun...	2-4	Nadie	1-2	Nadie	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto		
50	71-76	M	Casado (a)	Superior	6-8	Otros fa...	4-6	Nadie	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Regular	Alto	Regular		
51	77-82	M	Casado (a)	Secun...	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Alto	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Regular	Alto	Alto	Alto	Regular		
52	77-82	M	Soltero (a)	Secun...	4-6	Otros fa...	6-8	Nadie	Moderado	Moderado	Alto	Moderado	Moderado	Regular	Alto	Alto	Regular	Regular		
53	71-76	M	Casado (a)	Superior	4-6	Otros fa...	4-6	Nadie	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto	Regular	Alto	Regular	Regular	Regular		
54	77-82	M	Casado (a)	Secun...	6-8	Nadie	4-6	Nietos	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto		
55	71-76	M	Casado (a)	Superior	4-6	Otros fa...	4-6	Nadie	Moderado	Alto	Alto	Moderado	Alto	Regular	Alto	Bajo	Bajo	Alto		
56																				
57																				
58																				
59																				
60																				
61																				
62																				
63																				
64																				

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 8. RESULTADO DEL TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=1&u=1073472064&lang=es&o=1418044534&BDS=1

Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópic
2 de 2

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

1 Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en el tópic de curaciones del Hospital II L.N.C “Luis Negreiros Vega” EsSalud, periodo enero 2020

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social

Resumen de coincidencias

26 %

1	repositorio.upsjb.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	3 %
2	repositorio.uigv.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	2 %
3	es.scribd.com <small>Fuente de Internet</small>	2 %
4	repositorio.upch.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	2 %
5	dominiodelasciencias... <small>Fuente de Internet</small>	2 %
6	hdl.handle.net <small>Fuente de Internet</small>	1 %
7	repositorio.unfv.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	1 %
8	repositorio.unapiquitos... <small>Fuente de Internet</small>	1 %
9	repositorio.puce.edu.ec <small>Fuente de Internet</small>	1 %
10	Entregado a Universida... <small>Trabajo del estudiante</small>	1 %

Página: 1 de 119 Número de palabras: 22966
Text-only Report | High Resolution Activado