

**UNIVERSIDAD PARTICULAR ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA**



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL  
TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL  
REGIONAL JOSÉ CAYETANO  
HEREDIA. PIURA  
2017**

**Tesis para optar**

**TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN ONCOLOGÍA**

**AUTORAS:**

**Lic. Enf. ERIKA ROSARIO ALVA DÁVALOS**

**Lic. Enf. MARÍA MARCELA ESPINOZA FLORES**

**ASESORA: MG. LUISA MILAGROS CABRERA MIRANDA**

**TRUJILLO, PERÚ  
2018**

# DEDICATORIA

A Dios, por todo su amor y misericordia y  
las grandes bendiciones recibidas en nuestras  
vidas.

A nuestras madres y padres, por darnos la vida y  
enseñarnos el camino del trabajo y la  
responsabilidad.

Y a todos quienes en algún momento nos brindaron unas palabras de aliento para  
conseguir nuestro propósito.

**Erika y Marcela.**

# AGRADECIMIENTOS

**A ti Dios**, sabes lo importante que has sido, después de tantos obstáculos para poder alcanzar esta meta, esta alegría, y que, a través de esta, podremos siempre de tu mano alcanzar muchas otras.

**A nuestros hijos**, que son el motivo por el cual cada día decidimos seguir adelante.

**A nuestros esposos**, que nos apoyaron con su amor, tiempo y confianza y nos alentaron para alcanzar nuestro objetivo.

**A las Enfermeras del IREN NORTE**, muchas gracias por encaminarnos en la realización de este logro, con sus consejos y enseñanzas, que nos fueron de gran valor.

**A los pacientes**, quienes con su nobleza nos llenaban de inspiración para continuar con esta obra, sin ellos no hubiera sido posible, muchas gracias por brindarnos su tiempo y colaboración.

Y a todas aquellas personas que han participado indirectamente en la realización de este proyecto.

**Erika y Marcela.**

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I.    INTRODUCCIÓN.....	1
II.   MARCO TEÓRICO.....	10
III.  MATERIAL Y MÉTODOS .....	31
IV.  RESULTADOS.....	39
V.   DISCUSIÓN.....	46
VI.  CONCLUSIONES.....	51
VII. RECOMENDACIONES.....	52
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	60

# ÍNDICE DE TABLAS

## **TABLA 1:**

Grado de funcionalidad familiar en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.....39

## **TABLA 2:**

Cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017..... 41

## **TABLA 3:**

Relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.....43

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

## **GRÁFICO 1:**

Grado de funcionalidad familiar en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017. .... 40

## **GRÁFICO 2:**

Cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.....42

## **GRÁFICO 3:**

Relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.....45

# RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en los pacientes oncológicos del servicio de Oncología del Hospital Regional José Cayetano Heredia, 2017. El diseño fue correlacional. La muestra estuvo constituida por 67 pacientes del Servicio de Oncología. La recolección de datos se realizó utilizando 2 cuestionarios: el instrumento FF SIL con 14 preguntas cerradas y la Escala de Adherencia de Morisky, Green y Levine que consta de 4 preguntas. Los resultados permiten concluir: Respecto al objetivo general, existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de la quimioterapia pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017 de intensidad medida ( $\chi^2=0.674$ ,  $p= 0.000$ ,  $\alpha = 0.05$ ). Respecto al objetivo específico 2, se encontró que 40% (27 participantes) tuvieron familia funcional, 30% (20 participantes) tenían familia con disfunción familiar, y un 30% (20 participantes) familias con severa disfuncionalidad. El 49% de los pacientes (33 participantes) no cumplieron con el tratamiento de quimioterapia y 51 % (34 participantes) si cumplieron.

**Palabras Clave:** Funcionalidad Familiar. Quimioterapia. Cumplimiento del tratamiento.

# ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between family functionality and compliance with chemotherapy treatment in cancer patients of the Oncology service of the José Cayetano Heredia Regional Hospital, 2017. The design was correlational. The sample consisted of 67 patients from the Oncology Service. The data collection was carried out using 2 questionnaires: the FF SIL instrument with 14 closed questions and the Adhesion Scale of Morisky, Green and Levine consisting of 4 questions. The results conclude: Regarding the overall objective, there is a significant relationship between family functionality and compliance with the treatment of chemotherapy patients of the Oncology service. José Cayetano Heredia Regional Hospital, Piura 2017 of measured intensity ( $X^2=0.647$ ,  $p=0.000$ ,  $\alpha=0.05$ ). Regarding specific target 2, 40% (27 participants) were found to have a functional family, 30% (20 participants) had family with family dysfunction, and 30% (20 participants) families with severe dysfunction. 49% of patients (33 participants) did not comply with chemotherapy treatment and 51% (34 participants) did comply.

**Keywords:** Family Functionality. Chemotherapy. Compliance of the treatment.

# I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad de impacto a nivel mundial, nacional y regional observándose como una de las causas principales de muerte alrededor del mundo, así como por la discapacidad que produce. En el 2012, se registraron 14 millones de casos nuevos y 8,2 muertes relacionadas con el cáncer, el número de casos nuevos de cáncer aumentará a 22 millones en las siguientes dos décadas (1).

La quimioterapia es la terapia más conocida en torno al cáncer, el paciente que recibe quimioterapia experimenta cambios fisiológicos y emocionales, como miedo, temor, ansiedad, depresión. Estas manifestaciones disminuyen sus posibilidades de recuperación ya que tiene conexión directa con el sistema inmunológico. En estudios realizados se ha demostrado que los familiares contribuyen en gran medida a recuperar la salud emocional y por ende mejorar su respuesta inmunológica de ahí la importancia de su participación. La enfermedad crónica influye en todos los aspectos de la vida familiar, transforma costumbres, obliga a reajustes en las actividades de sus miembros y a una redistribución de sus funciones y responsabilidades (2,53).

La familia ha sido identificada como el soporte psicosocial del paciente oncológico, cuando se consigue definir las dificultades graves de una familia como un obstáculo contra el que todos deben luchar, la unión y el sentido de compartir el propósito se ven favorecidos. Por lo tanto, funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, es decir que los miembros deben cumplir con las tareas y deberes de cada uno, sobre todo que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja se mantenga unida sin luchas constantes (3,52).

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico. Un porcentaje significativo de pacientes no se adhieren a los tratamientos oncológicos y las consecuencias de no hacerlo pueden desencadenar un mayor riesgo de muerte o progresión de la enfermedad, por eso es fundamental abordar este tema y para esto hay tener en cuenta las diferentes variables de tipo biológico, psicológico y social que influyen en la conducta de adherencia o no adherencia a los tratamientos, entre ellas la experimentación de efectos secundarios, la motivación, la capacidad de toma de decisiones, el estado emocional, la autonomía y la filosofía de vida de cada paciente. Esta investigación contribuye a que el personal de salud tenga más elementos para abordar esta problemática y así sus intervenciones sean más efectivas pudiendo incrementar la adherencia en los pacientes (4).

A pesar de haberse realizado una revisión literaria en diversas universidades se han encontrado pocas investigaciones que han abordado la relación de funcionalidad familiar y cumplimiento terapéutico en los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia, con resultados y evidencias científicas que demuestran la relación entre las variables mencionadas, así se tiene a:

A nivel internacional tenemos: Rodríguez J. (9) en su tesis titulada “El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia” señala que la implementación de una investigación requiere de una adecuada planificación. Los objetivos generales de esta investigación han sido conocer las vivencias de las personas con cáncer respecto al proceso de la enfermedad, y analizar el papel del apego entre las personas con cáncer y sus familiares respecto al afrontamiento resiliente. Para ello se ha diseñado una investigación multimétodo. En el estudio cuantitativo han participado 110 personas en situación de intervalo libre de enfermedad, y se han evaluado sus estilos de apego y resiliencia mediante el cuestionario CaMir-R y la escala SV-RES. Los resultados señalan que el cáncer

impacta en el entorno familiar y social, si bien la familia es el contexto relacional donde se encuentra el soporte emocional necesario para hacer frente al proceso de la enfermedad, siendo la pareja la persona que hace principalmente las funciones de apoyo emocional. Y en este sentido, lo que caracteriza a la figura de apego actual es el amor incondicional y el apoyo constante a la persona afectada por el cáncer.

Amador A et al. (5) en su artículo de revista científica “Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe” tuvo como objetivo determinar la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama donde el 54,78% de las pacientes fueron no adherentes a quimioterápicos, la satisfacción fue de 3,94 (rango 0-6). La calidad de vida estuvo en un promedio de 3.2 (rango 1-5), con valores de 14,5% y 7,14% en el nivel 5 del rango. La mayoría de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida guardan una correlación directamente proporcional con el nivel total de satisfacción al tratamiento; arrojando un dato negativo (-0,3207) únicamente en la dimensión de satisfacción con la eficacia al tratamiento.

Castañeda A. (6) en su artículo de revista científica “Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica” realizado con el objetivo de determinar la relación existente entre la Calidad de Vida de personas con enfermedad crónica oncológica y los grados de riesgo para la Adherencia al Tratamiento Oncológico, encontró que la Calidad de vida mostró una media de 104.17 (DE 16.71) por lo cual se puede inferir que pertenece a una tendencia media de percepción de calidad de vida. El 51% se ubicó en bajo riesgo y 41.75 riesgo medio para no adherirse. Se encontró relación débil estadísticamente significativa entre las dos variables  $r=,232$   $p=0,003$ . Llegando a la conclusión: hay relación débil entre la sumatoria global de las variables y las dimensiones de cada variable. La dimensión en la que se observa más afectación es en la psicológica y menor en el bienestar físico.

Cruz U. et al. (7) en su artículo de revista científica “Adherencia al tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas del Huila” señalan como objetivo describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal encontrando que los pacientes tienen una adherencia favorable porque el equipo de salud demuestra actitud positiva (100%) al brindar el tratamiento, manifiesta interés para lograr la asistencia de los pacientes (94%) y el personal de medicina/enfermería da recomendaciones claras, oportunas, respondiendo inquietudes derivadas del tratamiento. El 86% de la población aun cuando se siente mal, asiste puntualmente a las sesiones del tratamiento y un porcentaje similar nunca pensó abandonarlo.

Díaz M, Rodríguez M, Trujillo N, y Palacios X y Amaya M. (8) en su artículo de revista científica “Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos” se plantearon como objetivo establecer la prevalencia de cumplimiento con la quimioterapia intravenosa en pacientes oncológicos adultos que iniciaron y terminaron quimioterapia entre enero de 2011 y enero de 2012 en el Servicio de Hemato-Oncología de un hospital general de Bogotá, Colombia. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de incumplimiento con la quimioterapia fue del 68% y la de cumplimiento fue de 32%. Como factor asociado a ésta se encontró el estadio de la enfermedad.

Olvera S. (10) en su tesis titulada “Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial” señaló que realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional en 152 pacientes con hipertensión arterial para evaluar si existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad de las familias de los pacientes, aplicó una escala de adherencia terapéutica en pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y la escala de efectividad de funcionamiento familiar, obteniendo como resultado que un 72,1 % de la población con hipertensión arterial que acude a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología tiene una alta adherencia terapéutica y un 71,4% está en una familia funcional. El estudio concluye que las familias son funcionales ya que mantienen el bienestar del

paciente con hipertensión logrando la congruencia, la estabilidad familiar y personal y responden de manera favorable a los tratamientos propuestos por el personal de salud determinando que enfermería como disciplina es la pieza que deberá articular los diferentes elementos multidisciplinarios que favorezcan la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Palacios X, Vargas L. (4) en su artículo de revista científica “Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura” señala como objetivo realizar una revisión de la literatura sobre la adherencia a la quimioterapia y a la radioterapia para el cáncer, por los altos costos biopsicosociales y culturales que acarrearán y que están relacionados con bajas tasas de adherencia dando como resultado un porcentaje significativo de pacientes que no se adhieren a los tratamientos oncológicos y a que las consecuencias de no hacerlo pueden desencadenar un mayor riesgo de muerte o progresión de la enfermedad, es fundamental abordar este tema y para esto tener en cuenta las diferentes variables de tipo biológico, psicológico y social que influyen en la conducta de adherencia o no adherencia a los tratamientos, entre ellas la experimentación de efectos secundarios, la motivación, la capacidad de toma de decisiones el estado emocional, la autonomía y la filosofía de vida de cada paciente.

Cabrera A, Ferraz R. (11) en su artículo de revista científica “Impacto del cáncer en la Dinámica Familiar” señalan como objetivo conocer el impacto que tiene esta enfermedad en la familia del paciente y su repercusión en la dinámica familiar estableció las siguientes conclusiones : En la percepción sobre la dinámica familiar antes de la existencia de la enfermedad un 70% es buena, dirigida al cumplimiento de las funciones familiares, cada integrante tiene una forma distinta de afrontar los sucesos vitales estresantes, sobre todo cuando existe un riesgo de vida de algún integrante de su familia. Las reacciones que se describen tanto en nuestro estudio como en los trabajos revisados a nivel internacional, el dolor, la ira, pena y angustia son los más expresados. Las mismas, pueden llegar a afectar la dinámica familiar.

A nivel nacional, tenemos a Llerena M. (12) en su tesis “Funcionamiento familiar y su relación en el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018” señala como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del hospital III Goyeneche Arequipa 2018. Siendo un estudio no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra fue de 110 pacientes y su muestro no probabilístico censal. Se utilizó el estadístico de Chi cuadrado de independencia. En el funcionamiento familiar se encontró que de las 110 familias solo 18 son funcionales. Existe relación entre el afrontamiento y la comunicación familiar ( $0.000 < 0.05$ ), permeabilidad familiar ( $0.000 < 0.05$ ), roles familiares ( $0.000 < 0.05$ ), afrontamiento y el funcionamiento familiar ( $0.000 < 0.05$ ). No existe relación entre el afrontamiento y la cohesión familiar ( $0.516 < 0.05$ ), afectividad familiar ( $0.149 < 0.05$ ), adaptabilidad familiar ( $0.54 < 0.05$ ). Se concluye que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y afrontamiento a la enfermedad con un nivel de confianza del 0.95 y un nivel de significancia de  $0.000 < 0.05$ , en el paciente oncológico.

Abanto E, Sachun L. (14) en su tesis “Funcionamiento Familiar, Apoyo Social y Resiliencia en el adulto oncológico, Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta”, señala como objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en al adulto oncológico; encontrándose que el funcionamiento familiar en el adulto oncológico es severamente disfuncional en el 23.8%, disfuncional 30%, moderadamente funcional el 25% y funcional el 21.2%. Respecto al apoyo social presenta máximo el 46.2%, el 36.3% medio, y el 17.5% mínimo. En cuanto a la resiliencia el 36.3% es alta, el 38.8% es media y el 25% es baja. En relación al nivel de funcionamiento familiar y nivel de resiliencia que se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 25.873 con un p-valor de significancia de 0.000 ( $p < 0.05$ ). Concluyendo que existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de resiliencia.

Raymundo O. (13) en su tesis "Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia" señala como objetivo identificar la relación entre el impacto y la adherencia del tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de un hospital de Trujillo. El diseño del estudio fue descriptivo Correlacional comparativo, y la muestra utilizada fue de 100 pacientes del área de oncología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en Trujillo. Los resultados obtenidos fueron: no existe relación significativa entre impacto y adherencia al tratamiento, pero existen diferencias significativas entre la adherencia y el tipo y tiempo del tratamiento, así como existen diferencias significativas entre el impacto del tratamiento y la edad de los pacientes y el tipo de tratamiento, se recomienda una intervención interdisciplinaria en el tratamiento de pacientes con cáncer.

Rojas Y. (15) en su tesis "Nivel de Autoestima y Autoimagen corporal relacionado con el Funcionamiento Familiar en mujeres sometidas a Cirugía Oncológica Radical" tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de autoestima y autoimagen corporal con el funcionamiento familiar en mujeres sometidas a cirugía oncológica radical; concluyendo que el 12.5% presentan un funcionamiento familiar bueno, el 68.8% regular y el 18.7% un funcionamiento familiar deficiente. Por otro lado, al interrelacionar las variables se encontró que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y autoimagen corporal con el nivel de funcionamiento familiar en mujeres sometidas a cirugía oncológica radical lo cual demuestra que la familia juega un rol importante en proceso de recuperación y adaptación no solo física sino también emocional en las pacientes sometidas a este tipo de tratamiento.

De acuerdo a la experiencia asistencial los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer; contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio, se consideran ingredientes fundamentales para una mejor recuperación y motivación logrando un tratamiento eficaz contra el cáncer. La intención de este trabajo es la de tratar de hacer una revisión que nos permita incrementar el cuerpo de conocimientos sobre la ausencia en el acompañamiento familiar de los pacientes que reciben quimioterapia, mejorar la permanencia en el cumplimiento del

tratamiento, ayudar a fortalecer el vínculo familiar, mejorar su calidad de vida disminuyendo así las complicaciones de la misma, evitando su progresión y avance de la enfermedad.

A nivel local no se han encontrado antecedentes que relacionen ambas variables en pacientes oncológicos.

Se pretende además con este estudio aportar un primer plano sobre la relación del funcionamiento familiar con el cumplimiento terapéutico en el paciente con enfermedad oncológica, con datos que representen a la realidad local, en el marco del contexto social y sanitario propio de la ciudad de Piura , ya que en los principales antecedentes de indagaciones sobre el tema no se cuenta con investigaciones locales publicadas sobre esta temática, además de mejorar y/o crear grupos multidisciplinarios de apoyo hacia las familias con pacientes enfermos de cáncer con el fin de identificar de manera oportuna las situaciones estresantes por las que podrían pasar, encontrando la fortaleza para continuar dando el apoyo integral al paciente sin que se desarrolle la desintegración familiar y por ende la discontinuidad de su tratamiento.

El presente trabajo permitirá: determinar la relación entre funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en los pacientes oncológicos. Por todo lo anteriormente expuesto, surgió la necesidad de plantear el siguiente problema de investigación:

### **1.1 Problema**

¿Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el grado de funcionalidad familiar en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.
- Identificar el cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.

## **1.3 Formulación de hipótesis**

### **HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

Hi: Existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017.

### **HIPÓTESIS NULA**

Ho: No Existe relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017

## II. MARCO TEÓRICO

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famŭluss, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del páter familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens (16).

Desde el punto de vista religiosa la familia se encuentra constituida por la trinidad (Padre, Hijo y Espíritu Santo), comprendiendo que una sola de ellas no podría dar a entender la imagen de Dios. De la misma forma la familia terrenal establecida por una fuerza divina se constituye en el momento que "el hombre dejará a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán una sola carne". (Génesis 2:24), entendiendo a la familia como una fuente de amor y protección que cubre las necesidades de sus integrantes en todos los ámbitos, a través de la protección de una entidad suprema (17).

Por otro lado, también se considera a la familia como una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e, igualmente, juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social de sus integrantes (18).

La familia puede conceptualizarse como sistema, lo cual implica, como en todo sistema, mucho más que la mera suma de sus partes; como entidades, conforman unidades con historia y dinámicas propias que actúan como el medio en el cual continuamente ocurren transacciones interpersonales; ésta a su vez se halla unida fundamentalmente por vínculos basados en el afecto mutuo (respeto, compromiso, reciprocidad, apoyo, etc.) y por una división de responsabilidades y tareas (19).

Zurro, Cano, & Badia, definió la familia como el “grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos” (20).

Para el Estado peruano se entiende a las familias en un sentido que trasciende la cohabitación, las familias se entiende en tanto existan relaciones familiares; en ese sentido todos y todas formamos parte de una familia y tenemos responsabilidades para nuestros miembros: padres, hijos, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc. La familia no se circunscribe necesariamente a un espacio físico (21).

Así mismo como función familiar entendemos que son las tareas y actividades que deben de realizar todos los miembros que lo conforman, de acuerdo con la posición y papel que desempeñan en la unidad familiar. La familia cumple funciones vitales las cuales comprenden: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia. Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las 6 funciones básicas de todas las familias: (03)

Comunicación: es la función primordial, la familia utiliza muy diversos mensajes verbales y para verbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión. Afectividad: es la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis. Apoyo: la familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan, esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc. Adaptabilidad: la familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral. Autonomía: todos los componentes de la familia necesitan cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración. Reglas y Normas: las familias establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar (22).

Los integrantes que proceden de familias sanas y funcionales son capaces de proyectar seguridad en su vida personal, en las personas que la rodean y cuando establecen nuevas unidades familiares son capaces de salir en ayuda y solidarizarse con otros miembros de la familia. Respecto a los tipos de familia la clasificación más aceptada es la de Hidalgo en el año 1999, quien clasifica en los siguientes tipos: Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»; familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines; familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres; otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable (22).

Según su funcionalidad - Familia funcional o moderadamente funcional, es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y con las demandas que reciba desde su ámbito interno o de su entorno social y la familia disfuncional es cuando la familia se hace ineficaz, no puede ejercer sus funciones y es incapaz de mantener el equilibrio interno, necesitando utilizar mecanismos adaptativos patológicos para mantener la homeostasis familiar (20).

Por lo tanto, funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, es decir que los miembros deben cumplir con las tareas y deberes de cada uno, sobre todo que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja se mantenga unida sin luchas constantes (3).

El funcionamiento familiar no es un asunto de todo o nada, sino que se considera un agente social primario por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la

enfermedad, haciendo necesario cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más disfuncional (20).

La familia funcional posee las siguientes características: la jerarquía consta de un subsistema parenteral especialmente fuerte, pues, aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie. Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las situaciones cambiantes. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza honestamente en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), como las externas o ambientales (20).

Según Velasco L. y Luna M. evalúan la funcionalidad familiar a través del cumplimiento de las funciones básicas, que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual, ya que la familia trata de conservar su integridad, salud física, coherencia y afecto, haciendo uso de sus recursos intelectuales, morales y económicos, entre otros, a fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva. La alteración de las funciones familiares indica qué función está más deteriorada y cual requiere intervención, conforme al establecimiento del plan terapéutico que debe incluir estrategias individuales y familiares (23, 24).

Así mismo, la disfuncionalidad en la familia es un factor muy palpable en la actualidad debido a que se caracteriza por el mal funcionamiento que tiene el grupo familiar; esto puede ser porque todo el grupo manifiesta problemas, alteraciones o síntomas de que algo está mal dentro de casa. Las familias disfuncionales no

expresan los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles (24).

El funcionamiento familiar comprende aquella dinámica relacional sistémica que se da través de la Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (25).

Como ya se ha explicado anteriormente la familia es un sistema abierto en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener sus patrones estables pero que pueden variar en algunas ocasiones para adaptarse a los cambios que generan algunos factores ya sea en forma individual o familiar, entre las que tenemos la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos de los integrantes de los familiares presentando un cambio radical en su funcionamiento (3).

Ante una enfermedad crónica los miembros de la familia pueden organizarse de diferentes maneras. Existen dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad, perjudicando la independencia de todos o desintegrarse, distanciándose unos de otros. La familia, entendida como un sistema creativo y evolutivo, reacciona ante la enfermedad con un proceso circular de influencia. Aceptar la enfermedad es una tarea evolutiva, las demandas que esta aceptación implica tiene que ver con los

cambios que se deben incorporar en el funcionamiento familiar. Es importante subrayar las fortalezas y debilidades de cada una de las diferentes formas de adaptación, pues esta va a implicar una reestructuración familiar (25).

Por ello, la enfermedad que tiende a la cronicidad o que se convierte en terminal se etiqueta como diferente por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. Y que de modo irremediable afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus amigos, evolucionando lentamente hasta el deterioro irreversible. Esta condición puede cambiar al estado de estrés e impacta directamente en el funcionamiento de la familia., así como también en la propia evolución o padecimiento de la propia enfermedad. La familia sufre al igual que el paciente y genera cambios catastróficos dentro de seno familiar (3).

Es frecuente que el paciente y la familia experimenten cambios de conducta y emocionales, así como cambios en sus funciones y dinámica familiar. Siempre que hay una persona enferma, esta se ve afectada repercutiendo en su estado emocional, psicodinámico, laboral, social y económico. La forma y extensión de esta alteración en la familia dependen de tres factores en especial: cuál es el miembro de la familia enfermo, cuál es el grado de la enfermedad y la duración de la misma (22).

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia se observan las de orden afectivo como el amor, negación, ira, tristeza o depresión, la negociación de los roles, flexibilización de límites, etc. Hay también los ajustes de tipo económico, donde se considera la pérdida de la capacidad económica de la familia, por conceptos de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, que pudiera ser el padre o algún otro miembro económicamente activo. En función al ambiente social se encuentra limitada porque debe aislarse la familia para poder atender al paciente enfermo (18).

Además del procesamiento de la enfermedad por parte de la familia y del tipo de respuesta que esta genere, hay otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad como es el caso de la etapa del ciclo vital donde debe conocerse la posición de cada uno de sus miembros dentro de la familia, ya que el efecto difiere en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. Rigidez o flexibilidad de los roles: cuando ocurre esto en la familia se presenta una distribución de roles de acuerdo con el paciente enfermo, el rol de cuidador lo asume el padre, la madre o la hermana mayor, etc. Cultura familiar: a veces la enfermedad es vista como un castigo, que los lleva a buscar curación en formas naturales o empíricas como hechizos, brujería sanación con hierbas, etc. Nivel Socio Económico: no causa el mismo efecto que la enfermedad terminal aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una familia estable. Comunicación familiar: La comunicación es muy importante en todos los momentos de nuestra vida, sería muy difícil la convivencia sino pudiéramos llevar a cabo este intercambio de información (3).

Muchas familias optan por ocultar al paciente el conocimiento de una enfermedad terminal, lo que es conocido como el pacto de silencio o conspiración del silencio, entre los miembros de la familia que consiste en una supuesta protección que familiares y amigos tratan de brindar al paciente enfermo, ocultándole la verdad, no dándole opción para hablar del tema, preguntar, aclarar, explicar, etc. evitando que el paciente opte por otras conductas como el suicidio, o que aumente el grado de sufrimiento al saber de su padecimiento y que la angustia producida aumente y sea constante hasta la muerte. En el paciente la ansiedad y depresión causadas por la incertidumbre trae más problemas que beneficios tanto para él como para la familia (19).

Para ser portador de una enfermedad terminal, no existe edad requerida, cada etapa o ciclo vital tiene sus propias características y está formada por hechos importantes, Fernández M. en su obra nos manifiesta “ La atención integral del Sujeto y su familia es algo más que el alivio de los síntomas biológicos y Psicológicos , conlleva además, el conceder la supremacía del cuidado del paciente

así como entender la enfermedad en su contexto general , es decir entender la enfermedad de modo individual ligada a una persona , a una familia , a un entorno cultural y basada en una historia personal y familiar previa, y en una evolución futura de los seres allegados a aquel que se muere ” (3).

Por ello es muy importante comentar los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia se presentan en una familia, que vive con la presencia de una enfermedad grave o terminal en algunos de sus miembros como son: aislamiento y abandono (la familia busca estar sola durante esta etapa por lo que limita sus relaciones sociales frente el cuidado del enfermo), conflicto de roles y límites (los integrantes de la familia no negocian adecuadamente los nuevos roles que deben asumirse en la vida familiar y se puede observar: falta de respeto, culpa, pérdida de las jerarquías, alianza entre los miembros, etc.), conflictos de parejas (el tratamiento produce conflictos y problemas causando dificultad e ineficiencia para tomar decisiones, mejorar la relación y actuación para el beneficio de la pareja), problemas económicos (las familias con un enfermo crónico o enfermedad terminal entran en una situación de crisis económica ya que a pesar de los pocos recursos no escatima esfuerzos en conseguirlo sin embargo tienen cada vez más dificultad para cubrir los gastos ocasionados por la enfermedad motivo por el cual hasta abandonan el tratamiento) (3).

Síndrome del cuidador: los familiares responsables que asumen este papel hacen que los enfermos terminales permanezcan en su domicilio y fallezcan en él; sin embargo, tiene que pagar altos costos físicos, psicológicos y sociales que se caracteriza por problemas físicos y depresión. Negación cólera y miedo: la negación es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. La ira se ve tanto por parte del paciente como por la familia la cual culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer. Ambivalencia afectiva: es la presencia simultánea de sentimientos encontrados en los miembros de la familia que por un lado desean que el paciente mejora o se cure, viva más tiempo y por el otro que ya todo termine con el fallecimiento del enfermo para que deje de sufrir. La represión de este

síntoma y todo el estrés crónico puede producir crisis de ansiedad, culpa, depresión y llevarlo a un duelo patológico (3).

Por ello, es importante que se atienda de manera integral considerando al binomio paciente – familia; siendo indispensable abordar tres etapas fundamentales: Diagnóstico de la situación de la enfermedad y del ambiente familiar y social del paciente: el impacto puede tomar diferentes causas y depende de la interpretación que el individuo hace de la enfermedad, así como de la circunstancia que rodea su vida familiar y social considerando a su vez el tipo de personalidad del paciente, la naturaleza, la calidad de las relaciones familiares y el manejo de las crisis anteriores, etc. La información: se informa al paciente y familia a medida que evoluciona la enfermedad esto genera menos angustia, no quitar jamás la esperanza ni crear falsas expectativas. Atención integral: La asistencia a los pacientes terminales se puede realizar en los centros hospitalarios y domiciliario, siendo aquí donde se deberá instruir a la familia de los cuidados que éste requiere y cuando el deceso haya ocurrido se debe vigilar el manejo del duelo en la familia (3).

Uno de los factores epidemiológicos más importantes que alteran la estabilidad familiar es el cáncer, el cual se define como el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerígenas también se denominan células malignas. Para esta patología se utiliza tradicionalmente los tratamientos de cirugía, radioterapia y la quimioterapia siendo esta última la que mayores efectos adversos causa en los pacientes.

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia. La quimioterapia es un tratamiento sistemático más que localizado como la cirugía o radioterapia y puede utilizarse de cinco maneras. Suele administrarse de forma conjugada o seleccionarse uno u otro de ellos, de acuerdo con las características

clínicas de cada caso: según finalidad de la administración, según el modo de administración, según la vía de administración, para el presente estudio solo se describiera el primer caso (27).

La Quimioterapia Adyuvante se administra generalmente después de un tratamiento principal como es la cirugía, para disminuir la incidencia de diseminación a distancia del cáncer, la Quimioterapia neo adyuvante se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia con la finalidad de evaluar la efectividad in vivo del tratamiento, así mismo la Quimioterapia de inducción o conversión es para la enfermedad avanzada y se administra antes de cualquier otro tipo de tratamiento local, con intención de reducir la cantidad de enfermedad o lograr convertir la enfermedad en operable, cuando inicialmente no lo era, la Radio quimioterapia concomitante también llamada quimio radioterapia, que se administra de forma concurrente o a la vez con la radioterapia con el fin de potenciar el efecto de la radiación y por ultimo la Quimioterapia paliativa se utiliza en tumores que no se vayan a intervenir quirúrgicamente por existir metástasis a distancia y cuando la finalidad del tratamiento ya no es curativa (28).

Las vías de administración más común son: vía intravenosa que es la más empleada, se administra una solución en infusión y cuyo tiempo puede variar entre unas horas o unos días, según el tipo de medicamento. Vía oral: se presentan en forma de pastillas o comprimidos sin pérdida por ello de efectividad. Vía intramuscular o subcutánea: se administra en el tejido muscular o subcutáneo dependiendo del tipo de citotóxicos. Quimioterapia intraperitoneal: se administra el medicamento directamente en la cavidad abdominal donde se encuentra la lesión. Se hace mediante una cirugía o bien a través de un reservorio implantado en el abdomen. Quimioterapia Intratecal: el fármaco se inyecta dentro del canal espinal, a través de una punción lumbar o por un reservorio colocado en la cabeza que comunica con el cerebro. Quimioterapia Intravesical: administrada directamente en la vejiga a través de una sonda vesical (29).

Sin embargo, es relevante mencionar que las reacciones o toxicidad de la quimioterapia que se presentan luego de la primera aplicación varían. Las reacciones adversas dependen del fármaco, la dosis, la vía de administración y el uso simultáneo con otros medicamentos, también puede guardar relación con la edad, estado nutricional y lesiones orgánicas previas del paciente. Es importante conocer el tiempo de vida de las células sanguíneas circundantes debido a su sensibilidad a la quimioterapia ya que pueden afectar a las células sanas y normales que también crecen rápidamente, considerándose a continuación las más frecuentes como la Mielosupresión que es el efecto tóxico que limita la dosis con más frecuencia. Normalmente se inicia a los 7-9 días de la administración del medicamento, adquiriendo su máxima expresión (nadir), durante los 10-15 días y revierte a los 18-21 días es cuando los neutrófilos son inferiores a  $500\text{mm}^3$  y se mantiene más de 5 días, la Neutropenia: tiene lugar cuando el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) alcanza  $1000 \times \text{mm}^3$  o menos, el valor más bajo de los leucocitos y se denomina NADIR, según el fármaco que se administre (30), también se puede presentar Trombocitopenia que se asocia con el aumento del tiempo de hemorragia, que, según los casos, puede hacer necesaria la transfusión profiláctica de plaquetas si existen niveles inferiores a  $10.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$  o menos de  $20.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$  (29-30,46, 48).

Por otro lado, a nivel gastrointestinal se puede considerar náuseas y vómitos, estos dos síntomas constituyen los efectos tóxicos más frecuentes relacionados con la administración de la quimioterapia y pueden determinar una importante afectación del estado nutricional de los pacientes. Estos pueden ser Agudos: Aparecen de 0 a 24 horas después de la quimioterapia, alcanzan su intensidad máxima a las 5 – 6 horas y remiten en 24 horas. Tardíos: Aparecen 24 o más horas después de la quimioterapia, son frecuentes con el cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida y la doxorubicina. Estos alcanzan la máxima intensidad a las 48 – 72 horas y puede durar 6-7 días, también las diarreas puede ocasionar un desequilibrio hidroelectrolítico grave, molestias para el paciente y cambios en la calidad de vida, la mucositis es una consecuencia directa de los efectos tóxicos de los quimioterápicos sobre las células en fase de división de la mucosa, o bien un efecto

indirecto mediato por la mielosupresión que incrementa el riesgo de infección y hemorragia, la anorexia/Caquexia se caracteriza por pérdida de apetito y pérdida de peso involuntaria. Su aparición puede estar relacionada con el tratamiento y al mismo tiempo influye en la respuesta o la tolerancia al mismo (30,46 - 47).

Sin embargo también se presentan otras reacciones no menos importantes como la anemia: los eritrocitos proceden de las células madre pluripotenciales, cuyo precursor es el reticulocito, vive de 100 a 140 días, y es por eso por lo que la anemia es más tardía que la neutropenia o Trombocitopenia y la alopecia o pérdida del cabello: las células responsables del crecimiento capilar poseen unos índices mitóticos y metabólicos elevados, la quimioterapia daña la raíz o el tallo pilosos, la caída del pelo suele comenzar a la semana o dos semanas de iniciar el tratamiento y es reversible, aunque el pelo puede tener una textura y color diferente. La recuperación puede tardar de 3 a 6 meses, el grado de alopecia depende de la vía de administración, dosis y tipo de fármaco utilizado (30,46).

Es importante resaltar que la duración del tratamiento de quimioterapia depende de una serie de diversos factores. Entre estos factores se encuentran el tipo de cáncer, la extensión del cáncer, el tipo de fármacos administrados, así como las toxicidades previstas de los fármacos y el tiempo necesario para recuperarse de esas toxicidades. Siendo administrados por ciclos lo que permite atacar las células cancerosas cuando son más vulnerables y dar tiempo a las células normales del cuerpo para recuperarse del daño sufrido, encontrando tres aspectos relacionados con el tiempo del ciclo: Duración del ciclo: pueden administrarse todos en un mismo día, en varios días consecutivos o de manera continua al paciente ambulatorio u hospitalizado, así como también podría tardar minutos, horas o días, dependiendo del protocolo específico. Frecuencia del ciclo: La quimioterapia puede repetirse en forma semanal, quincenal o mensual. Por lo general, un ciclo se define en intervalos de un mes. Número de ciclos: En la mayoría de los casos, el número de ciclos, o la duración de la quimioterapia de principio a fin, ha sido determinado sobre la base de ensayos de investigación y ensayos clínicos (31).

Cuando el objetivo del tratamiento es recuperar la salud. La quimioterapia adyuvante (terapia después de que se ha extirpado quirúrgicamente todo el cáncer visible) puede durar de 4 a 6 meses. La quimioterapia adyuvante es común en el cáncer de mama y colon. En el cáncer de testículos, el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin y las leucemias, el tratamiento de quimioterapia puede prolongarse hasta por un año (31).

Cuando la enfermedad es visible, la duración del tratamiento de quimioterapia dependerá de la respuesta de la enfermedad al tratamiento. Si la enfermedad desaparece por completo, la quimioterapia puede continuar 1 o 2 ciclos después de esta observación, a fin de aumentar al máximo la posibilidad de haber atacado toda la enfermedad microscópica. Si la enfermedad retrocede, pero no desaparece, se continuará con quimioterapia mientras sea tolerada y la enfermedad no crezca. Si la enfermedad avanza, la quimioterapia será interrumpida. Según la salud y los deseos del paciente, se administrarán fármacos diferentes para intentar destruir el cáncer o se interrumpirá por completo la quimioterapia y se cambiará el objetivo del tratamiento, para centrarse en la comodidad del paciente (31).

En el paciente oncológico las expectativas de vida y curación dependen de muchos factores, algunos cánceres se pueden controlar bien y el paciente puede vivir muchos años. La mayor consecuencia es que el tumor irradie hacia a otras partes del cuerpo. Según su ubicación, diferentes cánceres pueden resultar en complicaciones más específicas, estas son las complicaciones del cáncer más habituales: síndrome de vena cava superior, taponamiento cardiaco, obstrucción intestinal, síndrome de hipertensión, síndrome de compresión medular, complicaciones metabólicas, enfermedad trombo embolica venosa profunda (TVP) y trombo embolismo pulmonar (4).

Las causas son múltiples: la liberación por el tumor de sustancias que activan la coagulación, la compresión extrínseca de tejidos, la inmovilización, las intervenciones quirúrgicas, la quimioterapia y la inserción de catéteres venosos centrales. Como los fármacos de la quimioterapia son fuertes, estos causan daño

a muchas células en crecimiento, incluidas algunas células sanas. Este daño causa los efectos secundarios de la quimioterapia, haciendo por ello frecuente el incumplimiento del tratamiento terapéutico lo que conlleva a la muerte pronta del paciente, así como de mucho sufrimiento tanto del paciente como de la familia (27,32).

Según la revisión bibliográfica sobre cumplimiento, en las referencias anglosajonas suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud terapéuticas: Compliance (cumplimiento) y adherente (adhesión o adherencia). Por otro lado, hay autores que se inclinan por el término cumplimiento y otros lo hacen por adhesión o adherencia, otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia y otros, como ocurre en la literatura anglosajona, emplean indistintamente los conceptos de cumplimiento y adherencia. Sin embargo, a pesar de no haber unanimidad a la hora de definir adherencia, una de las definiciones más aceptadas es la que dieron Epstein y Cluss, en el año 1982. Para estos autores la adherencia o el Cumplimiento es “La incidencia entre el comportamiento de una persona y los Consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (33,34).

En 2008 Cramer, J. y et. al. señala que La Sociedad Internacional de Fármaco Economía e Investigación de Resultados (ISPOR) definió recientemente adherencia como un sinónimo de cumplimiento, es decir “el grado de conformidad con las recomendaciones sobre el tratamiento del día a día por el proveedor con respecto a la fecha, la dosis, y la frecuencia. Según algunos autores, los conceptos alianza, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o al menos ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona (34).

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen Terapéutico (34).

Tradicionalmente, el personal médico ha utilizado el término cumplimiento para referirse a los diferentes comportamientos adoptados por los pacientes al momento de recibir las órdenes impartidas por su médico tratante. Sin embargo, debido a que este término connota una obediencia renuente, muchos psicólogos de la salud y algunos médicos prefieren utilizar otros términos como adherencia, obediencia, colaboración, cooperación. Se plantea que este último es el ideal, ya que tanto el profesional de la salud como el paciente se preocupan por la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente. Sin embargo, debido a que ésta no es una práctica común, se ha llegado a la conclusión de que los términos cumplimiento y adherencia siguen siendo las palabras de mayor uso. Pero vale la pena resaltar que estos conceptos se relacionan unos con otros y a la vez se complementan, con el objetivo de dar una definición más completa (4).

En 2003, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe sobre un proyecto de adherencia terapéutica a largo plazo, definiendo la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; cuyo objetivo principal es mejorar las tasas mundiales de adherencia a los tratamientos comúnmente usados para tratar procesos crónicos (35,36).

La adherencia o cumplimiento terapéutico ha sido definido como el grado en el cual la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica, seguir las indicaciones del equipo médico tratante, también se ha integrado a ésta el mantenimiento o abandono del tratamiento. Se ha demostrado que es más factible el seguimiento de las indicaciones de tratamiento cuando éste implica la disminución de síntomas como el dolor; la magnitud de la adherencia terapéutica se relaciona con la duración del tratamiento, la complejidad, los efectos secundarios o adversos, costos y

beneficios. La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Hablando específicamente de la quimioterapia, el cumplimiento se define como la recepción de los agentes quimioterápicos según lo prescrito tanto en la dosis como en el momento adecuado y el no cumplimiento se ve reflejado cuando no cumple los ciclos esperados o se demora más del tiempo previsto (8,37).

La deficiencia en el apego a los tratamientos provoca pérdidas en el paciente y su familia, afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones generando crisis, mientras que, en lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que no son utilizados de manera favorable, prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (32).

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo (32).

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. La conducta de cumplir el tratamiento médico está condicionada por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su

enfermedad, su motivación para recuperar su salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y su desarrollo evolutivo (38).

En una convención anual de la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO), celebrada en Chicago, mencionan que la evidencia científica sugiere que la no adherencia terapéutica es un problema importante entre los pacientes a los que se receta tratamiento oral para el cáncer. Por ejemplo, de un total de 2.378 pacientes que, entre 1990 y 1996, comenzaron una terapia adyuvante con Tamoxifeno para el tratamiento de cáncer de mama, el seguimiento cayó del 87% durante el primer año al 50% al cabo de cuatro años. Por su parte, los resultados de un estudio belga pusieron de relieve que una tercera parte de los pacientes de CML que tomaban Imatinib no seguían el tratamiento (39).

El incumplimiento fármaco terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. La enfermedad crónica como el cáncer puede percibirse como una enfermedad altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, etc. en función a ello el paciente adopta su rol de enfermo (39).

Existen cuatro características de los regímenes de tratamiento que parecen ejercer mayor influencia en cuanto al nivel de adherencia que los pacientes exhiben, estas son: la complejidad del régimen del tratamiento del paciente (polifarmacia, diversidad de horarios) produce cambios en las actividades habituales de la vida diaria del paciente, ocasionando algunas veces incompatibilidades lo que va a producir fallas o problemas en el cumplimiento del tratamiento del paciente. El número de dosis del tratamiento como la multidosis favorece en forma negativa al mismo. Esto lleva al incumplimiento y errores en la administración. En relación a la forma de administración, la vía parenteral es la que más se adhiere por los registros y supervisión. En cuanto a la duración, la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida o conductas preventivas prolongadas, por la

duración de largo tratamiento van a disminuir la adherencia, según algunos autores. Los efectos secundarios indeseados favorecen el incumplimiento porque el paciente se siente mal físicamente y anímicamente, especialmente cuando se empieza a encontrar bien (33).

Dentro de las teoristas de enfermería más representativas en los modelos de adaptación encontramos a Callista Roy quien nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera. Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse (40).

Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería: los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia. Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad. Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos. La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo. La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental (51).

La adaptación a la enfermedad del cáncer sucede de manera progresiva. A lo largo de la enfermedad se presentan diferentes situaciones estresantes: diagnóstico, la

cirugía y sus secuelas, los efectos de los tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación, etc. En cada momento, la persona debe de poner en marcha estrategias de afrontamiento efectivas para superar la situación y conseguir un bienestar emocional (40).

La meta de enfermería para Roy, es promover la adaptación para los individuos y los grupos en los cuatro modos adaptativos, así como contribuir a la salud, a la calidad de vida y en algunos casos ayudarle a morir con dignidad. El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente (lo define como la persona que recibe los cuidados), meta (que el paciente se adapte al cambio), salud (proceso de llegar a ser una persona integrada y total), entorno (condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona) y dirección de las actividades: (la facilitación a la adaptación) (41).

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que está compuesto por el efecto combinatorio de tres clases de estímulo, los focales que son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona, los contextuales: que contribuyen en el efecto de estímulos focales; y los residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados(49).

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación: las necesidades fisiológicas básicas (referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación), la autoimagen(el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno), dominio de un rol o papel (cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado), interdependencia (la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias y creando relaciones

de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno) (41).

De este modo, el nivel de adaptación viene determinado por el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales, y se produce adaptación cuando la persona responde a los cambios del entorno de forma positiva. Este tipo de respuesta favorece, a su vez, la integridad de la persona y fomenta la salud. Al contrario, las respuestas ineficaces a los estímulos conllevan trastornos en la integridad de la persona (50).

La familia del paciente con cáncer como ente participante en el proceso de adaptación y acompañamiento durante la enfermedad soporta los miedos e inseguridades juntamente con el paciente; el modo de afrontamiento de dichas emociones influye sobre la adaptación a la enfermedad y su responsabilidad respecto del cumplimiento del tratamiento, los cambios del estilo de vida y la conducta entre otros aspectos.

Las necesidades de la familia se someten a las del enfermo, con lo cual suele crecer la frustración y la sobrecarga. Se desarrollan, dentro de la familia, coaliciones y exclusiones emocionales como respuesta a la enfermedad. Las familias se adhieren a estos patrones rígidos, resultando muy difícil reajustar sus patrones, aunque estos sean muy disfuncionales. La rigidez del estilo se mantiene, en parte, por el relativo aislamiento de la familia para "afrontar" las demandas de la enfermedad del paciente con cáncer (41).

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona a través del fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación. La importancia del rol de la enfermera en conocer de manera minuciosa al paciente puede significar un cambio determinante que ayudará en la calidad del cuidado y de cómo se desenvolverá en el ambiente clínico (41).

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo” (56).

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individual y diferente para cada uno. el profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que ésta emplea para lograr la adaptación a todas las situaciones de desequilibrio que produce el cáncer durante su evolución; y a la familia, la cual es un ente primordial en su acompañamiento y en el afrontamiento de la enfermedad; donde el familiar está tan implicado afectiva y emocionalmente como el paciente y que puede desencadenar que ésta se adapte a los cambios de manera positiva o negativa lo que repercutirá en el mejoramiento de su salud y la necesidad de involucrarse y ser parte activa en el tratamiento que con frecuencia implicarán el ingreso al hospital (41).

# III. MATERIAL Y MÉTODOS

## 3.1 Material

### 3.1.1 Universo muestral

Constituido por 67 pacientes del Servicio de Oncología que reciben tratamiento de Quimioterapia Endovenosa en las unidades de Oncología Ambulatoria del Hospital Regional Cayetano Heredia – Piura entre los meses de octubre - noviembre del 2017.

### 3.1.2 Unidad de análisis

Paciente que recibe Quimioterapia Endovenosa en el Servicio de Oncología del Hospital Regional Cayetano Heredia – Piura.

### 3.1.3 Criterios de Inclusión

- Paciente que recibe tratamiento de Quimioterapia endovenosa en Servicio de Oncología ambulatoria.
- Paciente mayor de 15 años.
- Paciente que vienen recibiendo tratamiento de Quimioterapia no menor de tres meses y no mayor de 2 años.

### 3.1.4 Criterios de Exclusión

- Pacientes con Quimioterapia oral.
- Personas con alteraciones mentales y/o psiquiátricas.

## 3.2 Método

### 3.2.1 Tipo de Estudio

La investigación es de tipo correlacional descriptiva, teniendo en cuenta que existen dos variables, variable 1 y variable 2, y una relación entre ambas variables. Así también porque el estudio está enmarcado en un espacio de tiempo. Sin embargo, es preciso señalar también las demás clasificaciones de acuerdo al tipo de investigación, tales como:

Según su finalidad: Es Aplicada, porque en base al grado de correlación de las variables en estudio se propone generar un impacto social en base a la ejecución de acciones.

Según su profundidad o carácter: Es Correlacional descriptiva, porque vamos a describir la relación de la funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia.

Según su naturaleza: Es Cuantitativa, porque estuvo altamente estructurado, además se ocupó de la recolección y análisis de la información, a partir de la medición numérica, el cálculo y el análisis estadístico, permitiendo medir variables .

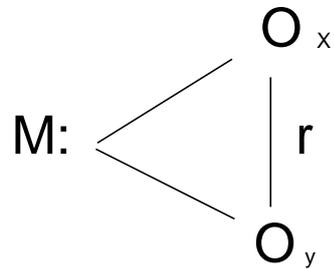
Según el alcance temporal: Es transversal, ya que busca establecer la relación de variables medidas en una muestra, en un espacio de tiempo.

Investigación orientada a la comprobación. Es la investigación cuya orientación básica es contrastar teorías. Emplea principalmente la metodología empírico-analítica. Su objetivo es explicar y predecir los fenómenos. Utiliza técnicas de análisis cuantitativos y enfatiza el contexto de justificación o verificación.

### **3.2.2 Diseño de investigación**

El tipo de diseño que se utilizó fue el de correlacional no experimental, porque no se manipularon las variables y de corte transversal porque sucedieron en un tiempo determinado, tampoco hubo intervención, ni influencia directa.

Se representó a través del siguiente esquema:



**M:** Muestra de pacientes del servicio de oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia.

**$O_x$ :** Grado de funcionalidad familiar.

**R:** Coeficiente de correlación.

**$O_y$ :** Cumplimiento del tratamiento.

### 3.2.3 Operacionalización de las variables

- **Funcionalidad Familiar**

#### **Definición Conceptual**

Por funcionalidad familiar se define a la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa (3).

#### **Definición Operacional**

Categoría alcanzada según puntaje en instrumento

- Familia Funcional : de 70 a 57 puntos
- Familia Moderadamente Funcional : de 56 a 43 puntos
- Familia Disfuncional : de 42 a 28 puntos
- Familia Severamente Disfuncional : de 27 a 14 puntos

- **Cumplimiento del tratamiento terapéutico**

#### **Definición Conceptual**

El grado en el cual la conducta del paciente en la toma de la medicación y el seguimiento de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable coincide con la prescripción médica (55).

#### **Definición Operacional**

Categoría alcanzada según puntaje en instrumento

Es el cumplimiento del mismo; es decir, asiste a recibir su tratamiento de Quimioterapia. Se considera:

Si cumple: NO = 4 preguntas

No cumple: SI = 3 preguntas o al menos 1 = SI

### 3.2.4 Instrumentos de recolección de datos

Para la variable Funcionalidad familiar.

#### **Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL.**

Instrumento construido por Máster en Psicología de Salud elaborado por Ortega T, De la Cuesta D. y Días C. en 1999 para evaluar Cuanti y cualitativamente la funcionalidad familiar, validado por el bachiller Karina Mamani Cahuaya en su investigación Funcionamiento Familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2013 , el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos que son: casi nunca 1 pto., pocas veces 2 ptos., a veces 3 ptos., muchas veces 4 ptos, casi siempre 5 puntos. Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera, de 70 a 57 puntos se considera familias funcionales, de 56 a 43 puntos son familias moderadamente funcionales, de 42 a 28 puntos son familias disfuncionales y de 27 a 14 puntos se consideran familias severamente disfuncionales.

Para la variable Cumplimiento del tratamiento.

#### **Test de Morisky – Green – Levine para adherencia al tratamiento**

Instrumento desarrollado por Morisky – Green y Levine en 1986, desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades crónicas; así mismo en Perú ha sido validado por Wilber Avelino Gonzales Torres en el 2015. Para efecto de este trabajo fue modificado por las autoras realizando la respectiva

validación y confiabilidad. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especialización, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. (43)

### **3.2.5 Validación y confiabilidad del instrumento**

Referente a la validación del instrumento Funcionalidad Familiar se realizó por medio del juicio de expertos donde se obtuvo la participación de 4 profesionales de la salud (2 médicos oncólogos, 1 estadista y 1 enfermera docente) donde determinaron una validación aceptable.

Para establecer la validación del instrumento de la variable Cumplimiento del Tratamiento se realizó por medio del juicio de expertos donde se obtuvo la participación de 4 profesionales de la salud (2 médicos oncólogos, 1 estadista y 1 enfermera docente) donde determinaron una validación elevada.

Para la confiabilidad del instrumento de la primera variable se realizó una prueba piloto y se encuestó a 10 pacientes que no fueron parte de la muestra. Luego se pasaron al programa y fueron procesados para determinar el coeficiente Alfa de Cronbach de los resultados de las preguntas que se procesaron en el software Estadístico SPSS V. 22 obteniendo como resultado 0.868 lo cual significa que el instrumento a aplicarse es confiable.

Para la confiabilidad del instrumento de la segunda variable se realizó una prueba piloto y se encuestó a 10 pacientes que no fueron parte de la muestra. Luego se pasaron al programa y fueron procesados para determinar el coeficiente Alfa de Cronbach de los resultados de las preguntas que se procesaron en el software

Estadístico SPSS V. 22 obteniendo como resultado 0.829 lo cual significa que el instrumento a aplicarse es altamente confiable.

### **3.2.6 Procedimiento y análisis estadístico de los datos**

Para determinar la relación entre funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de Quimioterapia en los pacientes oncológicos del servicio de Oncología del Hospital Regional José Cayetano Heredia, 2017, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Se solicitó autorización de la Dirección y Jefatura de Enfermería. Se entrevistó a los pacientes (Muestra). Se aplicó los Instrumentos de Evaluación: Funcionamiento Familiar FF-SIL y Escala de Morisky Green. Se realizó la tabulación de los datos. Se interpretó y discutieron los datos. Se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

Para el procesamiento y análisis estadísticos de los datos se construyó por separado a partir de los instrumentos originales, dos bases de datos en el programa Excel, se realizó una validación de las mismas o sea de la escala modificada para detectar y corregir errores. El proceso de análisis incluyó la codificación de respuesta, la tabulación de los datos y el tratamiento estadísticos de los mismos. Luego de ser depurada la base de datos se exportó para realizar el análisis de la información en el programa SPSS versión 22.0, que ayudó en la generación de los gráficos y cuadros estadísticos, en porcentajes reflejados en función a los objetivos planteados en el Proyecto de Investigación, describiendo las conclusiones por cada pregunta de los cuestionarios.

### **3.2.7 Consideraciones éticas**

Según González (44) señala que la presente Investigación se apegó a las disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación. De acuerdo a lo señalado en el Título Segundo, Capítulo 1, Art. 13, en esta investigación prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio. Se protegió al individuo y anonimato del sujeto con base al Título Segundo, Capítulo 1, Art. 16, ya que el instrumento no incluyó nombre de la persona, ni domicilio o datos que pudieran identificarlo. Con el fin de cumplir con lo establecido en el Art. 21, Fracción I, IV, VI y VII, se procedió a proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación y la libertad de retirarse cuando lo hubiera considerado pertinente. Posterior a esta explicación se solicitó el consentimiento informado por escrito de acuerdo a lo estipulado en el título segundo, Capítulo 1, Art. 20.

A lo largo de la investigación se respetó los derechos y la integridad de las personas participantes en el estudio protegiendo su identidad, respetando su voz haciéndolos partícipes de los propósitos e intenciones de la investigación (consentimiento informado), teniendo en cuentas:

La honestidad de la información proporcionada a los participantes, ya que en todo momento nuestros participantes estuvieron informados de los propósitos de la información y la naturaleza del estudio.

En el consentimiento informado los participantes manifestaron su aceptación y aprobación para formar parte de esta investigación.

## IV. RESULTADOS

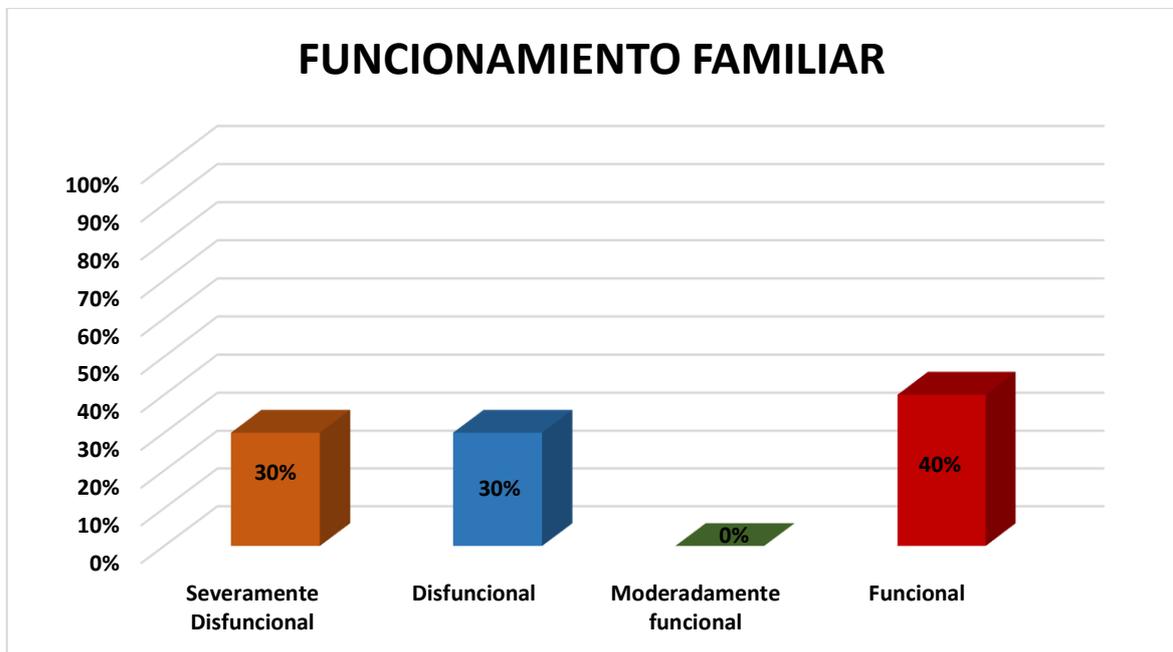
**TABLA 1:** GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.

Categoría	Funcionalidad Familiar	
	N	%
Severamente Disfuncional	20	30%
Disfuncional	20	30%
Moderadamente funcional	0	0%
Funcional	27	40%
Total	67	100%

Fuente: Base de datos SPSS - 22.0 Grado Funcionalidad familiar y Cumplimiento Terapéutico. Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura, 2017.

En la tabla 1, se observa en la variable funcionabilidad familiar que para la categoría funcional se obtuvo un 40% (27 pacientes), para la categoría disfuncional se obtuvo un 30% (20 pacientes), de igual manera para la categoría severamente disfuncional se obtuvo un 30% (20 pacientes), finalmente en la categoría moderadamente funcional se obtuvo un 0% (0 pacientes).

**GRÁFICO 1 : GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.**



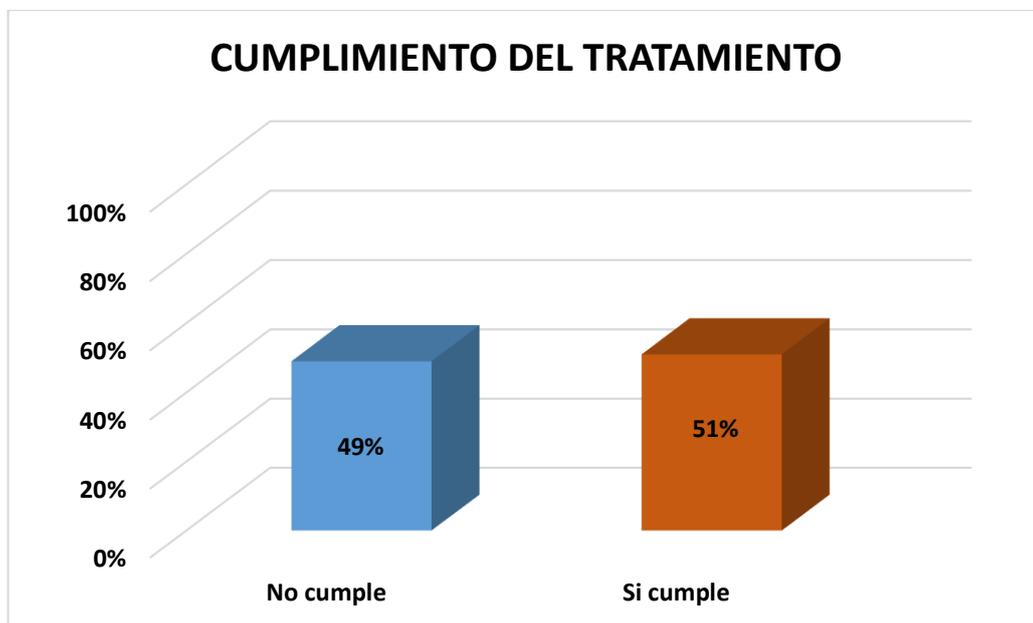
**TABLA 2:** CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.

Cumplimiento	N°	%
No cumple	33	49%
Si cumple	34	51%
Total	67	100%

Fuente: Fuente: Base de datos SPSS - 22.0 Grado Funcionalidad familiar y Cumplimiento Terapéutico. Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura, 2017.

En la tabla 2, se aprecia la variable de cumplimiento del tratamiento, alcanzando un 51% (34 pacientes) que, si cumplen con el tratamiento, seguido de un 49% (33 pacientes) que no cumplen con el tratamiento.

**GRÁFICO 2:** CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.



**TABLA 3:** RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.

		Cumplimiento tratamiento				Total	
		No cumple		Si cumple			
		N	%	N	%	N	%
Funcionalidad Familiar	Severamente disfuncional	19	28%	1	2 %	20	30%
	Disfuncional	14	21%	6	9%	20	30%
	Moderadamente funcional	0	0%	0	0 %	0	0%
	Funcional	0	0%	27	40%	27	40%
Total		33	49%	34	51%	67	100%

Fuente: Fuente: Base de datos SPSS - 22.0 Grado Funcionalidad familiar y Cumplimiento Terapéutico. Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura, 2017.

En la tabla se aprecia en la variable funcionalidad familiar que para la categoría severamente disfuncional el nivel de No cumple fue 28 % (19 pacientes) para Si cumple y 2 % (1). Para la categoría disfuncional se aprecia que para el nivel de No cumple se obtuvo un 21% (14 pacientes) mientras que para el Si cumple un 9 % (6 pacientes), finalmente en la categoría funcional, resultó que para el nivel No cumple se tuvo como resultado un 0% (0 pacientes) mientras que para el nivel Si cumple se obtuvo un 40 % (27 pacientes). En la categoría moderadamente funcional no se identificó ninguna familia, ( 0%) así como en los indicadores de cumplimiento de tratamiento (0%)

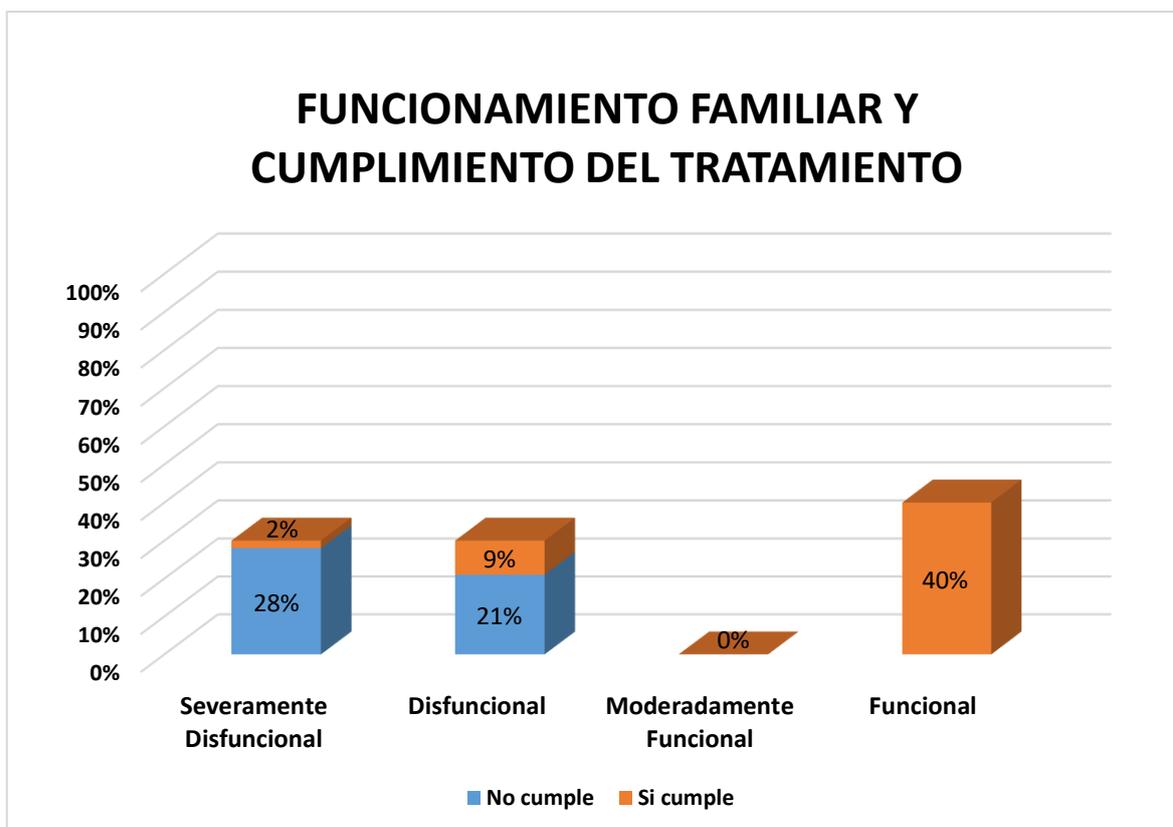
Hi: Si Existe relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017

Variable y Asociación	Nº de Casos	Coef. Contingencia	Significancia (p<0,05)
Funcionalidad Familiar/ Cumplimiento Tto.	67	0.674	0.00003

Fuente: Fuente: Base de datos SPSS - 22.0 Grado Funcionalidad familiar y Cumplimiento Terapéutico. Hospital Regional José Cayetano Heredia de Piura, 2017.

Dado que el p valor es igual a 0.000 menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de la investigación, con un nivel de asociación media ( $X^2 = 0.674$ ,  $p = 0.000$ ,  $\alpha = 0.05$ ).

**GRÁFICO 3:** RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017



## V. DISCUSIÓN

**TABLA 1:** Se observa que en nuestros resultados predominó las familias funcionales con un 40%, seguido de las familias disfuncionales con un 30 % y con severa disfuncionalidad 30%.

Estos resultados coinciden con los hallados por Abanto E. y Sachun L. (14), en el año 2017, quien reporta significativos niveles de Severa disfuncionalidad familiar (23.8%) y disfuncionalidad familiar (30%). Esto se puede dar por muchos motivos, ya que los problemas de salud pueden proporcionar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar, es decir que existen sentimientos negativos entre los integrantes de la familia por la presencia de esta enfermedad como el cáncer.

La familia es un recurso primordial en la atención y cuidado de los miembros enfermos, ya que con frecuencia el éxito de la actuación de los profesionales depende en gran medida de la voluntad que tenga la familia de compartir la información sobre el paciente, de si acepta y comprende la importancia del tratamiento y los cuidados que se deben realizar y si están dispuestos a hacerlo (41).

El miembro de la familia con cuadro oncológico constituye un trauma severo en el interior de ésta porque hacen que tengan que interrumpir sus planes, para los cuales no estaban preparados, estas diferentes situaciones, generan disfunciones que afectan la resiliencia del paciente oncológico (14).

Es importante reconocer que la presencia de la familia en la adaptación a un factor estresante es de suma importancia para la recuperación del paciente oncológico; por ello la enfermera necesita establecer una relación estrecha y de confianza con la finalidad de ayudar a los miembros del grupo familiar a identificar los problemas existentes manteniendo y respetando la individualidad de cada uno de ellos, esperando encontrar alternativas de solución más oportunas a cada situación. No olvidemos la responsabilidad que tenemos como enfermeras para lograr cuidados

de calidad que proporcionen satisfacción para las personas que dependen de nuestra labor.

En esta misma línea de ideas, Rojas Y (15) en el año 2015, señala la importancia del funcionamiento familiar en la autoestima y autoimagen, que lógicamente se ve multiplicada cuando el paciente ve el apoyo de su familia y cómo toda converge en su ayuda, por otra parte, en un escenario donde se pone a prueba los recursos generados por la persona, es motivo de mucha reflexión y el apoyo familiar va a permitir enfocarse en su recuperación y en ser parte de la familia que lo quiere.

En estos casos la atención y cuidados que dispense la familia son fundamentales tanto para la prevención de complicaciones como para llevar a cabo el tratamiento correcto, así como para contribuir una recuperación o rehabilitación del paciente según sea el caso (20).

Lo que pone en evidencia y sugiere que se debería incluir en el tratamiento la participación activa de un psicólogo para la realización de terapias familiares, involucrando a todas los pacientes y a las familias que pueden presentar un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad genera un impacto negativo y muchas veces devastador.

**TABLA 2:** Se observa que el 49% de los pacientes no cumplen con su tratamiento y un 51% si cumple.

Estos resultados coinciden con Palacios X, et. al. (4) en el año 2011, hace una revisión de la literatura encontrando un porcentaje significativo de pacientes no se adhieren a los tratamientos oncológicos, y que las consecuencias de no hacerlo pueden desencadenar un mayor riesgo de muerte o progresión de la enfermedad. Por eso es fundamental abordar este tema y tener en cuenta las diferentes variables de tipo biológico psicológico y social que influyen en la conducta de no adherencia o adherencia a los tratamientos, Sin embargo, en importante tener en cuenta que además de los factores del paciente y familiares, el factor económico

juega un rol decisivo, y mucho más del funcionamiento familiar orientado a esta meta.

Estos resultados no guardan paralelo con los hallados por Cruz U et. al. (7), en el 2014. Respecto a la adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia donde concluyo que los pacientes tienen una adherencia favorable porque el equipo de salud demuestra una actitud positiva al brindar tratamiento (100%). Esto puede deberse a las diferentes realidades de los estudios, quien concluye que los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son: pareja estable, apoyo económico familiar, percibir que el tratamiento ayuda a su recuperación, sentir motivación y respeto al equipo de salud, el tener actitud positiva, demostrar interés por su asistencia y brindar recomendaciones.

La adherencia o cumplimiento terapéutico ha sido definido como el grado en el cual la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica, seguir las indicaciones del equipo médico tratante, también se ha integrado a ésta el mantenimiento o abandono del tratamiento. La enfermedad crónica como el cáncer puede percibirse como una enfermedad altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, etc. en función a ello el paciente adopta su rol de enfermo. (37-39).

La complejidad del régimen del tratamiento del paciente produce cambios en las actividades habituales de la vida diaria del paciente, ocasionando algunas veces problemas en el cumplimiento del tratamiento del paciente. Los efectos secundarios indeseados favorecen el incumplimiento porque el paciente se siente mal físicamente y anímicamente, especialmente cuando se empieza a encontrar bien (33).

En consecuencia, con lo anterior se puede afirmar que no hay cumplimiento al tratamiento cuando los pacientes no toman sus medicamentos correctamente, se niegan a seguir una dieta, no realizan los ejercicios prescritos, cancelan o no acuden a sus citas a recibir sus tratamientos poniendo en peligro su salud. Por lo

tanto, se considera a la familia y al personal de salud como entes influyentes en el fortalecimiento de la adherencia, asegurando al paciente dar continuidad en su tratamiento, es necesario que nuestro grupo profesional de enfermería en su plan de cuidados fortalezca las estrategias de comunicación asertiva que deben existir entre el equipo de salud, el paciente y su familia, con el fin de potenciar el proceso de adherencia en pro de la calidad de vida del paciente.

**TABLA 3:** En cuanto a la relación entre el grado de funcionalidad y el cumplimiento del tratamiento en los pacientes del Hospital Regional José Cayetano Heredia se encontró que el 51 % de la muestra (34) cumplieron con su tratamiento y de ellos el 40% tuvieron una familia funcional. Y de los que no cumplieron que fueron el 49%(33) provenían de familia disfuncionales y severamente disfuncional 49%.

A estos resultados se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado ( $X^2$ ) la cual evidencio que hubo significancia estadística en cuanto a la relación entre el grado de funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017 y es de media intensidad ( $X^2= 0.674$ ,  $p =0.000$ ,  $\alpha = 0.05$ ). lo que demuestra que las variables se relacionan de manera significativa aceptando la hipótesis de investigación en el presente estudio.

No se encontraron estudios similares al nuestro sin embargo, Olvera S (10), en el año 2014, en su tesis titulada "Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial señaló que realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional en 152 pacientes con hipertensión arterial para evaluar si existe asociación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad de las familias de los pacientes, obteniendo como resultado que un 72,1 % de la población con hipertensión arterial que acude a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología tiene una alta adherencia terapéutica y un 71,4% está en una familia funcional.

Así mismo Huamán L(53), en su investigación “Relación de la Funcionalidad Familiar y la Adherencia Terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial” considera que la funcionalidad familiar es un factor protector que se asocia significativamente e influye de manera adecuada y positiva en el cumplimiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial; concluyendo que los profesionales de Enfermería deben considerar el entorno familiar para la difusión de las actividades educativas para mejorar el nivel de cumplimiento de los pacientes

.  
El valor encontrado de los pacientes que no cumplen el tratamiento es un indicador que nos hace reflexionar sobre la ausencia de redes de apoyo inexistentes en nuestro hospital estableciendo la necesidad de formar un grupo de profesionales capaces de ayudar y mantenerse en contacto con el paciente y familia durante todo el proceso del tratamiento tratando de buscar los factores que afectan la asistencia del paciente a recibir su tratamiento y contribuyendo a la superación en sus momentos de crisis.

## VI. CONCLUSIONES

1. EL 40% (27 participantes) tuvieron familia funcional, 30% (20 participantes) tenían familia con disfunción familiar, y un 30% (20 participantes) familias con severa disfunción familiar.
2. El 49% de los pacientes (33 participantes) no cumplieron con el tratamiento de quimioterapia y 51 % si cumplieron (34 participantes)
3. Se encontró que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de la quimioterapia pacientes del servicio de Oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia, Piura 2017 de intensidad media ( $X^2=0.674$ ,  $p= 0.000$ ,  $\alpha = 0.05$ )

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Diseñar y ejecutar Programas Educativos al paciente y cuidador sobre los efectos colaterales y manejo de las complicaciones del tratamiento de Quimioterapia.
2. Diseñar un programa de control y seguimiento al paciente en todo el proceso del tratamiento de quimioterapia a través de llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias.
3. Ampliar estudios que recolecten información necesaria sobre las causas o factores que impiden la asistencia del paciente a su tratamiento.
4. Proponer la permanencia del profesional Psicólogo en la Unidad de Oncología para la realización activa de Terapias a las familias de los pacientes oncológicos estableciendo objetivos.
5. Sugerir la implementación de la actividad consejería dentro de la Unidad de Oncología.
6. Establecer el uso de una ficha familiar al paciente que ingresa por primera vez al servicio de Quimioterapia.
7. Elaboración de cartillas, trípticos, afiches sobre los cuidados de los efectos secundarios durante y post quimioterapia.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáncer. Centro de prensa de la OMS . [Internet].2017. [ consultado julio 2017] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Alvarado K, Romero S, Salas M. Apoyo Familiar en el cuidado del paciente oncológico adulto hospitalizado con quimioterapia en un Instituto Nacional de Lima. [Tesis posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima; 2018.
3. Fernández M. Familia: Introducción al estudio y de sus elementos. D.F – México: McGraw-Hill;2008.
4. Palacios Espinoza X. Vargas Esterling L. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: Una revisión de la literatura. Revista Psicooncología[internet]. 2011. [Consulta el 15 setiembre 2017]; 8(2) 423-440. Disponible en file [http:///C:/Users/USER/Downloads/37890-Texto%20del%20art%C3%ADculo-42844-3-10-20171026%20\(2\).pdf](http:///C:/Users/USER/Downloads/37890-Texto%20del%20art%C3%ADculo-42844-3-10-20171026%20(2).pdf)
5. Amador A, Martínez J, Marrugo A, Taron A, Paut A, Diaz A. Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe. Colombia. Revista Pharmaceutical Care.[Internet]. 2016 [Consultado el 1 de enero 2019];18(6) 251-264. Disponible en file: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/355>
6. Castañeda Hernández A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. [Maestría]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
7. Cruz U, Dueñas D, Martínez K, Polo Y, Sanchez L, Perdomo A. Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas. Revista Facultad de Salud. [Internet]. 2014 [Consultado 6 de febrero 2019]; 6(1) 14-19. Disponible en <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/148/263>
8. Díaz M, Rodríguez M, Trujillo N, Palacios X y Amaya M. Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en

- pacientes oncológicos adultos. Revista Avances en Psicología Latinoamericana. [Internet]. 2013 [Consultado el 20 de julio 2018]; 31(3) 467-482. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a02.pdf>
9. Rodríguez Rodríguez J. El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Barcelona; España; 2017.
  10. Olvera Arreola S. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial. [Maestría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
  11. Cabrera A, Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2011. [Consultado el 28 de marzo del 2017]; 6(1)42-47. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924309>
  12. Llerena Prado L. Funcionamiento Familiar y su relación en el Afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche - Arequipa. [Tesis pregrado]. Arequipa: Universidad Alas Peruanas; Arequipa; 2018.
  13. Raymundo Villalva O. Tratamiento en pacientes con cáncer: Impacto y adherencia. [Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
  14. Abanto E, Sachun L. Funcionamiento familiar, Apoyo social y resiliencia en el adulto oncológico. Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta - Trujillo. [Tesis pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo; 2016.
  15. Rojas Chavez Y. Nivel de autoestima y autoimagen corporal relacionado con el funcionamiento familiar en mujeres sometidas a cirugía oncológica radical. Hospital III ESSALUD. Chimbote 2011. [Tesis posgrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2011.
  16. La familia, conceptos, tipos y evolución [ internet] España: Enciclopedia británica 2009. [ consulta el 01 febrero 2017]. Disponible en <https://en.calameo.com/books/002833036a7a3b2409ce5>
  17. Sigüenza Campoverde W. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson. [Maestría]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015.

18. Ares P. Psicología de familia: Una aproximación a su estudio. Cuba: Editorial Félix Varela. 2004.
19. Kopitowski K. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A. 2016.
20. Martín A, Cano J, Gené J, Ciurana R, Mundet X, Gimbert R. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 7ª. ed. España: Editorial Elsevier; 2014.
21. Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016-2021. Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2016.
22. Hidalgo C. Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención. 2ª ed. Chile: Chile Ediciones; 2002.
23. Velasco M, Luna M. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Editorial Pax; 2006.
24. La Familia: Su dinámica y tratamiento. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
25. Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿ Modelo de dos o tres factores? Revista Escritos de Psicología. [Internet]. 2003 [Consultado el 23 de julio 2019]; 3(2) 30-36. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004)
26. Calderon Y, Reyes L. Afrontamiento del cuidador familiar de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la clínica el “Innenor” Chiclayo – 2015. [Tesis pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; Chiclayo; 2017.
27. Otto S. Enfermería Oncológica (Vol. 1). 8ª ed. España: Editorial Océano; 2002.
28. Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. Guía Actualizada de tratamientos. España. [citado el 4 de mayo 2015]. Obtenido de <https://seom/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia/> 2015.
29. Mora E, Díaz M. Actualización de las prácticas de enfermería. Valencia, España: Editora la Gran Publicidad; 2010.

30. Casas F., Jorcano S., Planas I., Marruecos J., Viñolas N.. Toxicidad y tratamiento de soporte en oncología radioterápica: pulmón. Oncología. Revista Scielo. [Internet]. 2005 [citado 2019 Julio 18]; 28(2)58-70. Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000200009&lng=es).
31. Brandariz Castelo J. Implicaciones terapéuticas de la quimioterapia en el tratamiento integrado del cáncer faringo-laríngeo. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid; España;1996.
32. Márquez M, López R. Causas del incumplimiento de la administración de la quimioterapia en pacientes con cáncer. [Tesis posgrado]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
33. Ortego M, Lopez S, Álvarez M y Aparicio M. Ciencias Psicosociales II. La adherencia al tratamiento Open Course Ware. [Internet]. [Citado: 2017 noviembre15]. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema\\_10b.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema_10b.pdf)
34. Universidad Católica San Pablo. Centro de Investigación- Departamento de Psicología. La información como herramienta inicial para la adherencia al tratamiento. [Internet]. 2015. [Consultado el 23 de julio 2019]. Disponible en <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/la-informacion-como-herramienta-inicial-para-la-adherencia-al-tratamiento/>
35. Cramer J, Roy A, Burrell A, Fairchild C, Fuldeore M, Ollendorf D, et. Al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Revista Value in Health. [Internet] 2008. [Consultado el 23 setiembre 2018]; . Disponible en [http://www.esceo.org/sites/esceo/files/publications/Medication\\_compliance\\_and\\_persistence.pdf](http://www.esceo.org/sites/esceo/files/publications/Medication_compliance_and_persistence.pdf)
36. Alvarado S, Ochoa F, Guerra H, Mulie Y, Galindo O, Zapata M. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores (Perspectiva del Oncólogo). Revista GAMO. [Internet]. 2011. [Consultado el 05 de Agosto 2017]; 10(3)136-142. Disponible en <http://132.248.9.34/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2011/vol10/no3/3.pdf>

37. López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Revista Hacia promoción de la salud. [Internet]. 2016. [Consultado el 23 de julio 2018]; 21(1)117-137. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
38. Ginarte Y. Adherencia terapéutica, una experiencia médica. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet]. 2001. [Consultado el 11 de agosto 2017]; 17(5) 502-5. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000500016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016)
39. Arboleda AM. La adherencia terapéutica como factor decisivo en los resultados del paciente oncológico. Revista PMFarma [Internet]. 2013. [Consultado el 23 de setiembre 2018];23-76. Disponible en <http://www.pmfarma.es/articulos/1464-la-adherencia-terapeutica-como-factor-decisivo-en-los-resultados-del-paciente-oncologico.html>
40. Raile M, Tomey Am. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: Editorial Elsevier; 2011.
41. Roy C. The Roy adaptation model. EE. UU: Editorial Pearson; 2009.
42. Ortega T, De la Cuesta D, y Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana Enfermería, [Internet]. 1999. [Consultado el 10 de Setiembre del 2017];15(3)164-168. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005)
43. Rodríguez M, García E, Busquets A, Rodríguez A, Pérez E, Faus M. et. al. Herramientas para identificar el incumplimiento fármaco-terapéutico desde la farmacia comunitaria. Revista Pharmaceutical Care. [internet]. 2009. [Consultado el 23 de julio del 2018];11(4): 183-191. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3180289>

44. González U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. *Revista Cubana Salud Pública*. [internet]. 2002. [Consultado el 2 de agosto del 2017]; 28(3): p34-65. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300004)
45. Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 8ª. ed. España: Editorial Elsevier; 2001.
46. Portillo L, Fernández A, García M. Efectos Secundarios del tratamiento en el paciente Oncológico. Editorial SESCAM. *Boletín fármaco terapéutico de Castilla*. [internet]. 2006. [Consultado el 23 de julio del 2019];7(4). Disponible [https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/vii\\_04\\_efectossecundariosoncologico.pdf](https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/vii_04_efectossecundariosoncologico.pdf)
47. *Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición*. SEOM. España. 2006.
48. Ferreiro J, García J, Barceló R, Rubio I. Quimioterapia: efectos secundarios. *Revista Gac Med*. [internet]. 2003. [Consultado el 08 de julio del 2019]; 100: 69-74. Disponible en c: users / dowloads / 50304485803744321.pdf
49. Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8ª. ed. España: Editorial El Selvier; 2011.
50. Ayuso D, Tejedor L, Serrano A. *Enfermería Familiar y Comunitaria: Actividad Asistencial y Aspectos Éticos-Jurídicos*. España: Editorial Díaz de Santos; 2015.
51. *Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy*. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería. Universidad de la Sabana. 2002.
52. Escudero V. Alianza terapéuticas y construcción de alianzas en terapia familiar. *Revista Apuntes de Psicología*. España; 2009. 27 (2-3) 247-259.
53. Martínez J., Del Pino R. *Enfermería en Atención Primaria*. España: Ediciones DAE; 2012.

54. Huamán Gómez L. Relación de la Funcionalidad familiar y la Adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión arterial del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. [Tesis pregrado]. Huánuco: Universidad de Huánuco; Huánuco; 2018.
55. Amado Guirado E. Elementos Básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. España: Editorial Ala Oeste; 2012.

# **ANEXOS**

**Anexo 01 Instrumento para medir el grado de funcionamiento familiar según la Escala FF-SIL. Ortega D, De la Cuesta D y Díaz C. 1999. Validado por Karina Mamani en 2013.**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la funcionalidad familiar. Por favor, marque con una (X) la opción de respuesta que mejor describa a su familia y no deje ninguna en blanco.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás, y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**Anexo 02 Para la variable Cumplimiento del tratamiento. Morisky, Green, & Levine, 1986, validado por Wilber Avelino Gonzales Torresen 2015.**

**Test de Morisky – Green – Levine para adherencia al tratamiento**

Instrumento validado desarrollado por (Morisky, Green, & Levine, 1986) desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades (Corless, Kirksey, Kempainen , & Nicholas, 2005). Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especialización, un alto valor predictivo, positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión

**INSTRUCCIÓN:** Lea atentamente cada pregunta y responda la alternativa que mejor responda a su situación.

1. Ha dejado de asistir alguna vez a sus sesiones de quimioterapia:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si contesto SI: Detalle el motivo:

- Complicaciones de la Quimioterapia \_\_\_\_\_
- Efectos Adverso de la Quimioterapia \_\_\_\_\_
- Razones familiares: \_\_\_\_\_
- Razones económicas: \_\_\_\_\_
- Falta de Stock: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

2. Llega retrasada frecuentemente a su sesión de quimioterapia:

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

3. Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de asistir a su tratamiento de quimioterapia

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

4. Si alguna vez se sintió mal o presento algún efecto secundario, dejo de asistir a sus sesiones.

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**ANEXO 03**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE**  
**QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL**  
**REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.**

**OBJETIVO:**

Validar el formulario que se aplicará a los encuestados como parte de la investigación para obtener el Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Oncología, de la Tesis funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia, Piura 2017, presentado por Lic. Enf. Erika Rosario Alva Dávalos Y Lic. en Enf. María Marcela Espinoza Flores

**POBLACIÓN OBJETIVO:** Expertos.

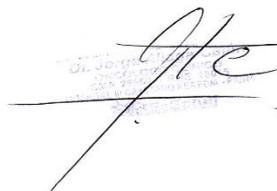
**INSTRUCCIONES:**

Antes de llenar los formularios de validación sirva llenar sus datos solicitados en la parte inferior. Luego de haber leído los formularios que se desea aplicar en este trabajo de investigación, proceda a llenar el siguiente formulario de validación marcando la alternativa que más se ajusta a su opinión.

Las opciones de respuesta a las afirmaciones son: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo (03), En desacuerdo (02), y en Muy en Desacuerdo (01). En caso de algún comentario o sugerencia agregarla en la sección de comentarios.

Responda todas las preguntas de los formularios, en caso de una afirmación no entendible, por favor no dude en consultarla para su aclaración al email: erika.ad0280@gmail.com Su opinión es de suma importancia para nosotros

Nombres y Apellidos	JORGE EDUARDO ALIAGA CAJAN
Edad	
Sexo	
Grado de Instrucción	SUPERIOR
Ocupación	MÉDICO ASISTENTE JUNIOR DE ONCOLOGÍA CLÍNICA HRCU
Centro de Labores	Hospital Regional Cayetano Heredia - Esquel Piura (HRCU)



A handwritten signature in blue ink is written over a faint, rectangular stamp. The signature is stylized and appears to be 'J. Aliaga'. The stamp contains some illegible text, possibly a date or official designation.

**ANEXO 03**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE**  
**QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL**  
**REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.**

**OBJETIVO:**

Validar el formulario que se aplicará a los encuestados como parte de la investigación para obtener el Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Oncología, de la Tesis funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia, Piura 2017, presentado por Lic. Enf. Erika Rosario Alva Dávalos Y Lic. en Enf. María Marcela Espinoza Flores

**POBLACIÓN OBJETIVO:** Expertos.

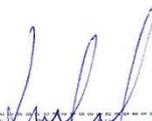
**INSTRUCCIONES:**

Antes de llenar los formularios de validación sirva llenar sus datos solicitados en la parte inferior. Luego de haber leído los formularios que se desea aplicar en este trabajo de investigación, proceda a llenar el siguiente formulario de validación marcando la alternativa que más se ajusta a su opinión.

Las opciones de respuesta a las afirmaciones son: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo (03), En desacuerdo (02), y en Muy en Desacuerdo (01). En caso de algún comentario o sugerencia agregarla en la sección de comentarios.

Responda todas las preguntas de los formularios, en caso de una afirmación no entendible, por favor no dude en consultarla para su aclaración al email: erika.ad0280@gmail.com Su opinión es de suma importancia para nosotros

Nombres y Apellidos	Omar Enrique Palacios Albarqueque
Edad	38 años
Sexo	masculino
Grado de Instrucción	Superior
Ocupación	Médico - Oncólogo
Centro de Labores	Hospital José Cayetano Heredia - ES Salud

  
-----  
Dr. Omar Palacios Albarqueque  
ONCOLOGÍA CLÍNICA  
C.M.P. 45019  
Hospital III "José Cayetano Heredia"  


**ANEXO 03**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE  
QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL  
REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.**

**OBJETIVO:**

Validar el formulario que se aplicará a los encuestados como parte de la investigación para obtener el Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Oncología, de la Tesis funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia, Piura 2017, presentado por Lic. Enf. Erika Rosario Alva Dávalos Y Lic. en Enf. María Marcela Espinoza Flores

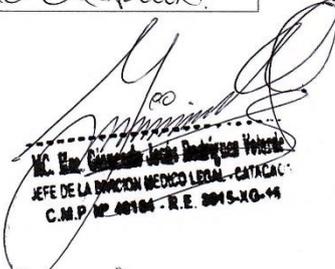
**POBLACIÓN OBJETIVO:** Expertos.

**INSTRUCCIONES:**

Antes de llenar los formularios de validación sirva llenar sus datos solicitados en la parte inferior. Luego de haber leído los formularios que se desea aplicar en este trabajo de investigación, proceda a llenar el siguiente formulario de validación marcando la alternativa que más se ajusta a su opinión.

Las opciones de respuesta a las afirmaciones son: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo (03), En desacuerdo (02), y en Muy en Desacuerdo (01). En caso de algún comentario o sugerencia agregarla en la sección de comentarios. Responda todas las preguntas de los formularios, en caso de una afirmación no entendible, por favor no dude en consultarla para su aclaración al email: erika.ad0280@gmail.com Su opinión es de suma importancia para nosotros

Nombres y Apellidos	Dr. Cesarcarlo Rodriguez Velarde
Edad	38a
Sexo	Masculino
Grado de Instrucción	Superior
Ocupación	Medico - Docente de Postgrado
Centro de Labores	Universidad Nacional de Piura

  
M.C. Cesarcarlo Rodriguez Velarde  
JEFE DE LA DIVISION MEDICO LIBERAL - PIURA  
C.M.P. Nº 20104 - R.E. 2015-10-14

ANEXO 03

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE  
QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL  
REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA, PIURA 2017.

OBJETIVO:

Validar el formulario que se aplicará a los encuestados como parte de la investigación para obtener el Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Oncología, de la Tesis funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia, Piura 2017, presentado por Lic. Enf. Erika Rosario Alva Dávalos Y Lic. en Enf. María Marcela Espinoza Flores

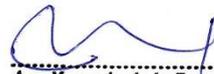
POBLACIÓN OBJETIVO: Expertos.

INSTRUCCIONES:

Antes de llenar los formularios de validación sirva llenar sus datos solicitados en la parte inferior. Luego de haber leído los formularios que se desea aplicar en este trabajo de investigación, proceda a llenar el siguiente formulario de validación marcando la alternativa que más se ajusta a su opinión.

Las opciones de respuesta a las afirmaciones son: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo (03), En desacuerdo (02), y en Muy en Desacuerdo (01). En caso de algún comentario o sugerencia agregarla en la sección de comentarios. Responda todas las preguntas de los formularios, en caso de una afirmación no entendible, por favor no dude en consultarla para su aclaración al email: erika.ad0280@gmail.com Su opinión es de suma importancia para nosotros

Nombres y Apellidos	ANA CONSUELO MONCADA DE LA TORRE
Edad	40 años
Sexo	Femenino
Grado de Instrucción	SUPERIOR: MAGISTER
Ocupación	ENFERMERA DOCENTE
Centro de Labores	HEREDIA Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

  
Ana Moncada de la Torre  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
C.E.P. 7588 RE 178  
HOSP. REGIONAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA-PIURA  
A.E.S. Salud

## RESULTADOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDACIÓN

RESULTADOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDACIÓN  
INSTRUMENTO PARA MEDIR EL GRADO  
DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN  
LA ESCALA FF-SIL

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,723	14

### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
pregunta 1	0,7500	0,50000	4
pregunta 2	0,7500	0,50000	4
pregunta 3	0,7500	0,50000	4
pregunta 4	0,7500	0,50000	4
pregunta 5	0,7500	0,50000	4
pregunta 6	0,7500	0,50000	4
pregunta 7	0,7500	0,50000	4
pregunta 8	0,7500	0,50000	4
pregunta 9	0,7500	0,50000	4
pregunta 10	0,5000	0,57735	4
pregunta 11	0,7500	0,50000	4
pregunta 12	0,7500	0,50000	4
pregunta 13	0,7500	0,50000	4
pregunta 14	0,7500	0,50000	4

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
pregunta 1	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 2	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 3	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 4	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 5	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 6	9,5000	12,333	-0,475	0,791
pregunta 7	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 8	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 9	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 10	9,7500	7,583	0,943	0,619
pregunta 11	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 12	9,5000	12,333	-0,475	0,791
pregunta 13	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 14	9,5000	9,667	0,322	0,710

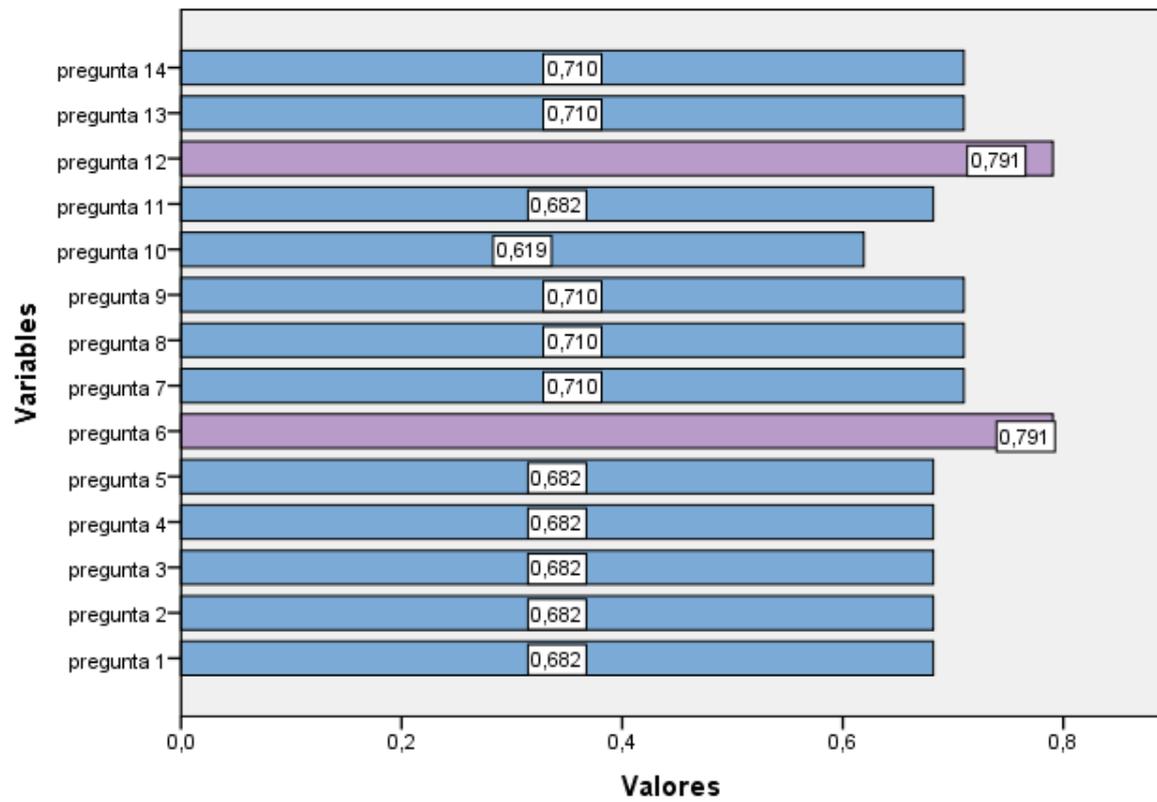
**Estadísticas de elemento**

	Media	Desviación estándar	N
pregunta 1	0,7500	0,50000	4
pregunta 2	0,7500	0,50000	4
pregunta 3	0,7500	0,50000	4
pregunta 4	0,7500	0,50000	4
pregunta 5	0,7500	0,50000	4
pregunta 6	0,7500	0,50000	4
pregunta 7	0,7500	0,50000	4
pregunta 8	0,7500	0,50000	4
pregunta 9	0,7500	0,50000	4
pregunta 10	0,5000	0,57735	4
pregunta 11	0,7500	0,50000	4
pregunta 12	0,7500	0,50000	4
pregunta 13	0,7500	0,50000	4
pregunta 14	0,7500	0,50000	4

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
pregunta 1	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 2	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 3	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 4	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 5	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 6	9,5000	12,333	-0,475	0,791
pregunta 7	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 8	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 9	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 10	9,7500	7,583	0,943	0,619
pregunta 11	9,5000	9,000	0,556	0,682
pregunta 12	9,5000	12,333	-0,475	0,791
pregunta 13	9,5000	9,667	0,322	0,710
pregunta 14	9,5000	9,667	0,322	0,710

**Estadísticas de total de elemento**  
**Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido**



## FIABILIDAD ESCALA DE MORINSKY GREEN Y LEVINE MODIFICADO (1996)

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	4	100,0
	Excluido	0	0,0
	Total	4	100,0

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach		
basada en		
elementos		
Alfa de Cronbach	estandarizados	N de elementos
1,000	1,000	4

### Estadísticas de elemento

	Desviación		N
	Media	estándar	
pregunta 1	0,7500	0,50000	4
pregunta 2	0,7500	0,50000	4
pregunta 3	0,7500	0,50000	4
pregunta 4	0,7500	0,50000	4

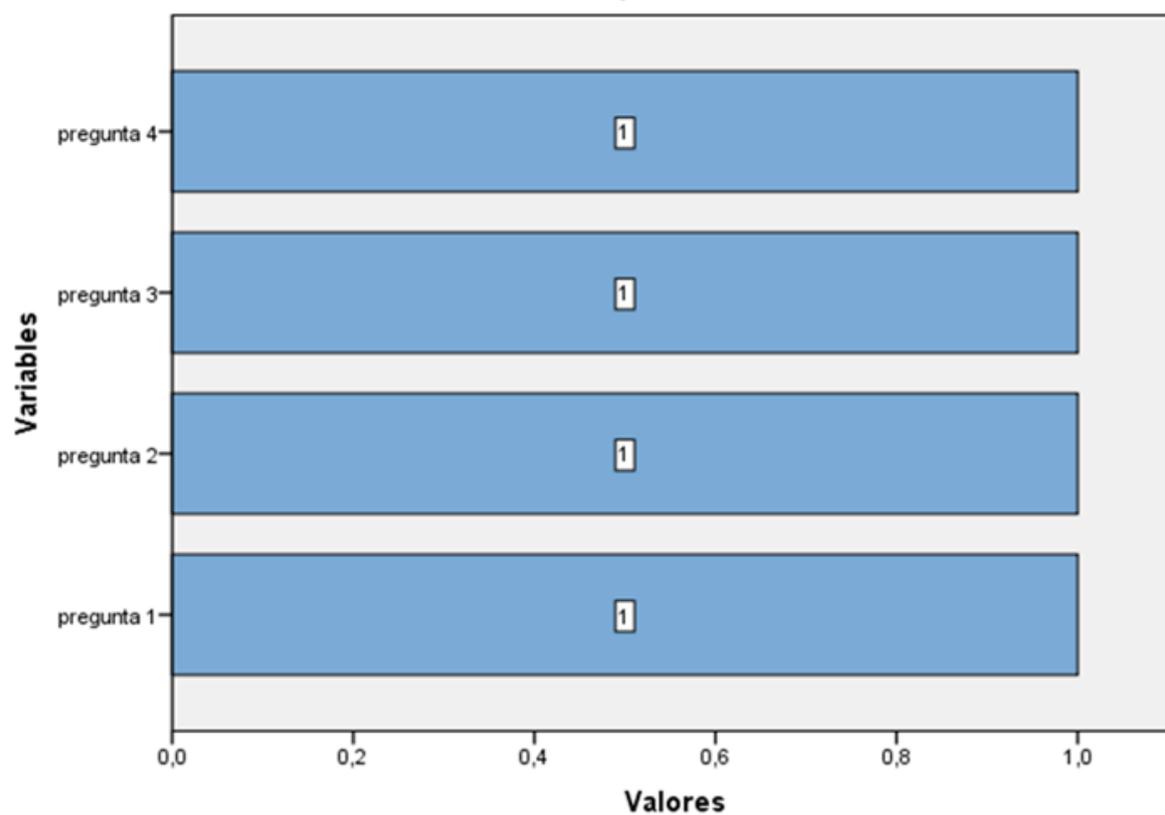
### Matriz de correlaciones entre elementos

	pregunta 1	pregunta 2	pregunta 3	pregunta 4
pregunta 1	1,000	1,000	1,000	1,000
pregunta 2	1,000	1,000	1,000	1,000
pregunta 3	1,000	1,000	1,000	1,000
pregunta 4	1,000	1,000	1,000	1,000

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
pregunta 1	2,2500	2,250	1,000	.	1,000
pregunta 2	2,2500	2,250	1,000	.	1,000
pregunta 3	2,2500	2,250	1,000	.	1,000
pregunta 4	2,2500	2,250	1,000	.	1,000

**Estadísticas de total de elemento**  
**Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido**



## Anexo 05 Validación De Instrumentos en confiabilidad

### Validación de cuestionario para medir el grado de funcionamiento familiar según la Escala FF-SIL.

La presente validación se llevó a cabo mediante una encuesta piloto en 10 paciente del Hospital de Apoyo II Santa Rosa Piura. Los resultados fueron procesados para determinar el coeficiente Alfa de Cronbach de los resultados de las preguntas que se procesaron en el software Estadístico SPSS V. 22. Y se detallan en la siguiente tabla:

Resultados de procesamiento de 10 encuestas para determinar la confiabilidad de las preguntas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia	0.633	0.89
2. En mi casa predomina la armonía	0.839	0.839
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.	0.742	0.837
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	0.741	0.737
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	0.843	0.904
6. Podemos aceptar los defectos de los demás, y sobrellevarlos.	0.372	0.727
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	0.525	0.914

8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.	0.495	0.814
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	0.717	0.95
10. Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	0.71	0.964
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	0.528	0.992
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	0.97	0.849
13. Los intereses de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	0.669	0.886
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	0.664	0.847

#### Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	14	100,0
Excluido	0	,0
Total	14	100,0

#### Estadísticas de fiabilidad

	N de elementos
Alfa de Cronbach	14
	,868

Dado que el coeficiente hallado es  $0.868 > 0.8$  se concluye que el test y las preguntas son altamente confiables.

## Validación de Test de Morisky – Green – Levine para adherencia al tratamiento.

La presente validación se llevó a cabo mediante una encuesta piloto en 10 pacientes del Hospital de Apoyo II Santa Rosa Piura. Los resultados fueron procesados para determinar el coeficiente Alfa de Cronbach de los resultados de las preguntas que se procesaron en el software Estadístico SPSS V. 22. Y se detallan en la siguiente tabla

Resultados de procesamiento de 10 encuestas para determinar la confiabilidad de las preguntas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ha dejado de asistir alguna vez a sus sesiones de quimioterapia	0.402	0.705
Llega retrasada frecuentemente a su sesión de quimioterapia	0.94	0.961
Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de asistir a su tratamiento de quimioterapia	0.387	0.913
Si alguna vez se sintió mal o presento algún efecto secundario, dejo de asistir a sus sesiones.	0.344	0.737

Resultados de procesamiento de 10 encuestas para determinar la confiabilidad de las preguntas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

**Resumen de procesamiento de casos**

	N	%
Casos Válido	10	100,0
Excluido	0	,0
Total	10	100,0

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	4

Dado que el coeficiente hallado es  $0.829 > 0.8$  se concluye que el test y las preguntas son altamente confiable.

**Anexo 06 Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

FECHA: \_\_ / \_\_ / \_\_

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
\_ certifico que he sido informado con claridad y veracidad respecto al trabajo de  
investigación que las estudiantes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ me han invitado a participar, que actuó consecuente, libre y voluntariamente  
contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocer (a) de la  
autonomía suficiente que posee para retirarme u oponerme al referido trabajo,  
cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me  
harán devolución escrita.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí  
suministrada, lo mismo que mi integridad física y psicológica.

.....  
.....  
Investigadora  
Documento de Identidad .....

.....  
.....  
Paciente  
Documento de Identidad .....

## Base de datos cumplimiento de tratamiento

paciente 1	0	0	1	1
paciente 2	1	0	1	0
paciente 3	1	1	1	1
paciente 4	0	1	0	1
paciente 5	1	1	1	0
paciente 6	1	0	0	1
paciente 7	1	0	0	1
paciente 8	0	1	1	0
paciente 9	0	0	0	0
paciente 10	0	1	1	0
paciente 11	1	1	0	1
paciente 12	1	1	0	0
paciente 13	1	1	1	1
paciente 14	1	0	1	1
paciente 15	1	0	1	0
paciente 16	0	0	1	1
paciente 17	1	0	1	0
paciente 18	0	0	1	1
paciente 19	1	1	1	1
paciente 20	1	1	0	0
paciente 21	0	0	0	1
paciente 22	1	0	0	1
paciente 23	0	1	1	0
paciente 24	0	0	1	1
paciente 25	0	0	0	1
paciente 26	0	1	1	1
paciente 27	0	0	1	0
paciente 28	1	0	0	0
paciente 29	0	0	0	0
paciente 30	0	1	1	1
paciente 31	1	1	0	0
paciente 32	0	1	0	0
paciente 33	1	0	0	0
paciente 34	1	1	1	0
paciente 35	0	1	0	1
paciente 36	0	0	0	0
paciente 37	0	0	0	0
paciente 38	0	0	0	0

paciente 39	0	0	0	0
paciente 40	0	0	0	0
paciente 41	0	0	0	0
paciente 42	0	0	0	0
paciente 43	0	0	0	0
paciente 44	0	0	0	0
paciente 45	0	0	0	0
paciente 46	0	0	0	0
paciente 47	0	0	0	0
paciente 48	0	0	0	0
paciente 49	0	0	0	0
paciente 50	0	0	0	0
paciente 51	0	0	0	0
paciente 52	0	0	0	0
paciente 53	0	0	0	0
paciente 54	0	0	0	0
paciente 55	0	0	0	0
paciente 56	0	0	0	0
paciente 57	0	0	0	0
paciente 58	0	0	0	0
paciente 59	0	0	0	0
paciente 60	0	0	0	0
paciente 61	0	0	0	0
paciente 62	0	0	0	0
paciente 63	0	0	0	0
paciente 64	0	0	0	0
paciente 65	0	0	0	0
paciente 66	0	0	0	0
paciente 67	0	0	0	0