

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN
CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE
SALUD. 2014.”**

TESIS

Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Catherine Yesela Suárez Ponce

Lima-Perú

2015

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA
PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD. 2014.**

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios que en su infinita misericordia permitió que logre este trabajo. Él me da la inteligencia, la sabiduría y todo el conocimiento, gracias Padre Celestial

A mi padre quien hoy descansa en el cielo, el cual en el transcurso de su vida supo impartir los valores y las enseñanzas que guiaron mi actitud de vida, y por eso le estaré eternamente agradecida, por ser el mejor padre del mundo.

A mi Madre cuya paciencia y comprensión fue importante para el cumplimiento de mis metas.

A mi hermano Daniel, por su ejemplo, su confianza, sus palabras de aliento y apoyo incondicional en todo momento, quien fue un incentivo para continuar en el cumplimiento de mis metas trazadas como profesional de la salud y así servir a la sociedad con un gran compromiso y sensibilidad hacia los demás.

A Víctor Medina Vílchez la persona quien desde el día que lo conocí me apoyó y me brinda ese amor incondicional que fue madurando día a día.

A mi familia que, en todo momento, está conmigo apoyándome y alentándome a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento:

Mg. María Josefa Arcaya Moncada, asesora docente de la presente investigación; por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta investigación.

Lic. María Isabel López, enfermera jefa de la ESNTPCT del Centro de Salud Max Arias Schreiber, por su apoyo constante y por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

Al Dr. Marco Saavedra, por su apoyo y asesoría durante el desarrollo del presente estudio.

A la Lic. Miriam Báez enfermera jefa de la ESNTPCT del Centro de Salud Ollantay, por sus valiosas sugerencias y orientación en el presente estudio.

A la Lic. Juana Cuba, por su apoyo y aportes a esta investigación.

A todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que participaron en el estudio.

Además, a todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	v
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	x
Summary	xiii
Presentación	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. Planteamiento del problema, delimitación y formulación	4
B. Formulación de objetivos	9
C. Justificación	9
D. Propósito	10
E. Limitaciones del estudio	11
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	
A. Marco Teórico	12
1. Antecedentes del estudio	12
2. Base teórica conceptual	18
3. Definición Operacional de términos	33
B. Hipótesis	34
C. Diseño Metodológico	34
1. Tipo de investigación	34

2. Población	35
3. Sede	36
4. Muestra	36
5. Variables	37
6. Operacionalización de variables	37
7. Técnica e instrumento de recolección de datos	37
8. Recolección de datos y análisis de datos	38
9. Consideraciones éticas	39
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	
A. RESULTADOS	41
1. Datos generales.	41
2. Datos específicos.	42
B. DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A Conclusiones	50
B Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Bibliografía	55
Anexos	60

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD. 2014.	42
2. NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD. 2014.	42
3. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y SU RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA, DE UN CENTRO DE SALUD. 2014.	43

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. De enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. Población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Para realizar la presente investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis.

Los resultados del estudio fueron: 23(46%) de la población presenta un nivel medio de adherencia y 27(54%) presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. El nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber está en un nivel “medio” lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial, sin embargo a esto se suma el hecho que la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva favoreciendo la adherencia o negativa originando falta de adherencia. 2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta

manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado. 3. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, se acepta la hipótesis alternativa que dice: “ Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber” , lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

.
PALABRAS CLAVE: Tuberculosis pulmonar, adherencia al tratamiento, participación de la familia.

ABSTRACT

This research study aims to determine the relationship between the level of adherence to treatment and family involvement in the treatment of TB patients in the Health Center Max Arias Schreiber, is quantitative approach which method is descriptive correlational cross-sectional, population consists of 70 patients of the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis Health Center Max Arias Schreiber.

To perform this research instrument was used to assess the level of adherence to treatment and its relation to family involvement in patients with tuberculosis.

The study results were: 23 (46%) of the population has an average level of adherence and 27 (54%) has a fairly favorable level.

The conclusions that were reached were: 1. The level of adherence to treatment of patients with tuberculosis Health Center Max Arias Schreiber is in a "medium" level indicating that the patient is complying with drug treatment, medical indications , examination and testing control part, however to this the fact adds that education, family, socioeconomic status and patient perceptions will influence adherence to treatment either positively promoting adherence or negative causing nonadherence. 2. The level of family involvement in the treatment of patients with tuberculosis is "moderately favorable", indicating that they have a partial involvement of the family and thus be able to meet the need for care and face disease crisis, this could be improved if the family is incorporated as the agent of self. 3. There is a significant relationship between the level of adherence to

treatment of patients with tuberculosis and level of family involvement, as there is a statistical correlation between the variables, the alternative hypothesis is accepted that says: "There is a relationship between adherence to treatment and family involvement in patients with tuberculosis in the Health Center Max Arias Schreiber "which emphasizes that family involvement plays an important role in adherence to treatment of patients with tuberculosis.

.

KEY WORDS: Pulmonary tuberculosis, treatment adherence, family involvement.

PRESENTACIÓN

La tuberculosis es considerada por la OMS como una de las enfermedades que afecta a la tercera parte de la población mundial, siendo una enfermedad frecuente en países en desarrollo y en especial en las áreas más densamente pobladas. La tuberculosis en pleno siglo XXI es causa de discriminación social, lo que provoca que las personas afectadas sean marginadas de sus grupos de familiares y amigos, debido a la poca información que presentan sobre la enfermedad. (1)

Según el MINSA la tuberculosis es un grave problema de salud pública en el Perú, debido a la pobre adherencia al tratamiento que presentan las personas que padecen dicha enfermedad (2)

Según Baldeon. N. la familia es una unidad social y como tal constituye un medio que puede contribuir sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través del cumplimiento de sus funciones. En toda sociedad o en el grupo familiar, el equilibrio puede perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios miembros del grupo familiar; es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad y al estar en contacto permanente va a dar una detección oportuna de los signos y síntomas característicos de la enfermedad así como también va a participar de manera trascendental en el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también cambios en sus estilos de vida, por ende es muy importante que el paciente y su familia actúen en conjunto debido a que el tratamiento de esta enfermedad es muy largo. (3)

La repercusión del ambiente familiar en el proceso de la enfermedad es muy importante por la influencia que ésta tiene en la adherencia, debido al intento de ocultar el diagnóstico como algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, entre otros factores. Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el paciente con tuberculosis. (3)

Es por ello la importancia de la participación de la familia, durante el proceso de enfermedad, ya que la familia va a intervenir en las decisiones y responsabilidades para llevar a práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas, y a su vez será el encargado de brindar amor y cuidados.

Para revertir esta situación el profesional de Enfermería, debe fomentar la participación de la familia, abarcando así aspectos no solo biomédicos sino también psicosociales, identificando oportunamente las conductas de riesgo que le permitan ejecutar actividades preventivo promocionales dirigidas al paciente y familia con el fin de prevenir complicaciones tales como resistencia a medicamentos, la formación de cavernas, neumotórax y hemorragias.

Es en contexto socio – familiar que se realiza el presente estudio que tiene como objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su relación con la participación de la familia, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber, con el propósito de proporcionar información válida y objetiva al profesional de enfermería y generar estrategias y/o actividades preventivo – promocionales que favorezcan una mayor adherencia.

El presente trabajo consta de tres capítulos: CAPITULO I, en el cual se expone el planteamiento, formulación y justificación del problema, así como los objetivos, propósito y marco teórico; CAPITULO II, que incluye el método, descripción del área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos, recolección y análisis de datos; CAPITULO III, el cual presenta los resultados y discusión y, el CAPITULO IV, en el que se expone las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. Planteamiento del problema, delimitación y formulación

A nivel mundial aproximadamente un 60% de los casos de tuberculosis y de las muertes ocurren en hombres, aunque la carga de la enfermedad también es elevada en las mujeres. La cifra estimada de mujeres fallecidas por tuberculosis fue de 510 000 en 2013, y más de una tercera parte de ellas eran VIH-positivas. En el 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas, de las cuales, 1,5 millones fueron mujeres y dentro de ellas 360 000 eran portadoras del VIH, falleciendo por esta causa. (1)

A nivel mundial la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad, después del SIDA. Se estima que en 2013 contrajeron tuberculosis multidrogorresistente 450 000 personas, y que 170 000 fallecieron por esta causa. En el 2013, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está sucediendo más lentamente. Brasil y China, por ejemplo, se encuentran entre los 22 países donde se observa un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 45%.(4) En el 2013, el mayor número de casos ocurrió en Asia, a la que correspondió el 60% de los casos

nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año el África Subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 255 casos por 100 000 habitantes. (5)

El Perú es el segundo país en América del Sur, con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), siendo Bolivia, el primero. La incidencia de esta enfermedad, a nivel nacional, es de 106 casos por cada 100 mil habitantes, la mayoría de casos se encuentran en Lima Callao, según reporte del Ministerio de Salud (MINSA). La morbilidad por tuberculosis (TBC) en el Perú bajó de 106 a 101 por cada 100.000 habitantes en el 2013. En el tercer trimestre del 2013 el número de casos de tuberculosis pulmonar en el Perú fue de 18495, el de casos nuevos 10257 y, el de sintomáticos respiratorio 972450, según MINSA.(6)

En el año 2013 se registraron 31 mil casos de TBC en la forma sensible, 1,260 casos de tuberculosis multidrogo resistente (MDR) y 66 casos de tuberculosis extremadamente drogorresistente (XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima.(5). Son 30 mil peruanos con tuberculosis (TBC) cada año, y de ellos, más de la mitad viven en Lima Metropolitana. (6)

A nivel distrital, La Victoria tiene los niveles de incidencia y prevalencia de tuberculosis (TBC) más altos en Lima Metropolitana (58,6 /100000 habitantes, MINSA), siendo en el Cerro San Cosme donde se presenta la mayor incidencia del país. (6) Para el año 2009, de los 205 casos presentados, 150 fueron sensibles, 53 multidrogo resistentes (MDR) y 2 extremadamente resistente (XDR), con una tasa de abandono del 18,25% y una captación de sintomáticos respiratorios menos del 2%.(6). En el Centro de Salud Max Arias Schreiber (sede de estudio) en el año 2013 la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar, frotis positivo, fue de 80/100.000 habitantes y la tasa

de morbilidad de 120/100.000 habitantes. En el año 2014 detectaron 894 sintomáticos respiratorios y la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar, frotis positivo, fue de 112/100.000. A su vez el número de muertes por tuberculosis fue del 2.7% y de recaídas el 17.8%. Dentro de las causas principales de las recaídas fueron falta de participación de la familia lo cual se pudo evidenciar con la poca asistencia de los familiares al Centro de Salud lo cual fue referido por el personal de la ESNPCT

En el estudio realizado por Ríos. M, Suarez. C, Muñoz. D, Gómez. M, sobre factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima Este- Perú, concluyen que uno de los factores que influyen en las recaídas de los pacientes con tuberculosis es la falta de adherencia al tratamiento. (7)

Todo lo cual indicaría la necesidad de seguir profundizando en el estudio de este factor, la falta de adherencia al tratamiento en diferentes realidades dada la diversidad de pacientes, las creencias y costumbres, los mitos, comportamiento y estilos de vida de las personas.(8)

Según la OMS es importante la adherencia al tratamiento, ya que si este no se cumple podría traer consecuencias tales como recaídas más intensas, aumento del riesgo de dependencia, de efectos adversos, de toxicidad, así como riesgo a accidentes y desarrollar resistencia medicamentosa. (7)

El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, si en este núcleo hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento. En la Conferencia de Alma Ata 1978 se retoma a la familia como ente de gran importancia en la atención de salud ya que constituye un componente estratégico que puede ser empleado por los profesionales de la salud en

especial por Enfermería, más aun en la actualidad que se viene implementando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual relaciona al individuo, familia y entorno social como un todo. (9) M. Misen en la investigación realizada sobre el ambiente familiar y la adherencia al tratamiento, concluye que en la mayoría de casos de recaída los pacientes se curaron por el apoyo recibido por parte de un familiar, madre o esposa. (4)

N. Baldeon. 2006. en la investigación sobre clima social familiar de los pacientes con tuberculosis, concluye que el clima social familiar tiene un considerable porcentaje entre los rangos de medianamente favorable y desfavorable (82.5%), lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, por lo cual el paciente no enfrentará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, no contribuyendo a la recuperación de la enfermedad, predisponiendo a la resistencia de medicamentos y a recaídas.(3)

A. Cardoso y Maza R. 2007. en la investigación sobre apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento, concluye que existe una relación estadística altamente significativa entre el Nivel del Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de las personas con tuberculosis frente a su tratamiento y a su vez existe una relación directa entre el Nivel de Apoyo Familiar y Adaptación, lo que indica que a mayor apoyo familiar habrá una mayor adaptación del paciente con tuberculosis frente a su tratamiento.(10)

Durante la práctica pre profesional de la suscrita en el Centro de Salud Max Arias Schereiber fue común observar que los pacientes con tuberculosis acuden solos a recibir su tratamiento; muchos de ellos referían: “mi familia me tiene en cuarto aislado porque dicen que estoy enfermo”. Al interactuar

con un paciente, este refiere: “yo vivía con mi papá pero desde que me enfermé me botó de mi casa, porque decía que los contagiaría, ahora estoy viviendo en un hotel, a mí me contagió mi tía, mi papá no me quiere, creo que a él le incomoda mi opción sexual”. Al interactuar con la enfermera a cargo del área de PCT refiere: “muchos de los pacientes no cuentan con el apoyo de su familia y esto ha hecho que los pacientes abandonen el tratamiento, algunas veces hemos realizado la visita al pacientito para poder darle el tratamiento y lo que hemos recibido por parte de la familia son insultos, cerrada de puerta, palabras soeces, entre otros”

G. Gómez, M. Lara en el estudio sobre apoyo familiar y adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar. Monterrey. 2007. Concluye que el apoyo familiar es un factor importante que influye en la adherencia al tratamiento, la influencia es positiva cuando la madre, la esposa o los hijos contribuye como soporte al tratamiento con el fin de que este sea responsable con el tratamiento, sobre todo en los casos en que el padre contagió a alguno de sus hijos o nietos. Pero también influye de forma negativa, cuando la familia o el equipo de salud aísla el paciente y lo estigmatiza. (11)

Frente a lo anterior mencionado es que surgen las interrogantes ¿Cómo influye la adherencia al tratamiento en la recuperación del paciente?, ¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia y los estilos de vida en el paciente? ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia? ¿Cómo participa la familia en adherencia al tratamiento del paciente con TBC? ¿Cómo influye la adherencia al tratamiento en la incidencia de recaídas y abandonos? De lo anterior descrito, se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis y su relación con la participación de la familia, en el Centro de Salud Max Arias Schreiber 2014?

B. Formulación de objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de la ESNPCT de un centro de salud. 2014.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la ESNPCT, de un centro de salud. 2014.
- ✓ Identificar el nivel de participación de la familia en el cumplimiento del tratamiento del paciente con tuberculosis de la ESNPCT, de un centro de salud. 2014.

C. Justificación

Razones o motivos e importancia del tema a ser investigado para la desarrollo del conocimiento, estrategia ESNPCT, profesión de enfermería

El presente estudio de investigación se justifica, por su contribución al desarrollo del conocimiento científico sobre la adherencia del paciente al

tratamiento en relación a la participación de la familia, en una realidad aun no estudiada, no existiendo estudios sobre el tema, en el ámbito de estudio. A partir de esta información se podrá diseñar estrategias de promoción y educación al paciente y familia a fin de favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, el fomento de estilos de vida saludable y la participación activa de la familia involucrándola en el cuidado del paciente. lo que permitirá asegurar la adherencia del paciente y su recuperación..

En cuanto al aporte a la profesión de Enfermería, el estudio permitirá al profesional de Enfermería, dinamizar los procesos de atención enmarcados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, orientado a brindar una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad

D. Propósito

La presente investigación tiene como fin sensibilizar y proporcionar conocimiento específico, válido y objetivo al equipo de salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de la Tuberculosis sobre la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de la ESNPCT. Centro de Salud Max Arias Schreiber. Así como promover el desarrollo de estrategias y/o actividades preventivo – promocional, con participación del paciente y familia, orientados a fortalecer la adherencia al tratamiento y disminuyendo los riesgos que conlleva.

De igual manera contar con información precisa para la toma de decisiones que contribuyan a disminuir los índices de abandono, recaídas, ausentismos relacionados a la falta de adherencia.

E. Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos en el estudio de investigación no pueden ser generalizadas para otras poblaciones, tan solo pueden generalizarse en la población de pacientes de la ESNPCT del C.S. “Max Arias Schreiber”.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

A. Marco Teórico

1. Antecedentes del estudio

En el ámbito nacional

- N. Baldeon realizó un estudio sobre “La relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín – Villa María del Triunfo – Perú 2006” el objetivo fue Determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín - Diciembre 2006. El método que utilizó fue el descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados que se obtuvieron fueron que de 40 (100%) pacientes, 22(55%) tienen un clima social familiar medianamente favorable, seguido de 11(27.5%) con clima social familiar desfavorable y 7(17.5%) con un favorable clima social familiar. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...El clima social familiar de los pacientes con tuberculosis tiene un considerable porcentaje entre los rangos de medianamente favorable y desfavorable, lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, por lo cual el paciente no

enfrentará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, no contribuyendo a la recuperación de la enfermedad, predisponiendo así su salud física y emocional.” (3)

- Cardoso y R. Maza realizaron un estudio sobre “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón –Nuevo Chimbote 2007”. El objetivo fue establecer la relación entre el grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de la persona adulta con Tuberculosis frente al tratamiento. El método que utilizó fue cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados que se obtuvieron demuestran que del total de pacientes encuestados una mayor proporción se encontraba en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar alto 38%, así mismo se observa una prevalencia en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar moderado 22%, y un nivel de adaptación adecuada con un nivel de apoyo familiar bajo con un 6%. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...Existe una relación estadística altamente significativa entre el Nivel del Apoyo Familiar y el Nivel de Adaptación de las personas con tuberculosis frente a su tratamiento, lo que indica que a mayor apoyo familiar habrá una mayor adaptación del paciente con tuberculosis frente a su tratamiento.”(10)

- C. Pinedo realizó un estudio sobre “Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza": Lima, 2007” el objetivo fue Determinar los factores que condicionan el nivel de adherencia al

tratamiento antituberculoso de los pacientes de la ESNPCT en el C.S. “Fortaleza”. El método que se utilizó fue del tipo cuantitativo descriptivo. Los resultados que se obtuvieron fueron que la adherencia al tratamiento de los pacientes de la ESNPCT del Centro de Salud Fortaleza en su mayoría es buena, siendo estos pacientes adherentes al tratamiento un 66.7% de la población en estudio, la cifra de pacientes No Adherente a tratamiento es de 33.3%. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“... Los factores personales que condicionan el nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso son en su mayoría los referentes al rechazo y falta de apoyo por parte de la familia; seguido por la presencia de RAFAS, el consumo de alcohol y drogas, y el conocimiento escaso de su enfermedad y tratamiento; los cuales se encontraron presentes en la totalidad de los pacientes No adherentes al tratamiento mientras que en los pacientes adherentes no se encontraron dichos factores”. (12)

- P. Arriola, T. Castillo, G. Quispe realizaron un estudio sobre “Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso en el Hospital De Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal” Lima, 2008”, cuyo objetivo fue determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT)”. El método que se utilizó fue cuantitativo descriptivo transversal. Los resultados fueron que del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento, tipo de trabajo independiente, condición de trabajo eventual, ingreso económico bajo, falta de apoyo familiar y falta de información básica sobre la enfermedad. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...El apoyo familiar es entendido como la percepción de que se es amado y estimado por los miembros de la familia; este apoyo promueve la salud y alivia el impacto de la enfermedad. La red de apoyo tiene efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás y fomentando la autonomía, en el estudio se observó que la mayoría de pacientes no percibió apoyo familiar que se evidencia en mayor riesgo de inasistencia”. (13)

En el ámbito internacional

- N. Mesén realizó un estudio sobre “Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica- 2005”. el objetivo fue identificar las condiciones que conllevan a la suspensión del tratamiento. El método que se utilizó fue Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal. Los resultados que se obtuvieron fueron que de 43 casos denominados como nuevos, 9 no se han adherido al tratamiento. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...Se puede concluir que el paciente en ocasiones no logra adherirse al tratamiento porque existen causas ajenas a su control, si bien es cierto la mayoría de los casos son mayores de edad, esto no es un criterio para asumir que el paciente será el responsable de curarse”. (9)

- G. Gómez, M. Lara realizaron un estudio sobre “Apoyo familiar y adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar” Monterrey. 2007. El objetivo fue determinar el apoyo de la familia al paciente con tuberculosis pulmonar influye en la adherencia al tratamiento.

El método fue Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal. Los resultados fueron que 32 pacientes con adherencia al tratamiento de los cuales 31 calificaron con apoyo familiar, 12 pacientes sin adherencia al tratamiento de los cuales 2 calificaron con apoyo familiar. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...Se puede concluir que el apoyo de la familia es de vital importancia a la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis”. (10)

- M. Heredia realizó un estudio sobre “Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán” México 2009. El objetivo fue Identificar y describir los determinantes sociales que influyen en la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Yucatán el método que se utilizó fue cuantitativo descriptivo de corte trasversal. Los resultados fueron que 35% por ciento de los participantes de este estudio que abandonaron el tratamiento o no tuvieron un tratamiento supervisado, refirieron estar desempleados, y el 41.9% que son pensionados, trabajan en forma eventual o reciben ayuda pública, expresaron que no tuvieron problema para seguir el tratamiento. El 22.6% que tiene empleo o trabaja por cuenta propia declaró que recibieron apoyo para continuar con el tratamiento. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...Se puede concluir que el ambiente familiar es uno de los factores que determinan el riesgo a no adherirse al tratamiento de pacientes con tuberculosis”.

(14)

- A. Muñoz, Y. Rubiano realizaron un estudio sobre “Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados” Colombia 2011. El objetivo fue analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática, portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad el método que se utilizó fue cualitativo de corte transversal. Entre las conclusiones del estudio tenemos:

“...La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más a allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría de un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario; y por otro la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.”. (15)

Estos antecedentes aportaron aspectos acerca del nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su relación con apoyo de la familia, así mismo, orientaron sobre la base teórica, la metodología de investigación que sirve como referencia al presente estudio.

2 Base teórica conceptual

2.1 La tuberculosis

Generalidades

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar. (16)

El cuadro típico de tuberculosis pulmonar es de fiebre con sudores y escalofríos nocturnos, dolor en el pecho, tos con expectoración, por momentos con rayas de sangre, pérdida del apetito, postración y adelgazamiento que llega a 10 o 15 kg en algunas semanas. (17)

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. (18)

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. En el Perú La Tuberculosis es la enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más

afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos.(1)

Según la OMS la tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una quinta parte de las defunciones en este grupo. La tuberculosis multidrogorresistente se ha encontrado en casi todos los países estudiados. El consumo de tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermar de tuberculosis y morir como consecuencia de esta. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar. (1)

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los afectados con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.(18)

En el Perú, la ESNPCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública. (15)

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: DOTS Y DOTS PLUS (Tratamiento Acortado Directamente Observado)

DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Directamente Observado) estrategia recomendada internacionalmente por la OMS para el control de la Tuberculosis en respuesta a la emergencia global que constituye la propagación de esta enfermedad. (18)

El DOTS hace referencia a que el tratamiento debe ser administrado bajo observación directa de personal de salud especialmente entrenado, el que debe observar la ingesta de cada dosis de medicamento. Se ha demostrado que esta es la única forma de asegurarse que el enfermo efectivamente se los toma y evitar el desarrollo de resistencia, impidiendo que los pacientes puedan hacer alguna forma de monoterapia. (18)

La estrategia DOTS tiene cinco componentes claves:

- **Compromiso político** para garantizar recursos humanos y financieros suficientes y adecuados para hacer del control de la TB una prioridad a escala nacional, integrada al sistema de salud nacional. (19)
- **Acceso a bacteriología** de calidad garantizada para la detección de casos de TBC entre personas que se presentan con síntomas de TB, o en las que a través del despistaje se han identificado síntomas de TB (particularmente presencia de tos por un tiempo prolongado). (19)
- **Quimioterapia estandarizada** de corta duración para todos los casos de TB bajo condiciones apropiadas de manejo de casos, incluyendo la observación directa del tratamiento. (19)

- **Suministro ininterrumpido de medicamentos** de calidad. Sistema de registro y reporte de todos los pacientes y evaluación del desempeño de todo el proceso de tratamiento. (19)
- **El compromiso político** es fundamental para establecer y mantener los otros cuatro componentes del DOTS. (19)

2.2 Adherencia al tratamiento

Definición

En la actualidad el tema de adherencia al tratamiento médico tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. (18)

El incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social. (15)

La real academia española (RAE) define la adherencia como Acción y efecto de adherir o adherirse, conviniendo en un dictamen o partido, o utilizando el recurso entablado por la parte contraria.

Según la OMS la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y

ejecutar cambios de estilos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.(8)

La definición clásica de Sackett y Haynes, la adherencia es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente el relación con los medicamentos a tomar o los cambios que ha de ser en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de salud que atienden.(21)

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido adherencia como el grado en que el paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no solo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuanto tiempo lo hagan.(22)

En base a lo anterior mencionado se define adherencia como el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamento, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida, lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la tuberculosis y ejerciendo sus derechos y deberes como personas con TBC. La adherencia es importante porque la tuberculosis es curable si los pacientes cumplen con el tratamiento.

2.3 La adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis

Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

Para Dorothea Orem su principal fuente de ideas para enfermería fueron sus experiencias en este campo, sin reconocer la influencia directa de ningún líder de enfermería. Ella identificó 14 necesidades humanas básicas en las que se desarrollan los cuidados de enfermería, describiendo la relación enfermero-paciente como marco organizador para un cuerpo de conocimiento, analizando el estado de una persona cuando requiere la intervención debido a su situación al ser incapaz de valerse por sí misma.(23)

La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem en donde esta teoría es la expresión de tres teorías como son:

- **La teoría del autocuidado:** muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos. (23)

- **La teoría del déficit de autocuidado:** postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. (24)

- **La teoría de los sistemas de enfermería:** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo

diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. (25)

Conceptos principales y definición

- a. Auto-cuidado:** Consiste en las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.(25)
- b. Agente del autocuidado:** es la persona que va a proporcionar los cuidados o realiza una acción específica.(25)
- c. Cuidado dependiente:** Es el cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el auto-cuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.(25)
- d. Requisitos de auto-cuidado en caso de desviación de salud:** Existen para las personas que están enfermos con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica, psicológica o fisiológica, sino también al

funcionamiento humano integral. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades del cuidado cuando falta la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. (25)

e. Necesidades de auto-cuidado terapéutico: Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de auto-cuidado de una persona. Según las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar factores identificados en las necesidades cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano.
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión). La necesidad terapéutica del auto-cuidado en cualquier momento : describe los factores del paciente, tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivado de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno. (25)

Cuidado de enfermería y el déficit del autocuidado

Es proporcionar a las personas y o grupos, asistencia directa en su auto-cuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que tienen por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo acciones de auto cuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias producidas por esta.” (25)

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona.
Por ejemplo en el caso del enfermo con tuberculosis cuando el paciente se encuentra en un estadio crónico y no puede realizar sus actividades por sí mismo.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en las recomendaciones sanitarias y medidas de prevención para evitar el contagio de la tuberculosis.
- Apoyar físicamente Por ejemplo, aplicar y vigilar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Apoyar psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, motivándolo a que continúe con el tratamiento prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de bioseguridad en el hogar.
- Enseñar a la persona que se ayuda, en cuanto a la educación a un enfermo sobre la higiene que debe realizar.

En la norma técnica de la ESNPCT (2010), se establece que la organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y TB MDR, su familia y la comunidad es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud. Dentro de los cuidados de enfermería se enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por tuberculosis; siendo las acciones de enfermería las siguientes:

- Entrevista de Enfermería: consta de tres entrevistas que deben realizarse, al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento y cuyos objetivos consisten en educar al paciente con TBC y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento y baciloscopía y cultivos de control mensual, el de establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y estudio de contactos, valorar factores de riesgo para TBC MDR con la finalidad de planificar intervenciones, identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería, y detectar precozmente reacciones adversas al tratamiento. Así mismo, considera que es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud.(19)
- Acudir al domicilio del paciente con tuberculosis con la finalidad de educar al mismo y a su familia.

- La enfermera es la responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.
- Uso del tarjetero: en todos los establecimientos de salud donde se atiendan como mínimo 24 personas con TBC por año, debe implementarse un sistema de tarjetero con separadores para las tarjetas de administración de medicamentos.
- Administración de quimioprofilaxis: consiste en la administración de **I**soniacida a personas con riesgo de desarrollar la tuberculosis.

Autocuidado del paciente con tuberculosis

Cuidados en el tratamiento farmacológico

- Tomar diariamente los medicamentos, especialmente en ayunas o antes de las comidas. En caso de intolerancia, acudir a su médico de cabecera.
- Evitar el consumo de tabaco, drogas y otros hábitos no saludables.

Cuidados en la alimentación

La dieta tiene que ser adecuada, completa, variada y equilibrada, insistiendo en abundantes líquidos y respetando como mínimo las cuatro comidas al día.

Procurar asegurar una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica.

Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TB MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años).

Cuidados en la higiene corporal

- Aseo diario: baño y cuidado de piel y mucosas.
- Cuidado de la boca: cepillado de dientes y revisiones periódicas.
- Hidratación de la piel: abundantes líquidos y cremas hidratantes.
- La higiene en el domicilio consiste en ventilar la habitación diariamente y cambiar la ropa de cama sin sacudir.
- Ejercicio moderado con paseos diarios

Aunque ya no esté contagiado, procurará toser cubriéndose la boca con un pañuelo, lo mismo que si tuviera que expectorar.

2.4 Participación de la familia y la adherencia al tratamiento

2.4.1. La familia y su participación en el cuidado al pacientes con tuberculosis

Participación

- Según la real academia español RAE la participación significa Intervención, junto con otros, en un suceso o actividad.(26)
- Participar significar como dice Geilfus tomar parte en las decisiones y las responsabilidades desde el sitio en el que se está, desde la función que se ocupa, para ello es necesario el diálogo y por supuesto la organización. Implica también involucrarse personalmente en las tareas necesarias, insistir en aquellos aspectos que se quieren modificar o mejorar, pero siempre desde el acuerdo y el respeto, no desde la fuerza y la coacción. La participación también implica tanto dar ideas como concretarlas; en definitiva participar es conocer, es aceptar y compartir, es trabajar y dar soluciones, es estar siempre consciente de la importancia de formar parte de algo.(27)
- La participación es la intervención directa o indirecta de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas.(28) (29)

La familia

Existen diversos conceptos sobre la familia dentro las cuales tenemos:

- La familia es un grupo de personas, definido por una relación de pareja suficientemente duradera como para asegurar la procreación la crianza de los hijos (manutención física – biológica y emocional). (30)

- La familia es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un espacio – tiempo y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente. (31)

- La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas”. (OMS/ OPS) (32) (33)

En base a lo anterior mencionado se define la participación de la familia en pacientes con tuberculosis como la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse en el cuidado del paciente brindando el soporte y acompañamiento psico afectivo y social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.

La participación de la familia implica tener en cuenta la responsabilidad de proveer cuidados contemplados a continuación.

- Según Dorothea Orem los Factores condicionantes básicos son aquellos que condicionan o alteran el valor de la demanda de auto-cuidado terapéutico o la actividad de auto-cuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores, la edad, el sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socio culturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno. Para el presente estudio tendremos en cuenta dos de los factores los cuales son:

-Factores del sistema de salud: Son aquellas características que permiten de acuerdo a la línea de vinculación al sistema la mayor o menor accesibilidad a la atención en salud.

-Factores del sistema familiar: Es la cantidad de interacción y apoyo que percibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir un mayor estado de salud. (23)

Consideramos por ello que la participación de la familia constituye un factor muy importante que la adhesión al tratamiento, partiremos por conceptualizar lo que entendemos por participación posteriormente lo que entendemos por familia.

Los cuidados que brinda la familia al paciente con tuberculosis

- Participar en la recuperación del familiar enfermo, acompañándolo a recibir el tratamiento, motivándolo a que continúe con el tratamiento.
- Favorecer el cumplimiento con el tratamiento del familiar enfermo para que este no lo abandone.
- Mantener las medidas higiénicas generales:
La habitación donde duerme el paciente con tuberculosis deberá ser ventilada, iluminada, limpia.
- Fomentar adecuadas prácticas para eliminar el moco y la flema del enfermo.
- La familia debe favorecer que la alimentación sea muy nutritiva, balanceada, con presentación apetitosa y equilibrada para que el organismo del familiar enfermo con tuberculosis esté en óptimas condiciones para hacerle frente a la enfermedad; es decir debe comer lo que quiera pero manteniendo una dieta saludable, debido a que es importante que suba de peso.
- Fomentar la recreación
- Promover estilos y hábitos de vida saludable
- Brinda soporte psico- social, es decir le ofrecen ayuda en su cuidado con la ventilación del hogar, eliminación de desechos, la iluminación, lo acompañan a recibir tratamiento, le brindan muestras de cariño y afecto, elogios, le brinda apoyo económico e información sobre la enfermedad.

3 Definición operacional de Términos

- **Paciente con tuberculosis:** es toda aquella persona a la cual se le diagnostica tuberculosis, con confirmación bacteriológica (BK+) y radiológica (+) que asiste al C.S. “Max Arias Schereiber.
- **Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis:** Es el nivel de cumplimiento en relación con la administración de los medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito, el desarrollo de cambios de estilos de vida, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, el cumplimiento de las medidas de control de la tuberculosis.
- **Participación de la familia de los pacientes tuberculosos:** Es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse personalmente brindando el soporte psico – social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad, promoviendo el autocuidado y la práctica de los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar.

B. Formulación de Hipótesis

- Hipótesis estadística:

Ha: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schereiber.

Ho: No existe relación entre la adherencia al tratamiento y la participación de la familia en los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schreiber.

C. Diseño metodológico

1. Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo; los datos son susceptibles a ser medidos y realizar un análisis estadístico acerca de “el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su relación con la participación de la familia, C.S Max Arias Schreiber.2014”.

El nivel es aplicativo orientado a elaborar las estrategias necesarias para mejorar el nivel de adherencia al tratamiento y fomentar la participación de la familia, de esta manera reducir el abandono al tratamiento, recaídas y la aparición de cepas multidrogo resistentes.

El método utilizado es el descriptivo considerando que permite mostrar y describir la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad, es correlacional porque mide el grado de relación que existe entre dos variables, en un contexto en particular y, de corte transversal porque recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único y porque su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

2. SEDE DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el C.S. “Max Arias Schreiber” ubicado en el Jr. Raimondi 220- la victoria. El C.S. “Max Arias Schreiber”, establecimiento del Primer Nivel de Atención dirigido actualmente por el Dr. Marco Saavedra Quiroz, este establecimiento presta servicios de Medicina General, Gineco-Obstetricia, Dental, Psicología, Laboratorio, Nutrición; desarrollando también las diferentes Estrategias Sanitarias como Planificación Familiar, ESNI, Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo y ESNPCT; cuenta con un área administrativa, secretaria, estadísticas entre otras.

La infraestructura del Centro de Salud consta de una planta física de dos niveles, así en el primer piso en el que se encuentran los servicios de medicina, dental, ginecología, farmacia, control de Crecimiento y Desarrollo del niño o niña, Inmunizaciones, admisión, triaje, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

El personal que labora en la ESNPCT está compuesto por un médico quien es el encargado de evaluar a los pacientes al ingreso al tratamiento, el cambio de fase y al finalizar el tratamiento además de atenderlos cuando los pacientes lo requieren por algún malestar que presenten; esta atención es brindada a partir de las 8 de la mañana hasta las 2 de la tarde, de lunes a sábado.

El personal de enfermería se encuentra constituido por una enfermera y 2 técnicas de enfermería, cuyas funciones son: administrar tratamiento, identificar sintomáticos respiratorios, educar a los pacientes, realizar las visitas domiciliarias.

En el segundo piso se ubican los servicios de psicología, terapia, así como secretaria y estadística.

3. Población

La población está constituida por 70 Personas adultas con Tuberculosis Pulmonar inscritos en la ESNPCT en el C.S. Max Arias Schreiber.2014.

4. Muestra

Se realizó el muestreo no probabilístico a través de la fórmula de muestreo, siendo el tamaño de la muestra de 50 Personas adultas con tuberculosis pulmonar inscritos en el ESNPCT del C.S. Max Arias Schreiber.2014.

- **Criterio de Inclusión:** La persona adulta con Tuberculosis Pulmonar inscritos en el ESNPCT.

- Personas con tuberculosis pulmonares inscritas mayores de 18 años de ambos sexos.
- Aceptar voluntariamente ser parte del estudio.
- Personas que estén recibiendo tratamiento durante un tiempo no menor de 5 meses.

- **Criterio es Exclusión:**

- Personas con alteraciones mentales.
- Personas con una enfermedad adicional a la tuberculosis pulmonar.

5. Variables

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento

Variable independiente: Participación de la familia

6. Operacionalización de variables (Anexo A)

7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta.

Instrumento: para el presente estudio se utilizó un cuestionario que consta de dos secciones:

- **Sección I del instrumento: cuestionario para medir el nivel de adherencia:** que consta de 14 ítems cuya opciones de respuestas son: Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca.
- **Sección II del instrumento: cuestionario para medir el nivel de participación de la familia:** Instrumento que sirvió para medir la variable de participación de la familia del paciente con tuberculosis. Cuenta con 6 ítems los cuales tienen como alternativas de respuesta: Siempre, Casi siempre, Casi nunca.

Confiabilidad y validez de los instrumentos

La validez del instrumento se determinó mediante la Prueba Binomial de Juez de Expertos, la cual estuvo conformada por ocho profesionales con experiencia en el tema: enfermeras de distintos Centros de Salud a cargo de PCT y docentes de Investigación en Enfermería de la UNMSM; siendo sus opiniones, recomendaciones y sugerencias tomadas en cuenta para mejorar

el instrumento. Los puntajes obtenidos en la Prueba Binomial muestran que el error de significancia no superara los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que el instrumento es válido. Se evaluó la confiabilidad del instrumento, el cual fue sometido a la prueba de alfa de crombach a través de una prueba piloto con 20 pacientes.

7. Recolección de datos y análisis de los datos

Plan de Recolección de Datos

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se solicitó el permiso respectivo a la Dirección del C.S Max Arias Schreiber luego se coordinó con el médico y la enfermera jefa y con el personal de apoyo con el fin de tener accesibilidad con los pacientes.

Se aplicó a las personas adultas con tuberculosis que reúnan los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la aplicación de instrumento en forma privada e individual.

Se inició con la recolección de datos mediante la encuesta personal a las personas con tuberculosis con una duración de 20 minutos, previo consentimiento informado.

Análisis e interpretación de datos

Concluida la recolección de datos éstos fueron procesados en forma manual mediante el sistema de paloteo a una tabla matriz codificada. Luego de la tabulación se establecieron los valores finales respecto al nivel de adherencia al tratamiento cuyo valor final fue de alto, medio y bajo. En el nivel de participación de la familia el valor final fue de favorable, medianamente favorable y desfavorable.

Para verificar la relación entre las variables se usó la prueba ji cuadrado, con un nivel de confianza del 95%. Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v20.

Después de ello se procedió a la elaboración de cuadros estadísticos y la interpretación de los mismos; elaborando posteriormente las conclusiones respectivas del trabajo de investigación.

8. Consideraciones éticas

La recolección de los datos para el presente estudio se realizó previo consentimiento informado por escrito por parte del encuestado. (Anexo C), para lo cual se tuvo en cuenta los aspectos éticos relacionados con la investigación, teniendo en cuenta que se debe asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sin vulnerar sus valores, intereses y preferencias. Estos aspectos se relacionan directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas.

Asimismo, se respetó la privacidad de la información que suministraron los participantes del estudio, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

Luego de realizada la recolección, los datos fueron tabulados manualmente y se almacenaron en una base de datos SPSS siendo procesados estadísticamente, los resultados se presentan en tablas para su respectivo análisis e interpretación que se exponen a continuación:

ASPECTOS GENERALES

En relación a los datos generales, específicamente a la edad de los 50 (100%) de pacientes que integraron la muestra, 14 (28%) tienen entre 18 - 20 años, 25 (50%) entre 21 – 40 años, 10 (20%) tienen entre 41 – 60 años, y 1 (2%) de 61 a más años (Anexo K).

Con respecto al sexo, 32(64%) son de sexo masculino, 18(36%) de sexo femenino (anexo L)

En cuanto al nivel de instrucción, 9(18%) tienen un nivel de instrucción de primaria, 31(62%) secundario y 10(20%) nivel de instrucción superior (anexo N).

En relación a la ocupación, 17(34%) tienen trabajo dependiente (obreros y empleados), 21(42%) trabajo independiente (negocio propio o comercio informal) y 12(24%) son estudiantes (anexo M).

Acerca del estado civil, 33(66%) son solteros, 9(18%) casados, 4(8%) convivientes, 3(6%) separados y 1(2%) viudos (anexo O)

ASPECTOS ESPECÍFICOS:

Tabla N° 1
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

NIVEL DE ADHERENCIA	N°	%
ALTO	14	28
MEDIO	23	46
BAJO	13	26
TOTAL	50	100

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

En la tabla N° 1 se observa que de 50(100%) de los pacientes con tuberculosis, 23(46%) presentan un nivel medio de adherencia al tratamiento, 14(28%) nivel alto de adherencia al tratamiento y, en 13(26%) es bajo su nivel de adherencia al tratamiento. La diferencia porcentual entre el nivel medio y alto es de 18% y entre el nivel medio y bajo de 20%.

En los indicadores que se obtuvo un mayor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas: ¿Cuándo se siente mejor deja de

tomar la medicación? los resultados fueron que un 84% de los pacientes respondieron nunca y un 14% respondieron casi nunca. A su vez en la pregunta ¿Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas? los resultados fueron que un 92% de los pacientes respondieron nunca y un 8% respondieron casi siempre y en los indicadores que se obtuvo un menor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas ¿sabe cuándo le toca sus análisis de esputo? Los resultados fueron 30(60%) de los pacientes respondieron casi nunca y 10(20%) respondieron nunca, a su vez en la pregunta ¿Asiste de forma continua a sus controles con el medico? Los resultados fueron 23(46%) de los pacientes respondieron casi siempre y 15(30%) respondieron nunca (ver anexo F)

Tabla N° 2
NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA	N°	%
FAVORABLE	15	30
MEDIANAMENTE FAVORABLE	27	54
DESFAVORABLE	8	16
TOTAL	50	100

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

En la tabla N° 2 se observa que de 50(100%) de los pacientes con tuberculosis, en 27(54%) el nivel de participación de la familia es medianamente favorable, en 15(30%) el nivel de participación es favorable y, en 8(16%) el nivel de participación de la familia es desfavorable. La diferencia porcentual entre el nivel medio y alto es de 24% y entre el nivel medio y bajo, de 38%.

En los indicadores que se obtuvo un mayor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas: ¿Recibe afecto, cariño por parte de sus familiares (papá, mamá y hermanos)? Los resultados fueron que un 74% de los pacientes respondieron siempre y un 26% respondieron casi siempre, en la pregunta ¿Su familia lo apoya en el saneamiento de la vivienda tales como mejorar la ventilación, la iluminación, el aislamiento, eliminación de desechos? Los resultados fueron 58% de los pacientes respondieron siempre y un 30% respondieron casi siempre. En los indicadores que se obtuvo un menor porcentaje son en aquellos expresados en las siguientes preguntas: si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para su alimentación, gastos por su enfermedad? Los resultados fueron 28(56%) de los pacientes respondieron casi nunca y un 12(24%) respondieron nunca, en la pregunta ¿Le ofrecen ayuda su madre y/o familiares cuando dispone de tiempo para acompañarlo a recibir su tratamiento? Los resultados fueron 23(46%) de los pacientes respondieron casi nunca y un 18(36%) respondieron nunca. (Ver anexo F)

TABLA N° 3
NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS Y SU RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN
DE LA FAMILIA, DE UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

NIVEL DE ADHERENCIA	NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA						TOTAL	
	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	8	16	7	14	0	0	15	30
MEDIO	4	8	14	28	4	8	22	44
BAJO	4	8	6	12	3	6	13	26
TOTAL	16	32	27	54	7	14	50	100

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

Relacionando el nivel de adherencia al tratamiento con la participación familiar, en el cuadro N° 3 se observa que del total de pacientes con tuberculosis, en el nivel alto de adherencia al tratamiento son 8(16%) que tienen un nivel favorable de participación de la familia y 7(14%) un nivel medianamente favorable; se observa que tan solo existe un 2% de diferencia entre los niveles de participación familiar.

En el nivel medio de adherencia al tratamiento, 14(28%) presentan un nivel medianamente favorable en la participación de la familia, 4(8%) un nivel favorable y 4(8%) un nivel desfavorable en la participación de la familia,

En el nivel bajo de adherencia al tratamiento, 6(12%) tienen un nivel medianamente favorable en la participación de la familia, 4(8%) un nivel favorable y 3(6%) un nivel desfavorable en la participación de la familia.

2. DISCUSIÓN

En cuanto a los datos generales se obtuvo que existe un mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis que se encuentran entre las edades de 21-40 años, es decir, pertenecen al grupo etario de adultos jóvenes, lo que coincide con la realidad a nivel mundial, ya que según la OMS la tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes y esto se debe al incremento de la vulnerabilidad del individuo desde el punto de vista socioeconómico y biológico, influyendo sobre su capacidad inmunológica.

Con relación al sexo el predominio del sexo masculino coincide con los hallazgos obtenidos por H. Chamizo en el estudio “Estudio del contexto de riesgo de la tuberculosis: una perspectiva ecológica 2005” se concluye que el sexo masculino se encuentra en mayor riesgo para contraer tuberculosis, lo cual se explica por las características de la persona masculina de mayor desgaste físico laboral dentro de los grupos de personas vulnerables socioeconómicamente ante la tuberculosis.

En relación a la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel medio, de 23(46%) respectivamente. En el estudio de M. Heredia sobre “Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán” México 2009, en cuanto a la adherencia al tratamiento, el 51.6% (16) de los participantes se adhirió al tratamiento y el 48.4% (15) no se adhirió al tratamiento, lo cual está relacionado con los determinantes sociales como son la educación, la familia, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente; por lo que informar adecuadamente al paciente, una mejor relación personal de salud-paciente y la adecuada capacitación del personal de salud contribuirían a una mejor vigilancia de la tuberculosis, ya que estos van a influir para que el paciente pueda adherirse al tratamiento y se obtenga un mejor control de la enfermedad. Dichos datos se contrastan con los del estudio debido a que el mayor porcentaje de pacientes se encontraron en un nivel alto y medio de adherencia.

En los indicadores se obtuvo un mayor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas: ¿Cuándo se siente mejor deja de tomar la medicación? los resultados fueron que un 84% de los pacientes respondieron nunca y un 14% respondieron casi nunca. A su vez en la pregunta ¿Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas? los resultados fueron que un 92% de los pacientes respondieron nunca y un 8% respondieron casi siempre y en los indicadores se obtuvo un menor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas ¿sabe cuándo le toca sus

análisis de esputo? Los resultados fueron 30(60%) de los pacientes respondieron casi nunca y 10(20%) respondieron nunca, a su vez en la pregunta ¿Asiste de forma continua a sus controles con el medico? Los resultados fueron 23(46%) de los pacientes respondieron casi siempre y 15(30%) respondieron nunca, lo cual contrasta con lo anterior mencionado debido a que la familia y las percepciones del paciente van a influenciar en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva favoreciendo la adherencia o negativa originando falta de adherencia.

En la participación de la familia se obtuvo que el 54% y 30% de pacientes con tuberculosis presentan una participación de la familia entre medianamente favorable y favorable respectivamente; sin embargo en el estudio de N. Baldeón sobre “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín – Villa María del Triunfo 2006”, concluye que un considerable porcentaje se encuentra entre los rangos de medianamente favorable y desfavorable, lo cual indicaría que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte socio- familiar. Estos resultados difieren con el presente estudio ya que se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel medianamente favorable y favorable, En los indicadores que se obtuvo un mayor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas: ¿Recibe afecto, cariño por parte de sus familiares (papá, mamá y hermanos)? Los resultados fueron que un 74% de los pacientes respondieron siempre y un 26% respondieron casi siempre, en la pregunta ¿Su familia lo apoya en las medidas de

prevención en la vivienda tales como mejorar la ventilación, la iluminación, el aislamiento, eliminación de desechos? Los resultados fueron 58% de los pacientes respondieron siempre y un 30% respondieron casi siempre, En los indicadores se obtuvo un menor porcentaje en aquellos expresados en las siguientes preguntas: si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para su alimentación, gastos por su enfermedad? Los resultados fueron 28(56%) de los pacientes respondieron casi nunca y un 12(24%) respondieron nunca, en la pregunta ¿Le ofrecen ayuda su madre y/o familiares cuando dispone de tiempo para acompañarlo a recibir su tratamiento? Los resultados fueron 23(46%) de los pacientes respondieron casi nunca y un 18(36%) respondieron nunca.

Lo que indicaría que los pacientes del Centro de Salud Max Arias Schreiber presentan un soporte parcial de la familia frente a la enfermedad; sin embargo, estos datos obtenidos podrían mejorar si se incorpora la participación de la familia dentro de la recuperación del paciente con tuberculosis durante el periodo de enfermedad.

Según los datos obtenidos se pudo observar que la familia en un porcentaje mayoritario brinda los cuidados de forma parcial al paciente, cabe mencionar que Dorotea Orem determina diez factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico o la actividad de auto-cuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas dentro de los cuales considera el factor del sistema familiar convirtiéndose en el agente de autocuidado.

En cuanto a la relación entre la adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia, se observa que del total de los pacientes con tuberculosis, el 14(28%) presentan un nivel medianamente favorable del nivel de participación de la familia y un nivel medio en la adherencia al tratamiento, el 3(6%) presentan un nivel desfavorable del nivel de participación de la familia y un nivel bajo en la adherencia al tratamiento.

A su vez en el estudio que lleva por título “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento - Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote 2007” concluyen que una mayor proporción del nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar alto 38%, así mismo se observa una prevalencia en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar moderado 22%, y un nivel de adaptación adecuada con un nivel de apoyo familiar bajo con un 6%, por lo cual concluyen que cuanto mayor sea el apoyo familiar el paciente podrá adaptarse y hacer frente a las situaciones que generen la enfermedad, por ello es que se difieren con los datos del presente estudio, ya que al observar que la participación y adherencia al tratamiento se encuentran entre un nivel medio, alto, medianamente favorable y desfavorable, esto indicaría que los pacientes del Centro de Salud Max Arias Schreiber una participación parcial de la familia y por ello podrá hacer frente a situaciones que genere la enfermedad y de esta manera adherirse al tratamiento.

La OMS menciona que la familia es el entorno en donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de la salud y a su vez va a ser la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas, esto quiere decir que la familia va a favorecer la recuperación del familiar enfermo con tuberculosis.

Al establecer la relación entre las variables mediante a prueba estadística de Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 4, se encontró que el valor calculado es mayor que el tabulado, lo cual es significativa para validar la hipótesis. Por lo que se comprueba que la adherencia y la participación de la familia de los pacientes con tuberculosis tienen una relación directa, por tanto se acepta la hipótesis planteada en el presente estudio.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y

LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber se encuentra en un nivel “medio” lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento farmacológico, indicaciones médicas, exámenes y pruebas de control de forma parcial, evidenciado por un menor cumplimiento de los controles médicos y exámenes bacteriológicos.
2. El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, contando el paciente con una parcial participación de la familia, lo cual se evidencio por el escaso soporte económico para solventar gasto de la enfermedad , alimentación , además la falta de acompañamiento del familiar para acudir al Centro de Salud .
3. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, aceptando la hipótesis de estudio.

RECOMENDACIONES

- a. Establecer un plan de intervención para prevenir la no adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis, que involucre al paciente, la familia y comunidad con enfoque preventivo promocional considerando a la persona y familia como centro de la atención.
- b. Incentivar la participación del profesional de enfermería en la planificación, ejecución y evaluación de estrategias educativas en la estrategia de control de la tuberculosis y en la propia comunidad dirigidas a prevenir la tuberculosis.
- c. Diseñar e implementar programas de educación al familiar acompañante del paciente con tuberculosis de la ESNPCT a fin de contribuir al fomento de la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis con el objetivo de que se involucren en el cuidado del paciente como ente de soporte social efectivo, informativo y valorativo.
- d. Realizar estudios similares desde un enfoque cualitativo considerando las subjetividades de las personas, a fin de comprender las vivencias de pacientes y familias y los significados que otorgan a la enfermedad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La tuberculosis. Boletín informativo (Internet). [fecha de acceso 10/3/14]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/=13/3/13>.
2. MINSA. ESNPCT. Informe operacional. 2013. (internet). [fecha de acceso 31/1/14].
Disponible en:
http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=19&lcobj=4&lcper=1&lcfreq=31/1/2014
3. Baldeon. N. Relación entre el Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con TBC. [Tesis para obtener el Título de Lic. En Enfermería UNMSM]. 2007. Lima-Perú.
4. OMS, 10 datos sobre la tuberculosis boletín informativo, 2014.
<http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
5. OMS. Datos y Cifras de Tuberculosis. Marzo de 2014. (Internet). [Acceso: 1 de Abril del 2014].
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>.
6. El comercio. Cada año unos 3.200 pacientes de TBC abandonan su tratamiento en el país. (Internet). Peru.2014. [fecha de acceso 20/02/14].
Disponible en:

http://elcomercio.pe/lima/sucesos/cada-ano-200-pacientes-tbc-abandonan-su-tratamiento-pais_1-noticia-1587524.

7. Ríos. M, Suarez. C, Muñoz. D, Gómez. M, sobre factores asociados a recaídas por tuberculosis en lima este- Perú.202.vol.19. N°1.
8. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. 2006. NLM. (W 85): 105-107.
9. Mesén. M. Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. [tesis para licenciatura] Costa Rica. 2008.
10. Cardoso. A y Maza. R. Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento- Hospital Eleazar Guzmán Barronuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Lic. En enfermería Universidad de Trujillo]. 2007. Lima – Perú.
11. Gómez. G, M. Lara. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar. Mexico.2006.
12. Pinedo. C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. fortaleza-lima. [Tesis para optar el título de Lic. En enfermería UNMSM]. 2007. Lima-Perú.
13. Arriola. P, Castillo. T, G. Quispe. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso en el Hospital De Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal. [tesis para licenciatura UNMSM.]. 2008. Lima- Perú.
14. Heredia. M. Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán. México. 2009
15. Muñoz. A, Rubiano. Y. Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados. Colombia. 2011

16. Ministerio de salud de Argentina. La tuberculosis. Mayo 2009. Vol. 3. Pág 5.
17. Ministerio de salud de Argentina. La tuberculosis. Mayo 2009. Vol. 3. Pág.6
18. Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis. (Internet). [Fecha de acceso:23/03/15]
Disponible en:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
19. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. 2013.
20. Rodríguez. E, Mondragón. C. adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. 2014. Vol.43. N° 1. Pág. 104-119.
21. Salinas. E. Adherencia terapéutica.2012. Vol. 11, N° 2: Pág. 102-104.
22. Salud Madrid. Adherencia terapéutica estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéutas.2006. vol. 13. N° 8.
23. Universidad de Catambria. Bases históricas y teóricas de la enfermería. (internet). [Fecha de acceso: 28/04/14]
Disponible en:
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28III%29.pdf>.
24. Vega. O y Gonzales. D. Teoría del déficit del autocuidado. (internet). [Fecha de acceso: 20/03/14]
Disponible en:
<file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/DialnetTeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>.

25. Marriner, A, "Modelos y teorías en enfermería"; 2da Edición. Editorial Elsevier, Madrid, España.2007, pg.521.
26. Torres. R. participación ciudadana y educación. 2001. Pág. 2-8.
27. Martí. J, pascual. J, Rebollo. O. participación y desarrollo urbano en un medio comunitario. Iepala. 2007.
28. Montaña. L. liderazgo, participación comunitaria y ciudadana. 2005.
29. Dueñas. L, García. E. el estudio de la cultura de participación, aproximación a la demarcación del concepto. 2012. Vol. 80. Pág. 3-9.

30. Bustamante. S. Enfermería familiar. 2004. Pág. 15-87.
31. Enciclopedia en español. La familia: concepto, tipos y evolución. 2009.
32. Osorio. A, Álvarez. A. introducción a la salud familiar. Modulo once. 2004. Vol. 1. Pág. 12-33.
33. OPS. La familia y la salud. 2003. Pág. 8-14.
34. Delgado. J. el cuidado cotidiano y la salud de la familia. 2001. Vol. 3. N°1. Pág. 21

BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola. P, Castillo. T, Quispe. G. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso en el Hospital De Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal. [tesis para licenciatura] Lima- Perú. UNMSM. 2008.
2. Arrupe. P. participación ciudadana y sistematización de experiencias. 2007. Vol.2.
3. Bustamante. S. Enfermería familiar. Perú. 2004.
4. Baldeon. N. Relación entre el Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con TBC. [Tesis para obtener el Título de Lic. En Enfermería UNMSM]. 2007. Lima-Perú.
5. Cardoso. A y Maza. R. Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento- Hospital Eleazar Guzmán Barron-nuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Lic. En enfermería Universidad de Trujillo]. 2007. Lima – Perú.
6. Dueñas. L, García. E. el estudio de la cultura de participación, aproximación a la demarcación del concepto. 2012. Vol. 80.
7. Delgado. J. el cuidado cotidiano y la salud de la familia. 2001. Vol. 3. N°1. Pág.
8. Dilla. T, Valladares. A, Lizan. Adherencia y persistencia terapéutica, consecuencias y estrategias de mejora. (internet). [Fecha de acceso: 7/5/09].
Disponble en:
<file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/Adherencia%20terape%C3%BAtica%20At%20Prim%202009.pdf>.
9. Enciclopedia en español. La familia: concepto, tipos y evolución. 2009.

10. Gómez. G, M. Lara. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar. Mexico.2006.
11. Heredia. H. Influencia de determinantes en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, Yucatán. México. 2009
12. Ministerio de salud de Argentina. La tuberculosis. Mayo 2009. Vol. 3.
13. Muñoz. A, Rubiano. Y. Adherencia al tratamiento antituberculoso: voces de los implicados. Colombia. 2011
14. Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis. (Internet). [Fecha de acceso:23/03/15]
Disponibile en:
15. Mesén. M. Determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados. [tesis para licenciatura] Costa Rica. 2008.
16. MINSA, construyendo la agenda de la tuberculosis en la región la libertad.2013. (Internet). [Fecha de acceso: 18/05/14].
Disponibile en:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=996&Itemid=892
17. Martin. A. acerca del concepto de adherencia terapéutica. 2004. Vol. 40. N° 4.
18. Martí. J, pascual. J, Rebollo. O. participación y desarrollo urbano en un medio comunitario. Iepala. 2007.
19. Montaña. L. liderazgo, participación comunitaria y ciudadana. 2005.
20. Marriner, A, “Modelos y teorías en enfermería”; 2da Edición. Editorial Elsevier, Madrid, España.2007.
21. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. 2013.

22. OMS. La tuberculosis. Boletín informativo (Internet). [fecha de acceso 10/3/14]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/=13/3/13>.
23. OMS, 10 datos sobre la tuberculosis boletín informativo, 2014.
<http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
24. OMS. Datos y Cifras de Tuberculosis. Marzo de 2014. (Internet). [Acceso: 1 de Abril del 2014].

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>.
25. Osorio. A, Álvarez. A. introducción a la salud familiar. Modulo once. 2004. Vol. 1.
26. OPS. La familia y la salud. 2003.
27. Orueta. R, estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. 2005. Vol.20. N° 2.
28. Pinedo. C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la e.s.n. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. fortaleza-lima. [Tesis para optar el título de Lic. En enfermería UNMSM]. 2007. Lima-Perú.
29. Rodríguez. E, Mondragón. C. adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. 2014. Vol.43. N° 1.
30. Salinas. E. Adherencia terapéutica.2012. Vol. 11.
31. Salud Madrid. Adherencia terapéutica estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéutas.2006. vol. 13. N° 8.
32. Torres. R. participación ciudadana y educación. 2001.

33. Universidad de Catambria. Bases históricas y teóricas de la enfermería. (internet). [Fecha de acceso: 28/04/14]

Disponible en:

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28III%29.pdf>.

34. Vega. O y Gonzales. D. Teoría del déficit del autocuidado. (internet). [Fecha de acceso: 20/03/14]

Disponible en:

<file:///C:/Users/Invitado.PROFESSIONAL/Downloads/DialnetTeoriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

A.	Operacionalización de la Variable	I
B.	Matriz de consistencia del diseño metodológico	VII
C.	Instrumento: Encuesta	IX
D.	Validez de contenido	XVI
E.	Prueba estadística confiabilidad del instrumento alfa de crombach	XVII
F.	Tabla de matriz general	XVIII
G.	Categorización de la variable adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis Según stanone	XXII
H.	Categorización de la variable participación de la familia Según stanone	XXIII
I.	Correlación de variables ji cuadrado	XXIV
J.	Distribución según la edad de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud lima-Perú. 2014.	XXV
K.	Distribución según el sexo de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud lima-Perú. 2014	XXVI
L.	Distribución según el estado civil de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud lima-Perú. 2014	XXVI
M.	Distribución según la ocupación de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud lima-Perú. 2014	XXVII
N.	Distribución según el grado de instrucción de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un Centro de Salud lima-Perú. 2014	XXVIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Adherencia al tratamiento de TBC	Es el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamento, la pauta posológica, el plazo prescrito, seguir y ejecutar cambios de estilos de vida; lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control de toda aquella	La adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis es el nivel de cumplimiento, de la persona a la cual se le diagnostica tuberculosis, con confirmación bacteriológica (BK+) y radiológica (+), en relación con los medicamento, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida; tomando todos los medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones medicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Controles médicos • Reacciones adversas al tratamiento. • Examen de esputo • Régimen de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto ➤ Medio ➤ Bajo.

	<p>persona a la cual se le diagnostica tuberculosis, con confirmación bacteriológica (BK+) y radiológica (+) que asiste el C.S. "Max Arias Schreiber.</p>	<p>durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control. Lo cual será medido a través de un cuestionario cuyo valor final será alto, medio, bajo.</p>			
			<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida (hábitos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del horario de medicamentos • Medidas de bioseguridad. <ul style="list-style-type: none"> - eliminación de desechos - Separa sus utensilios 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • acceso a la 	

			a la atención	información <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos. • Horario de atención. 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Socioeconómico 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso geográfico • Acceso económico 	
			<ul style="list-style-type: none"> • enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad de síntomas y/o enfermedad adicional 	
Participación de la familia	- La participación es la intervención directa e indirecta	Es la intervención de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades en el	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda cuidados 	Le ofrecen ayuda en su cuidado con la ventilación del hogar,	<ul style="list-style-type: none"> ➤ favorable ➤ Median

	<p>en la toma de decisiones y las responsabilidades desde el lugar en el que se está, desde la función que se ocupa, para ello es necesario el diálogo y la organización. Implica también involucrarse personalmente en las tareas necesarias, insistir en aquellos aspectos que se quieren modificar o mejorar.</p> <p>- Considerando a la familia como un organismo vivo</p>	<p>cuidado del miembro de la familia con tuberculosis, lo que implica involucrarse personalmente brindando el soporte psico – social para el cumplimiento del tratamiento, controles, cumplimiento de medidas de bioseguridad. Así como en los hábitos y estilos de vida que se quieren modificar o mejorar, todo ello dentro del contexto del cuidado de la salud familiar.</p> <p>Lo cual fue medido a través de un cuestionario cuyo valor final fue, favorable medianamente favorable, desfavorable.</p>		<p>eliminación de desechos, la iluminación, acompaña a recibir tratamiento.</p>	<p>amente favorable ➤ desfavorable</p>
--	--	--	--	---	--

	<p>complejo, que brinda el soporte afectivo, social, valorativo e informativo cumpliendo su función cuidadora. cuya trayectoria de vida es un transcurrir de</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Soporte afectivo 	<p>Muestras de cariño y afecto. Recibe elogios</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> • económico 	<p>La familia le ayuda con los gastos de su alimentación. La familia le ayuda con los gastos de la enfermedad</p>	

	<p>diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedad es, que lucha por su preservación y desarrollo en un espacio – tiempo y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • informativo. 	<p>La familia le brinda información sobre la enfermedad.</p>	
--	--	--	--	--	--

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL DISEÑO METODOLÓGICO

- ✓ Problema: ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su relación con la participación de la familia, centro de salud Max Arias Schreiber 2014?

- ✓ Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en pacientes con tuberculosis.

TIPO	NIVEL	ÁREA DE ESTUDIO	POBLACIÓN	MUESTRA	TÉCNICA	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
			Criterio de Inclusión: La persona adulta con Tuberculosis Pulmonar inscritos en el Programa de Tuberculosis:	1. Tamaño de	Para la recolección	Cuestionario

<p>Cuantitativo descriptivo correlacional de corte trasversal</p>	<p>aplicativo</p>	<p>CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHERIBER</p>	<p>*Personas con tuberculosis pulmonares inscritas mayores de 18 años sin distensión de sexo. *Aceptar voluntariamente ser parte del estudio. *Que este psicológicamente estable. *Personas que estén recibiendo tratamiento con una duración no menor 5 meses. Criterio es Exclusión: *Personas con alteraciones mentales. *Personas con una enfermedad adicional a la tuberculosis pulmonar.</p>	<p>muestra: 50 2. Tipo de muestreo no probabilístico.</p>	<p>de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como técnica la encuesta.</p>	<p>sobre el nivel de adherencia al tratamiento y participación al tratamiento.</p>
---	-------------------	---	--	---	--	--

ANEXO C

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En el presente estudio de Investigación se considera los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, aplicando los siguientes criterios.

Consentimiento Informado: Consistió en solicitar autorización a los participantes, se les explicó el tipo de investigación al realizar, logrando la aceptación voluntaria de las personas una vez conocida la finalidad de la investigación.

Confidencialidad: Se refiere a que todo lo expuesto por los pacientes no pueden ser revelados únicamente serán utilizados solo para fines de investigación.

Privacidad: Se tuvo en cuenta desde el inicio de la investigación el anonimato de los encuestados, criterio cumplido al no revelarse los nombres de los participantes con sentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS Y LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA, EN EL
CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHEREIBER.**

Yo _____ paciente del centro de salud Max Arias Schreiber identificado con el DNI n° _____ a la señorita Catherine Yesela Suarez Ponce estudiante de enfermería del 5to año de la UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS para la aplicación de la encuesta que determinara el nivel de participación de la familia en pacientes con tuberculosis y la adherencia al tratamiento.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído, me ha sido leído y explicado, y que comprendo perfectamente su contenido.

Comprendiendo este documento, doy mi consentimiento para la realización de la encuesta y la observación que realizaran dentro de mi hogar y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE
ENCUESTA

NOMBRE:

DNI:

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA

NOMBRE:

DNI:

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)



CUESTIONARIO

PARA EVALUAR EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS

INTRODUCCIÓN

Buenos días, mi nombre es Catherine Yesela Suarez Ponce y soy estudiante de 5° año de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. El siguiente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, cuyos resultados obtenidos serán utilizados para determinar el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su relación con la participación de la familia, en este centro de salud, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz, este cuestionario es totalmente anónimo y desde ya agradezco su gentil colaboración.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: 2. Sexo: 3. Grado de
Instrucción: 4. Ocupación:..... 5. Estado Civil:
Soltero () Casado () Conviviente () Separado () viudo()

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de este cuestionario y marque con un aspa (X) la alternativa que a Ud. Le parezca correcta, por favor que sea totalmente sincero(a).

II. NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. ¿Cuándo acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud en cuanto a su tratamiento?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

2. ¿Se ha olvidado alguna vez tomar su medicamento?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

3. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

4. ¿Cuándo se siente mejor deja de tomar la medicación?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

5. ¿Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

6. ¿Sabe usted cuando le toca sus análisis de esputo?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

7. ¿Cuándo acude al centro de salud recibe su tratamiento completo?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

8. ¿En la consulta médica se preocupan por la evolución de la enfermedad?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

9. ¿Le solicitan la muestra de esputo cuando acude al centro de salud?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

10. ¿Usted ha presentado alguna dificultad económica para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

11. ¿Usted ha presentado alguna dificultad para llegar al centro de salud para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

12. ¿Usted ha presentado algún problema de salud para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

13. ¿Separa sus utensilios (plato, cuchara, vasos) de las demás personas que conviven en su casa?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

14. ¿Asiste de forma continua a sus controles con el médico?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

III. NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

1. ¿Recibe muestras de afecto, cariño por parte de sus familiares (Papá, mamá y hermanos)?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

2. ¿Su familia le brinda información que a usted le interesa para el cuidado de su salud?

- a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

3. ¿Recibe elogios de sus familiares por el cumplimiento de su tratamiento?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

4. ¿Le ofrecen ayuda su madre y/o familiares cuando dispone de tiempo para acompañarlo a recibir su tratamiento?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

5. ¿Su familia lo apoya en las medidas de prevención en la vivienda tales como mejorar la ventilación, la iluminación, el aislamiento, eliminación de desechos?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

6. Si dejo de trabajar: ¿recibe apoyo económico por parte de su familia para su alimentación, gastos por su enfermedad?

a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca

Muchas gracias por su tiempo y su sinceridad que tenga un buen día.

ANEXO D
VALIDEZ DE CONTENIDO

N° PREGUNTAS	JUEZ DE EXPERTO								VALOR DE "p"
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
11	1	1	0	1	1	1	1	1	0.14453
12	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
15	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
16	1	1	1	0	1	1	1	1	0.00391
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
18	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
19	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
20	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391

"p" = 0.018

ANEXO E
PRUEBA ESTADÍSTICA
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
KUDER - RICHARDSON Y ALFA DE CROMBACH

- **Kuder - Richardson**

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1}\right) * \left(1 - \frac{\sum p.q}{Vt}\right)$$

Donde: el coeficiente Kuder-Richardson > 0.5 para que sea confiable

K = N° de Ítem. S² = Varianza total Σpq = Sumatoria de varianza de cada Ítem

Reemplazando la expresión:

Se obtiene Kuder -Richardson = 0.6

Por lo tanto el instrumento es confiable.

- **Alfa de crombach**

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Alfa de crombach=0.715

ANEXO F
TABLA DE MATRIZ GENERAL

encuestas	edad	sexo	G. I	ocupación	E. civil	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO														total	PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA						total
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	
1.	2	1	3	1	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	55	4	4	2	1	4	4	19
2.	3	2	2	2	2	2	3	4	4	4	1	4	4	1	3	4	4	4	4	46	1	2	2	1	4	1	11
3.	2	1	2	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	4	49	4	4	4	4	4	4	4	24
4.	1	1	2	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	49	4	4	4	4	4	4	2	22
5.	2	2	2	1	2	4	3	3	4	4	1	4	4	1	1	4	4	1	1	42	4	1	1	3	1	2	12
6.	1	2	1	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	56	4	4	4	4	4	4	24
7.	3	1	3	2	1	2	2	4	3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	2	38	4	4	4	4	4	3	23
8.	2	2	3	1	4	2	3	1	3	4	4	4	3	3	3	1	3	3	2	39	2	3	1	4	1	3	14
9.	2	1	2	2	1	4	2	4	1	4	4	4	4	4	3	1	2	2	4	43	4	4	4	4	4	4	2

																									4		
10.	2	2	2	1	1	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	53	4	4	4	4	4	4	2	
11.	2	1	3	1	1	3	3	4	4	4	3	4	4	4	2	3	3	2	3	46	3	2	3	3	3	3	1
12.	4	1	1	2	2	3	4	4	4	1	4	4	4	4	1	1	3	1	4	42	4	1	4	4	4	4	2
13.	3	1	1	2	3	4	4	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	50	4	4	1	1	4	4	1
14.	1	1	2	3	1	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	50	4	4	4	4	3	3	2
15.	1	1	2	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	4	51	4	4	4	4	4	4	2
16.	2	1	2	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	52	4	4	4	4	3	2	2	
17.	2	1	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	49	4	4	4	4	4	4	2	
18.	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	51	4	4	4	4	4	4	2
19.	1	1	1	2	1	2	1	1	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	3	37	1	3	3	3	3	3	1
20.	3	1	2	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	2	47	4	4	4	4	4	4	2	
21.	3	1	2	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	1	4	51	4	4	4	4	4	1	2
22.	1	2	2	3	1	4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	1	3	46	2	2	2	3	2	2	1
23.	1	1	2	3	1	2	3	3	4	4	3	4	4	1	4	4	1	3	3	43	4	4	3	4	3	4	2
																										2	

24.	1	1	2	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	53	4	2	4	4	4	4	2
25.	2	1	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	50	1	1	1	1	1	1	1	6
26.	3	1	1	2	2	4	4	4	1	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	49	4	3	3	4	4	4	2
27.	2	2	3	2	2	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	1	3	45	4	4	4	3	4	3	2
28.	3	1	1	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	53	4	4	4	3	4	2	2	
29.	1	2	2	3	1	3	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	3	2	48	4	4	3	2	4	4	2
30.	2	1	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56	4	4	4	4	1	1	1	
31.	2	2	2	1	1	4	2	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	2	4	48	4	2	3	3	4	1	1
32.	2	2	3	3	1	4	3	3	4	4	3	3	4	2	3	4	4	3	3	47	4	3	4	3	3	4	2
33.	2	2	2	2	5	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	48	3	3	3	3	3	3	1
34.	1	1	2	3	1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	51	4	2	3	3	4	4	2
35.	1	2	3	3	1	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	49	3	3	3	3	3	3	1
36.	2	1	2	2	1	2	2	3	4	4	4	4	4	3	4	2	4	1	3	44	3	4	3	3	3	3	1
37.	1	1	1	1	1	3	2	3	3	4	3	4	3	4	2	2	3	4	3	43	3	3	3	3	3	3	1
38.	1	2	2	3	1	4	2		4	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	43	4	3	3	4	3	4	2

39.	1	1	2	3	1	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	3	44	4	1	4	4	3	4	2	0
40.	2	2	2	1	1	3	2	2	3	4	4	4	3	4	3	3	3	2	3	43	4	3	4	4	4	4	2	3
41.	3	2	2	2	2	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	3	43	3	1	3	3	3	3	1	6
42.	2	1	2	2	2	3	3	2	4	4	2	4	3	3	3	3	3	2	3	42	3	3	3	3	3	3	1	8
43.	3	1	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	55	4	4	4	4	4	4	2	4
44.	2	1	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1	4	46	4	4	4	4	4	4	2	4
45.	3	1	3	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	1	4	50	4	1	1	1	1	1	1	9
46.	2	1	3	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	52	4	4	4	4	4	4	2	4
47.	2	1	2	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	37	3	3	3	3	3	3	1	8
48.	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	52	4	4	4	4	4	4	2	4
49.	2	2	2	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56	4	4	4	4	4	4	2	4
50.	2	1	2	1	1	2	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	3	45	4	1	2	4	4	4	1	9

ANEXO G
CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 47.54$$

2. Se calculó la desviación estándar: DS = 4.96

3. Se establecieron valores para a y b

–

$$a = X - (0.75) S$$

$$a = 47.54 - (0.75) 4.96$$

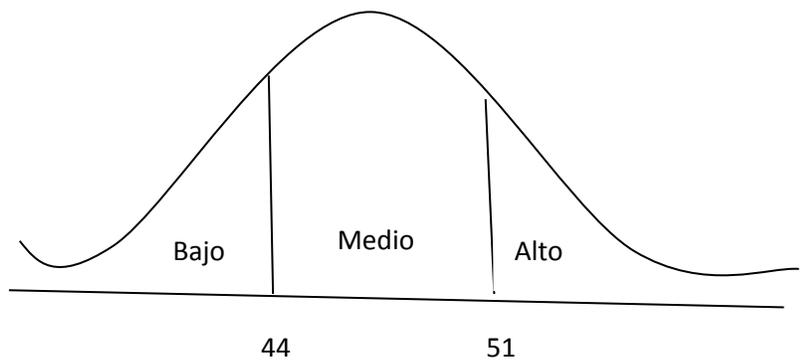
$$a = 43.82 = 44$$

–

$$b = X + (0.75) S$$

$$b = 47.54 + (0.75) 4.96$$

$$b = 51.26 = 51$$



CATEGORÍAS INTERVALOS

Adherencia Bajo 0 - 43

Adherencia Medio 44-50

Adherencia Alto 51 a más.

ANEXO H
CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE PARTICIPACIÓN DE LA
FAMILIA
SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 19.82$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 4.2$$

3. Se establecieron valores para a y b

–

$$a = X - (0.75) S$$

$$a = 19.82 - (0.75) 4.2$$

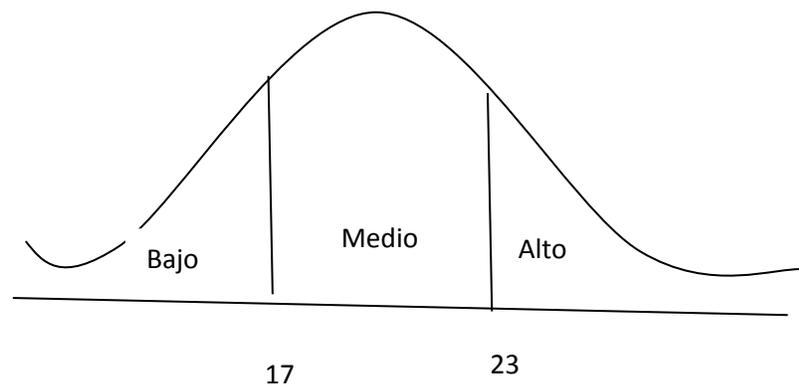
$$a = 16.67 = 17$$

–

$$b = X + (0.75) S$$

$$b = 19.82 + (0.75) 4.26$$

$$b = 22.97 = 23$$



CATEGORÍAS INTERVALOS

Desfavorable 0 - 16

Medianamente favorable 17 - 22

Favorable 23 a más

ANEXO I
CORRELACIÓN DE VARIABLES
JI CUADRADO

1. Definición de Variables

X1 : Adherencia sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis

X2 : participación de la familia de los pacientes con tuberculosis

Ambas variables son de tipo cuantitativo y han sido clasificadas en diferentes categorías, como son:

X1	{	Bajo	X2	{	Favorable
		Medio			Medianamente favorable
		Alto			Desfavorable.

2. Nivel de significancia (α)

Se definió el nivel de significancia de 5% que nos permitió realizar la comparación en el instrumento para tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

3. Grados de Libertad (gl)

Permitió obtener una estadística de tabla y se obtiene de la siguiente manera.

Desde número de filas, número de columnas

Para el muestreo caso $gl = (3-1) \times (3-1) = 4$

4. Estadística de contraste Que se obtuviera de la tabla de distribución χ^2 (chi cuadrados).

El valor obtenido es: 0.711

Grado de libertad = 4

$\chi^2 = 7.3$

Como la estadística de prueba cae en la región de rechazo se decide: rechazar la hipótesis nula H_0 . Lo que indica que las variables son dependientes

ANEXO J
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN
UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

PACIENTES		
EDAD	N°	%
18-20	14	28.0
21-40	25	50.0
41-60	10	20.0
61-80	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

ANEXO K
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN
UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

PACIENTES		
SEXO	N°	%
MASCULINO	32	64.0
FEMENINO	18	36.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

ANEXO L
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN
CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Primaria	9	18.0
Secundario	31	62.0
Superior	10	20.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

ANEXO M
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN
UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

OCUPACIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Dependiente	17	34.0
Independiente	21	42.0
Estudiante	12	24.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

ANEXO N
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN
UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2014

PACIENTES		
ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	33	66.0
Casado	9	18.0
Conviviente	4	8.0
Separado	3	6.0
Viudo	1	2.0
Total	50	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes con tuberculosis del C.S. Max Arias Schreiner. 2014.

ANEXO O
POBLACIÓN MUESTRAL

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

k= El nivel de confianza= 95%

N= Es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)

p=Proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio

q= Proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

e= Es el error muestral deseado

Muestra de la población=50