



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“RIESGO FAMILIAR TOTAL Y ACTITUD DE LOS
FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE
SALUD INFANTAS LOS OLIVOS, LIMA 2017.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**ALCA CABANA, MARIA DEL CARMEN
TERREROS ESTEBAN, KARINA**

**LIMA – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A nuestra familia, por su gran apoyo incondicional, en todo el proceso de nuestro aprendizaje, gracias a ellos alcanzamos nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darnos la sabiduría para terminar nuestra tesis, agradecer a nuestras familias por brindarnos su gran apoyo y agradecer a nuestro asesor de tesis Mg. Alejandro Borda Izquierdo por su apoyo, comprensión y paciencia, brindada en el proceso de la realización de la tesis.

ASESOR
Mg. Borda Izquierdo, Alejandro

JURADOS

Presidenta: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

Secretaria: Dra. María Hilda Cárdenas Cárdenas

Vocal: Mg Milagros Lizbeth Uturunco Vera

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR	v
JURADOS	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	14
1.1 Planteamiento Del Problema.....	14
1.2. Formulación Del Problema.....	21
1.3. Justificación	21
1.4. Objetivo	22
1.4.1. Objetivo General	22
1.4.2 Objetivos Específicos.....	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1. Antecedentes.....	23
2.1.1. Antecedentes Internacionales	23
2.1.2. Antecedentes Nacionales	27
2.2 Base Teórica.....	32
2.2.1. Riesgo Familiar Total	32
2.2.4. Actitud.....	42
2.3 Terminología Básica	47
2.4 Hipótesis	48
2.5 Variables.....	48
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	51
3.1. Tipo De Investigación	51
3.2. Población.....	51
3.3. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos	52
3.4. Procesamiento De Datos Y Análisis Estadísticos.....	55

3.5. Aspectos Éticos	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discusión	65
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1 Conclusiones	68
5.2 Recomendaciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Relación entre riesgo total y actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud infantas - Los Olivos 2017.	49
Tabla 2.	Correlaciones entre las variables “ Riesgo familiar” y “Actitud de los Familiares”	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N°1.	Riesgo familiar total de los familiares de los pacientes tuberculosis pulmonar del Centro de salud Infantas - los Olivos, 2017.	59
Gráfico N° 2.	Dimensiones del riesgo familiar total de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Infantas - Los Olivos, 2017.	60
Gráfico N°3	Actitud de los familiares con tuberculosis Pulmonar en el centro de salud Infantas - Los Olivos, 2017.	61
Gráfico N° 4.	Dimensiones de la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud infantas los olivos 2017.	62

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de datos	78
Anexo B. Consentimiento informado	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Infantas Los Olivos, Lima, 2017.

Material y método: El estudio es de enfoque cuantitativo de diseño descriptivo correlacional. La población fue 50 familias que asisten a la estrategia sanitaria de control y prevención tuberculosis en el Centro de Salud Infantas en Los Olivos. La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento utilizado fue el cuestionario Riesgo Familiar Total :5-33 de Pilar Amaya.

Resultados: Existe relación entre riesgo familiar total y actitud de los familiares con tuberculosis se identificó mediante la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman, se obtuvo un coeficiente de $-0,356$ con un margen de error del 5% ($p = ,011$). En relación a la variable Riesgo Familiar Total predominó familias con bajo riesgo con 94 %, y para la variable actitud de los familiares en su mayoría tiene una actitud de aceptación con 80 %.

Conclusiones: Existe relación entre riesgo familiar total y actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis, en su mayoría presentaron riesgo familiar total de bajo riesgo y una actitud de aceptación en los familiares.

Palabras claves: “Riesgo”, “Riesgo familiar total”, “ Actitud de los familiares”, “ familia.”

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between total family risk and the attitude of the family members of patients with pulmonary tuberculosis in Infantas Los Olivos Health Center, Lima, 2017

Material and method: The study is of quantitative approach of correlational descriptive design. The population was 50 families that attend to the health strategy of control and prevention of Tuberculosis in Infantas Los Olivos Health Center. The used technique was survey. The used instrument was the total family risk 5-33 questionnaire of Pilar Amaya.

Results: There is a relationship between total family risk and attitude of family members with Tuberculosis. Through the nonparametric test of bivariate correlation of Spearman, a coefficient of -0.356 was obtained with a margin of error of 5% ($p = .011$). In total family risk, families with low risk predominated with 94% and for the attitude variable of relatives, mostly has an attitude of acceptance 80%.

Conclusions: There is a relationship between total family risk and attitude of the family members of the patients with tuberculosis, mostly they presented total family risk with low risk and an attitude of acceptance in the relatives.

Keywords: "risk", "total family risk", "family attitude", "family."

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

Se Considera a la familia un conjunto de personas en donde existe un parentesco de consanguinidad, y la Organización Mundial de la Salud la define como sociedad, que debe realizar diferentes funciones en los aspectos biopsicosocial, en la parte educacional, espiritual y económico, asimismo es considerada un elemento fundamental donde es importante la comprensión y el funcionamiento en la sociedad. La familia es la encargada de enseñar como cumplir satisfactoriamente el papel en la sociedad y así poder transmitir los valores y tradiciones a las siguientes generaciones. Esta estructura familiar ha cambiado según su tradición con respecto a sus labores, integrantes, etapas de vida y funciones de los padres, en donde la labor de la mujer, ha cambiado por presentar problemas en su situación económica, teniendo la necesidad de trabajar fuera del hogar para obtener nuevos beneficios para poder sustentar las necesidades en la familia (1).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a una familia “Un ambiente en el cual está constituida por la conducta y las determinaciones de la salud y en el cual establecen una formación de normas, principios, y reglas en una sociedad”. Por lo tanto, se define a una familia como entidad básica de una sociedad en donde se tiene

más facilidad de poner en práctica actividades para prevenir y promocionar la salud (2).

Es considerada el núcleo más importante donde se desenvuelven como personas, esto gracias a los vínculos afectivos que benefician o afectan los aspectos: social, cultural, personal y en la salud. Los grupos familiares realizan las funciones diarias en su hogar y en un ambiente que los rodea con la finalidad de resguardar la salud de cada individuo, caso contrario puede originar una inseguridad en la salud del individuo que afecta su estado y mejoramiento en su salud, en la actualidad un déficit en los diferentes niveles de atenciones básicas en la salud, en las viviendas, educación situación económica tiene como consecuencia los riesgos familiares, en una población (3).

Sobre este particular en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), el 2016 se encuentra que las asistencias de las viviendas los accesos a las necesidades básicas como son el agua, luz y servicio de desagüe para botar las excretas, están asociadas a la situación que presenta una comunidad. Siendo la luz eléctrica un servicio de alta cobertura en las familias en el país. En el país, el 93,8% de las viviendas cuenta con este servicio, por lo cual presenta un aumento de 4,6 puntos al porcentaje del año 2012 (89,2%). Las familias más favorecidas son de la zona urbana, que cubre el 98,6%; de estos servicios.

Por el contrario, la zona rural se evidencia un aumento de 10,5 puntos al porcentaje del año 2012 (cambiando de 69,6% al 80,1%). La zona urbana con un 83,8% las familias utilizaban el agua para consumo que obtenían de la red pública, ya esta sea en la vivienda o fuera de esta en un grifo del entorno en semejanza al 70,4% de las viviendas de una zona rural que usa estas fuentes; considerando, un 15,4% de las viviendas de esta zona usan el agua del río, manantial, y acequia e incluso agua de lluvia, para beber (4).

Se define como Riesgo familiar total a una “posibilidad de eventos adversos que se presenta en forma individual o en familias en donde pueden presentarse enfermedades o desorganización esto a causa de presentar algunas alteraciones en las características cuando se realiza la valoración”. Toda familia se encuentra en riesgos biológico-demográficos según su composición y su aspecto social como económico, en donde también incluimos a la parte psicoafectiva y su forma de vida, la forma habitual como llevan su salud, y los servicios que la sociedad les proporciona para mantener su salud (5).

Estos riesgos de los integrantes están vinculados con su conducta y la posición que tiene actualmente cada familia inmersa, esto indica que una familia debe ser una de las beneficiarias de los servicios para la salud y facilite la atención de los integrantes y así poder mejorar su salud y brindar mejores condiciones de vida de cada agrupación familiar. La familia es una unidad importante para la sociedad y esta interrelacionada con el medio natural de la sociedad y de la cultura. En el área de la salud, la familia debe ser considerada como una unidad básica de intervenciones, en donde los integrantes “tengan un compromiso de alimentarse en forma emocional y física, y así pueda brindar el tiempo, dinero y espacio”, consideramos que debemos tener muy en cuenta la atención de cada familia para poder mejorar y mantener la salud en la población (6).

La actitud es la predisposición para actuar de forma determinada a una situación social, que implica a una tendencia de acercamiento, indiferente, puede ser favorable o desfavorable. Estas actitudes se manifiestan a través de gestos, palabras y forma emocional de comunicarse, teniendo en cuenta que la influencia de los grupos en el cual se relaciona la persona contribuye a la formación de las actitudes. Cuando uno de los integrantes de un grupo es interdependiente influyen en el comportamiento de los demás, es por esto que después de algún tiempo los integrantes desarrollan valores, creencia, normas y actitudes muy diferentes a las situaciones de nuestra sociedad (7).

Por otro lado; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera: a la tuberculosis una enfermedad con alto porcentaje de muertes en el mundo, ha atacado al tercio de la población mundial En 2016, 10,4 millones de individuos tuvieron esta enfermedad y 1,7 millones fallecieron de Tuberculosis. Los países como Nigeria, Sudáfrica, Filipinas, India, China, Indonesia, Pakistán, están considerados con un 64% de la mortalidad total. La repercusión de esta enfermedad se dio en los países de Asia con un 45% y en África 25%. Están considerando estrategias para ser aplicadas en las prácticas y así acabar con esta enfermedad, la OMS considera tres puntos importantes en una de ellas considera que la atención y prevención debe ser únicamente integral en el paciente para continuar con un sistema de apoyo, es importante también considerar a la investigación y la innovación. Antes de aplicar sus estrategias consideran que deben tener presente el apoyo de los países mediante sus principios básicos. La OMS realiza funciones básicas, elaboración de normas y programas organizados para esta enfermedad, la Ley de Prevención y Control de la TB (Ley 30287), considera de gran importancia nacional tratar de lograr combatir esta enfermedad (8).

Teniendo en cuenta que los años posteriores esta Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) y del Ministerio de Salud (MINSa), tengan logros y progresos importantes en la vigilancia de la tuberculosis y puedan lograr establecer un servicio integral en la salud de los individuos que fueron afectados por esta enfermedad, y puedan brindarles la prevención y promoción oportuna, y a la vez diagnosticarlas y continuar con su tratamiento indicado y este será supervisado adecuadamente y así poder tener un mejor control seguimiento y así lograr la rehabilitación del individuo(8) .

La Tuberculosis es una enfermedad ocasionada por el *Mycobacterium tuberculosis* esta bacteria ingresa a nivel del pulmón y podría también atacar a otras partes del cuerpo. Esta enfermedad se esparce en el aire mediante un individuo que tose, estornuda o habla. Aquellos individuos

que se encuentran con bajas defensas en su organismo tiene más riesgo en contagiarse con la tuberculosis, los factores ambientales intervienen en esta propagación de la enfermedad por consiguiente si la transmisión se incrementa por las frecuentes exposiciones los individuos no identificados son los que transmiten gran porcentaje de bacilos de tuberculosis en lugares encerrados con gran población y poca ventilación; por lo tanto, las personas que viven en habitaciones en donde están todos acumulados o en diferentes lugares son los que tiene una alta probabilidad de adquirir esta enfermedad (8).

La OMS considera al individuo sin tratamiento la posibilidad de poder contagiar un porcentaje de 10 o 15 personas durante el año. En donde esa gran cantidad de individuos infectados no extienda la enfermedad activa. La capacidad de contraer esta enfermedad reduce rápidamente una vez que se empieza un tratamiento eficaz; los microorganismos son menos infecciosos, incluso si persisten en el esputo, y la tos se reduce. Las investigaciones en los contactos de los familiares de los pacientes con TBC indican que la transmisibilidad termina entre las 2 semanas siguientes del tratamiento eficaz en el paciente (9).

Las cifras con mayor porcentaje de incidencia en los casos nuevos en un año son aquellos países que presentan problemas socioeconómicos en donde se presenta pobreza, viviendas y lugares con hacinamiento, los problemas de desnutrición de las personas, y las propagaciones de enfermedades con VIH y el consumo de drogas. La tuberculosis no debe ser vista como el mal de una persona, sino más bien como el de una sociedad. La lucha contra la tuberculosis debe incluir ambos elementos: un efectivo y bien financiado programa gubernamental de control de la enfermedad, y un efectivo y bien financiado programa que proporcione el agua potable y ayude a la pobreza, a las personas que necesitan los alimentos necesarios para evitar la desnutrición como también apoyen en las condiciones de su entorno a eso se le llama una política de Estado, y al parecer el Perú no la tiene. (10)

La enfermedad de la tuberculosis se está presentando a nivel mundial como una enfermedad que está tratando de erradicarse con las diferentes estrategias y programas aplicados en cada país, pero en nuestra realidad nacional encontramos a familias con problemas socioeconómicos, considerando que la familia es importante en la sociedad, se observa que no recibe el apoyo del estado, tratan al individuo que presenta a la enfermedad brindándole el tratamiento mas no consideran evaluar a la familia según el entorno en donde viven esto se considera un factor de riesgo a la familia(10).

La familia en donde sus integrantes se encuentra afectados en la sociedad tiene a ser un riesgo, la presencia de un integrante de la familia con esta enfermedad es considerado un mayor riesgo de adquirir la tuberculosis y poder desarrollarla dentro de la familia ,por lo cual es de gran importancia conocer los factores predisponentes que se presenta en cada familia de la persona infectada, conocer sobre la alimentación de los integrantes de la familia ,condiciones de la vivienda y educación que tiene los familiares sobre los factores de riesgo, dependerá de la evaluación que se realiza a cada familia para poder analizar los aspectos en donde incrementa un riesgo de cada integrante y a la vez identificar si esto afectara su estado biopsicosocial y espiritual del paciente (10).

La presente investigación se realiza en el distrito de Los Olivos en las viviendas de los pacientes que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del centro de Salud Infantas. Se observa en la entrevista las condiciones de las viviendas (Ventilación y distribución de las habitaciones) no son las adecuadas para poder evitar el contagio de la enfermedad, considerando que la Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa.

La función del personal de salud es enseñar con respecto a la salud, donde se emplea una comunicación y una reflexión. La finalidad es que

toda la comunidad entienda como debe protegerse y pueda aplicar y ejecutar la prevención en determinado momento. A su vez identifique al individuo que presente la sintomatología y orientarlo a acudir a las instituciones correspondientes así disminuir el contagio de la enfermedad.

Por ello las personas que asiste a la institución de Infantas presentan problemas socio-económicos, sus propiedades no son formalizadas y no conocen las medidas preventivas por lo cual puede incrementarse el riesgo familiar ante la presencia de estos factores queremos brindar nuestra colaboración en coordinación con el centro de salud en donde tratamos de encontrar y reconocer los problemas que se presenta en una familia y así trabajar en forma unida y lograr dar opciones de solución al problema que se presenta para lo cual se necesita obtener un diagnóstico de la problemática de riesgo.

Se les entrevisto y pregunto si conocen los factores de riesgo con respecto a la enfermedad a lo ello refieren:

“[...] Mi familiar toma sus medicamentos todos los días”.

“[...] Mi hermano come todos sus alimentos”.

[...] Ya tiene tres meses de tratamiento”.

En la actualidad, las familias de los pacientes con esta enfermedad tienen riesgos de contraer la tuberculosis si no aplican las medidas preventivas en su entorno, pueden presentar algunos factores de riesgo y pueden desarrollar esta enfermedad y traer consecuencias a su persona como a la comunidad. Se Considera que esta enfermedad necesita del apoyo del estado, tanto en los centros de salud para poder tener el personal implementado y adecuado para las visitas domiciliarias y pueda evaluar los factores de riesgo que puede presentar cada familia.

1.2. Formulación Del Problema

¿Existe relación en el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Infantas –Los Olivos, 2017?

1.3. Justificación

Se considera que es importante esta relación entre el riesgo familiar y la actitud de los familiares de pacientes con tuberculosis, ya que conocer las actitudes de los familiares de este tipo de pacientes fortalecerá el aprendizaje sobre esta variable para enfrentarla con mayor precisión, porque se ha detectado marginación en diferentes ámbitos hacia los pacientes con TB, los familiares constituyen elementos necesarios e indispensables en el fortalecimiento del cumplimiento del tratamiento, y rehabilitación del paciente.

En el centro de Salud Infantas se realiza una orientación al paciente en el momento del ingreso a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) se da información por única vez al paciente y no a la familia, el descuido a los integrantes de la familia puede traer como consecuencia la expansión de la enfermedad. Esta investigación tiene como finalidad conocer los factores de riesgo que presenta las familias de estos pacientes con tuberculosis y trata de orientarlos con respecto a los factores de riesgo que tiene cada familia.

La tuberculosis es una enfermedad que se contagia de diversas formas y pueden poner en riesgo el contagio a sus familiares, para evitar esto se debería incluir a la familia para poder evitar riesgo de contagio, se debe implementar educación continua así se evita y reduce los riesgos y otras consecuencias. El personal de salud podrá implementar programas y charlas educativas de estilos de vida y bioseguridad a las familias, porque no solo es importante que ellos acudan al centro de salud todos los días a recibir su tratamiento

también es importante informar y tener participación de la familia para evitar recaídas, abandonos, ansiedad en los pacientes con tuberculosis y lograr orientarles con el objetivo de disminuir la tuberculosis y evitar se siga propagándose en la ciudad. Esta investigación aportara con los resultados al centro de salud y al personal de salud herramientas para que puedan actuar sobre las evidencias encontradas logrando disminuir los riesgos en cada familia y a la vez cumplan con la finalidad de mejorar los estilos de vida de los familiares y de la comunidad.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Infantas Los Olivos -Lima, 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el riesgo familiar total de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Infantas – Los Olivos 2017.
- Identificar las dimensiones del riesgo familiar total de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Infantas –Los Olivos 2017.
- Identificar las actitudes de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Infantas – Los Olivos 2017.
- Identificar las dimensiones de la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Infantas – Los Olivos 2017.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Soto González Ana María, en el valle del Cauca Colombia, en el año 2015, realizó una investigación de “Riesgo familiar total y grado de salud familiar, en familias desplazadas que residen en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca”, su objetivo fue establecer el riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca. el estudio fue descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Considerando una muestra por 59 familias en desplazamiento de las residencias en la zona urbana del municipio. En este estudio utilizaron el instrumento: RFT 5-33 y el instrumento de Salud Familiar General ISF: GEN-21, Obteniendo como resultado un 59% son familias amenazadas, con un 27% con alto riesgo y el 14% familias con riesgo bajo. Las condiciones Psicoafectivas obtuvieron un 10% en alto riesgo y 90% amenazadas, en la dimensión de la situación socioeconómica con un 46% un alto riesgo y 54% amenazadas, en los servicios y prácticas de salud un 31% en alto riesgo y 69% amenazadas, en vivienda y vecindario 15% en alto riesgo y 85% amenazadas, y en manejo de menores un 17% en alto riesgo y 83% amenazadas. Considerando que las familias desplazadas son las que sobresalen en el factor riesgo pobreza, y el

ingreso escaso para poder cubrir sus necesidades de salud. En esta investigación se concluye:

Las familias desplazadas en su mayoría se encuentran amenazadas y con porcentaje mínimo a familias con alto riesgo y familias de riesgo bajo, esto se atribuye a los diversos factores externos que se presentan en su situación de desplazamiento (11).

Giraldo Ocampo Diana María, en Bogotá-Colombia en el año 2014, realizó la investigación titulada "Caracterización del riesgo familiar total de familias de adolescentes escolarizados en una institución educativa del municipio de La Tebaida Quindío" el objetivo fue de concordar la caracterización del riesgo familiar en familias con adolescentes escolarizados que pertenezcan a la institución educativa del municipio de La Tebaida Quindío. El diseño fue descriptivo, comparativo y cuantitativo. La muestra integrada fue de 88 familias de adolescentes escolares de 15 y 19 años que integran la institución educativa del municipio de La Tebaida, Quindío. Se utilizó el instrumento RFT 5:33. Obteniendo resultados en la caracterización del riesgo familiar total de las 88 familias tuvieron un grupo de adolescentes con 57% familias amenazadas, un 8% familias de riesgo alto y el 35% familias con bajo riesgo. En esta investigación obtuvieron como resultados en condiciones psicoafectivas riesgo alto 27% y 73% amenazadas, en prácticas de salud un riesgo alto 6% y amenazadas 94%, condiciones de vivienda un riesgo alto 9% y 91% amenazadas, mientras la situación socioeconómica con un riesgo alto 3% y 97% amenazadas y los manejos de menores con un riesgo alto 7% y 93% amenazadas, llegando a las siguientes conclusiones:

La familia es la unidad fundamental para poder desarrollar en conjunto las características de prevención de riesgos y satisfacción de los integrantes de la familia,

para que puedan reconocer los factores de riesgo que se encuentran en cada familia, y en la comunidad. Las personas que trabaja en la salud deben organizarse con las familias así mutuamente puedan lograr disminuir estos factores y poder desarrollarse como una unidad en la sociedad (12).

Velásquez Gutiérrez Vilma Florisa, Amaya Rey María Consuelo del Pilar, Cundimarca–Colombia, en el año 2012, realizaron un estudio de “Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundimarca, Colombia)”, su objetivo fue caracterizar a las familias con personas mayores en el municipio de Funza (Cundinamarca) en un enfoque de Riesgo Familiar Total. Su investigación fue descriptiva, transversal y cuantitativa. Se utilizó como muestra 71 familias que fueron seleccionadas por conveniencia. En este estudio usaron un instrumento RFT 7-70 de Riesgo Familiar Total. Los resultado obtenidos muestran que un 50% de familias extensas, repartidas extensas modificadas (46.5%) y en extensas (2.8%), de riesgo familiar total alto (47.9%), destacando en el índice de enfermedades en la familia y en la parte socio-económico. Con respecto a la correlación que se identifican en las subcategorías en el instrumento RFT 7-70: en el estilo de vida de familia en el aspecto psicoafectivo tuvo un valor de 0.566, en las prácticas de salud con morbilidad familiar su valor 0.402, mientras la forma de vida de la familia en el entorno físico en su vivienda obtiene un valor de 0.388. En cuanto a las atenciones en la salud un entorno físico en la vivienda su valor es 0.362 y una morbilidad de 0.361. El estudio concluye en lo siguiente:

En estas familias ordenadas en las categorías socio-económicos y riesgos familiares se encuentran incluidos a las características de los participantes, encontrando morbi-mortalidad, el entorno y la accesibilidad, en la aprobación en los servicios de salud. En cuanto

consideran que todas las familias de este estudio manifiestan riesgo, por esta razón deben de recibir atención por el personal de salud (13).

Velásquez Restrepo Luz Enith, en Colombia, en el año 2012, realizan un estudio sobre “Riesgo Familiar Total y Grado de salud Familiar en familias con preescolares enfermos Pereira, Risalda”, su objetivo fue determinar Riesgo Familiar Total (RFT) y grado de Salud Familiar General (GEN) de las familias con preescolares enfermos en el Centro de Salud de Pereira, Risaralda desde abril-mayo en el 2011. La investigación fue de tipo descriptiva y transversal y se obtuvo una muestra de forma aleatoria simple, con la participaron de 50 familias. Los integrantes de la familia firmaron un consentimiento informado antes de la ampliación de la encuesta, esta información fue valorada mediante cuestionarios RFT 5-33 y Salud Familiar General ISF. GEN 21. Obtuvieron como resultados a 204 sujetos integran las 50 familias, un 54% familias con riesgo bajo y 46% familias amenazadas. En las dimensiones psicoafectivas con un 88% amenazadas y un 12% riesgo alto, en los servicios y prácticas de salud 100% amenazadas, en las condiciones de vivienda y vecindario un 98% amenazadas y 2% en riesgo alto, la situación socioeconómica con 100% amenazadas y el manejo de menores con 98% amenazadas y 2% riesgo alto. Se obtiene las siguientes conclusiones:

Familias con hijos preescolares se encuentran frente a peligros de tipo afectivo, biológico, demográfico, social, económico y psicológico en donde influye la forma de vida, y los servicios de la salud. Consideramos a la familia en riesgos de salud por la presencia de factores externos e internos en donde influirán las diferentes dimensiones de salud (14).

Betancurth Loaiza Diana Paola, en Caldas, Colombia, en el año 2011, realizan la investigación de “Riesgo Familiar Total y salud familiar: familias en mujeres con lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia”, su objetivo fue caracterizar el Riesgo Familiar Total y Salud Familiar General de familias de mujeres con lactancia materna del Hospital Villamaría–Caldas en el año 2011. La investigación fue cuantitativa, exploratoria y transversal, considerando como muestra a 76 familias que estuvieron seleccionadas en forma aleatoria se aplicó dos instrumentos para valorar a las familias el Riesgo Familiar total y de Salud Familiar General. En el resultado obtenido la predominación se da en las familias extensas 54% y un 46% en familias nucleares, teniendo como Riesgo Familiar Total el 62% que corresponde a las familias amenazas, y un riesgo bajo con un 35%, y el riesgo alto con un 3%. En las dimensiones psicoafectivas con un 95% amenazadas y un 5% en alto riesgo, en los servicios y prácticas de salud los 88% amenazadas y un 12% en alto riesgo, en las condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores tienen un 93% amenazada y el 7% riesgo alto, la investigación llega a la conclusión:

El Riesgo Familiar Total se da en familias amenazadas y debemos de brindar y educar en las medidas preventivas con respecto a la salud y tratar de brindar apoyo a las familias para que estos porcentajes no se incrementen y así evitemos que las familias puedan encontrarse en alto riesgo (15).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Aulla Galindo Norma, en Jicamarca–Perú en el año 2017, realizo una investigación de “Actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017, su objetivo fue describir la actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en

el Centro de Salud Jicamarca, El estudio es descriptivo, transversal, deductivo, cuantitativo. La población fue compuesta por 60 familias afectadas con tuberculosis, utilizando como técnica la entrevista y utiliza un instrumento de encuesta para medir la actitud mediante la escala tipo Likert. Los resultados son un 60,61% indica un nivel de aceptación, un 30,30% nivel de indiferencia mientras el 9,09% demuestra un nivel de rechazo. En la dimensión cognitiva presenta un 57,58% de nivel de aceptación, el 33.33% un nivel de indiferencia y el 9.09% un nivel de rechazo, en la dimensión conductual un 59.09% de aceptación, el 31.82% un nivel de indiferencia y el 9.09% nivel de rechazo. Los resultados concluyen:

La actitud de los familiares es de aceptación frente a esta enfermedad, los miembros de la familia ayudaran a su recuperación y rehabilitación del paciente, le proporciona apoyo emocional, psicológico, y orientación con respecto a la prevención de su enfermedad y ayudaran a prevenir el contagio en su ambiente y en la comunidad (16).

Cerquin Pérez Iris Jocelyn, Flores Anyoza Janett, Guerrero Cueto Juan Manuel, en el año 2017 en el Perú, realizan un estudio sobre “Riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la micro Red de Salud Los Olivos–2015”, su objetivo fue determinar riesgo familiar total de personas con tuberculosis en tres establecimientos de salud de la micro red de salud Los Olivos-2015 esta investigación fue, descriptivo, transversal y cuantitativo. En el cual participaron 51 familias, considerando a 51 personas con la enfermedad atendidos en la institución de Salud. En la investigación utilizaron como técnica la entrevista y un instrumento el RFT: 5-33 de Amaya De Peña (2004). El resultado obtenido de Riesgo Familiar Total fue 70,6 % con riesgo bajo, el 25.5% de familias en riesgo de amenazas, y un 3.9% familias con alto riesgo. Encontrando a la dimensión psicoafectiva con 92.2% en riesgo amenazado y un 7.8% en riesgo

alto, 0% con riesgo alto en los servicios y prácticas en la salud y en la condición de la vivienda y vecindario se halla un 100% de familias amenazadas, 0% en riesgo alto en la dimensión vivienda y vecindario, y en la dimensión situación socioeconómica encontramos un 98% de familias amenazadas y un 2% de familias con riesgo alto, en la dimensión de manejo de menores un 88.2% de familias amenazadas y un 11,8% de familias de con riesgo alto. La investigación concluye:

El Riesgo Familiar Total en estos centros de Salud es bajo. Por lo tanto, en vivienda y vecindario se encuentra a las familias que fueron evaluadas, los pacientes afectados de tuberculosis a familias amenazadas a lo que personal de salud tendrá que apoyar con la orientación en las deficiencias que presenta cada familia en esta investigación (17).

Aranda Abad Gissela Araselly, en Vista alegre Trujillo Perú, en el 2016, realizaron una investigación sobre el “Nivel del conocimiento sobre tuberculosis y actitud hacia las medidas preventivas en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Vista Alegre Trujillo 2016”, su objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento y su relación con la actitud hacia las medidas preventivas en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Vista Alegre Trujillo 2016”.El estudio fue, descriptivo, transversal y cuantitativo. La población fue compuesta por 42 familias, en las 42 personas contagiadas con tuberculosis, utilizando como técnica el cuestionario en donde evalúan su nivel de conocimiento con respecto a la tuberculosis y evalúan la actitud hacia las medidas preventivas usando una escala de Likert, en el cual las familias tienen un nivel de conocimiento regular con un 59.52%, el 33.33% de nivel de conocimiento bajo, y el 7.14% de familiares su nivel de conocimiento alto. La actitud en familiares tiene el 73.81% su actitud

es de indiferencia, mientras un 21.43% tiene una actitud de rechazo y un 4.76% tiene una actitud de aceptación de las medidas preventivas.

Los resultados concluyen en lo siguiente:

Consideran que existe una relación significativa entre el nivel conocimiento y la actitud de las medidas preventivas de la familia de pacientes que adquirieron esta enfermedad de la tuberculosis, los resultados ayudan al personal de salud para que puedan implementar estrategias educativas (18).

Dávila Acosta Ebony, Mori Calderón Liliana Miluska, en Iquitos Perú, en el 2015, realizaron una investigación titulada “Conocimiento y Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el hospital regional de Loreto, Iquitos–2015”, con el objetivo de evaluar el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis de pacientes que están siendo atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos-2015. El estudio fue descriptivo, transversal y cuantitativo. La población fue de 80 familiares, de las personas afectadas con tuberculosis, usaron como técnica la entrevista y el instrumento de escala Likert, que se encargó de medir actitudes de familia. Los resultados fue que el 60% de familias tienen un conocimiento incorrecto con respecto al diagnóstico y la rehabilitación de esta enfermedad; mientras que un 68.8% los familiares mostraron una actitud con rechazo, un 16,2% actitud de aceptación, un 15,0% de una actitud con indiferencia. Los autores concluyen en lo siguiente:

Consideran que, si existe una relación significativa entre las variables de conocimiento y actitudes de los familiares hacia el diagnóstico y su tratamiento en el paciente con

esta enfermedad de Tuberculosis, consideran que cada familia debe ser orientada y educada para poder tener en cuenta que la familia es de gran apoyo para poder brindar el cuidado a cada uno de sus integrantes de la familia que se encuentre con problemas (19).

Acosta Huiza, Cintia, en Huancavelica Perú, en el año 2014, realizó una investigación: "Nivel de Conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención Y Control de la Tuberculosis de la Micro red de Santa Ana Huancavelica 2014" con la finalidad de evaluar la relación que hay entre el Nivel de Conocimiento sobre la Tuberculosis pulmonar y la actitud de las familias frente a las medidas preventivas de los usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis, el estudio fue, descriptivo, correlacional y cuantitativo. Una población compuesta por 47 familiares, utilizaron la entrevista y se aplica el instrumento del cuestionario y la escala tipo Likert para evaluar la actitud. Obteniendo como resultado un 46.8% de nivel de conocimiento bajo, un conocimiento medio el 48.9%, y un conocimiento alto con 4.3%, con respecto a la actitud un 61.7% tuvo una actitud negativa, y el 38.3% una actitud positiva, encontrando en el componente cognitivo y conductual un 63.8% es negativo y un 36.2% positivo, en el componente afectivo un 68.1% es actitud negativa y un 31.9% actitud positiva. Los autores concluyen en lo siguiente:

Las familias que tiene conocimiento bajo y muestra la actitud negativa tienen un porcentaje mayor, considerando al conocimiento medio - regular con una actitud positiva en un porcentaje menor encontrando relación significativa en esta variable. Consideramos de importancia tener el conocimiento para poder mejorar la actitud del familiar, el apoyo de la familia es importantes para la recuperación de los pacientes (20).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. Riesgo Familiar Total

A. Concepto de riesgo

El riesgo es considerado como una medida de probabilidad o acontecimiento indeseado en la persona, o en la sociedad familiar. Según Amaya P. menciona a Backet, Davies, Petros Barvazain (1984) en el 2000, en la cual determina el riesgo al aumento de la probabilidad de efectos adversos, por la asistencia de algunos factores como “alguna característica o situación en un individuo o en un conjunto de individuos, que se juntan buscando la posibilidad de desenvolverse y puedan afectar de diferentes formas secundarias adversa a un estado patológico” (21).

B. Riesgo Familiar Total

El riesgo familiar total (RFT) tiene como objetivo identificar los tipos de familiares vulnerables que pueden presentar problemas de salud o disfunción. Su finalidad es conocer a familias que puedan presentar varias características que se asocian en una forma organizada, en las prácticas de la salud, que no tienen posibilidades de contar con bienes diarios, originando la posibilidad que afecte a la salud de las personas integrantes de una familia (22).

Considerando al riesgo familiar total, una probabilidad de daño en donde los efectos adversos individuales y familiares se debe a la aparición de factores identificados en el instante de la evaluación. Estos factores de riesgos intervienen en los niveles biológicos, demográficos, ambientales, social, económico, psicoafectivos, y prácticas de servicios en la salud. Todo esto incluye a los miembros que conviven con esta familia y a la comunidad. Por lo cual consideramos que la familia con bajo riesgo es la familia que emplea sus aprendizajes diarios en salud mediante la intervención

del servicio de salud para mantener vigilados los posibles riesgos del individuo o familia, y usa los niveles de prevención para evitar consecuencias adversas (22).

C. Dimensiones de Riesgo familiar total

Según Amaya; refiere que para medir el Riesgo familiar total se debe tener en cuenta 5 dimensiones:

- **Condiciones psicoafectivas**

Actualmente en las familias se presentan dificultades para poder cumplir con las obligaciones dentro del grupo familiar, consideramos que las enfermedades y trastornos psiquiátricos y violencia contribuir a alterar la parte psicoafectiva. Según Pilar Amaya las condiciones psicoafectiva se manifiesta en:

- a) Desarmonía en la pareja.
- b) Desarmonía de los padre y descendientes
- c) Violencia en la familia
- d) Ansiedad por situaciones de la familia
- e) Privación afectiva y sin protección.
- f) Roles no agradables de los conyugues.
- g) Divorcio de los conyugues
- h) Desamparo de los menores, o de los padres.
- i) Alteraciones mentales.
- j) Ingerir alcohol y otros.

Las condiciones psicoafectivas pueden afectarse por la desintegración y violencia de la familia por lo cual altera los valores de convivencia de los integrantes de los miembros y pueden generar consecuencias posteriores.

- **Servicios y prácticas de salud**

Actualmente los servicios de salud tienen problemas en su infraestructura, falta de personal para la atención, y esto afectan a toda la población. Según Pilar Amaya esta dimensión se manifiesta en:

- a) Subutilización de los servicios de salud en disposición.
- b) Falta de conocimiento de los servicios de salud.
- c) Técnicas inadecuadas en la atención perinatal y en la mujer.
- d) Técnicas inadecuadas en los controles médicos generales y nutrición.
- e) No identificación de los riesgos en los integrantes.
- f) Manejo inadecuado en la salud dental.

- **Condiciones en la vivienda**

La vivienda es el espacio donde vivimos y debe brindarnos seguridad, protección, y buenas condiciones, es por eso que debe estar en un ambiente físico y socialmente adecuado para evitar el riesgo de sus integrantes.

Estas condiciones se manifiestan en:

- a) Deficiencia del uso del saneamiento ambiental.
- b) Situaciones perjudiciales de los vecindarios
- c) Falta de Higiene y organizaciones deficientes de los hogares
- d) Ausencia de los servicios públicos como es el agua, desagüe, luz, recolectores de basuras).
- e) Problemas de ventilaciones, iluminaciones o almacenamiento de los alimentos.

- **Situación socioeconómica**

Consideramos que dependerá de los ingresos económicos para poder brindar las necesidades básicas, en educación y salud a los integrantes de las familias. Según Pilar Amaya la situación socioeconómica se refiere a:

- a) Ganancia insuficiente para las necesidades de la salud.

- b) Pobreza (Ganancia insuficiente para cubrir alimentación, vivienda, educación y vestimenta).
- c) Falta de actividades de recreaciones en la familia.
- d) Excesos de trabajos en algunos de los integrantes de la familia.
- e) Dificultad en la salud no solucionados.
- f) Dificultad en los accesos a los establecimientos de salud.

- **Manejo de menores**

El manejo en menores dentro de la familia puede influir en el desarrollo Psicosocial y emocional del niño. Pilar Amaya, considera para el manejo de menores lo siguiente:

- a) De 4 y menor de 12 años.
- b) No van al colegio menores de los 12 años.
- c) Practicas inadecuadas en la Eda, ira y los cuidados en el crecimiento del menor.
- d) Inseguridad en las labores de los menores de edad.
- e) Presencia de los riesgos en niños entre 1 y 11 años.
- f) Dificultades para orientar y disciplinar a los escolares y los adolescentes (23).

2.2.2. Familia

A. Definición de familia

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a la familia: “El ambiente en el cual se establece primeramente la conducta y las determinaciones en relación a la salud y en este ambiente origina la cultura, nuestras normas y los respectivos principios sociales. La familia es el elemento básico de una estructura social con mayor posibilidad de mantener en prácticas, las instrucciones de prevención, y promoción y rehabilitación (24). La Declaración Universal de los Derechos Humanos describe a la familia como: un componente natural y primordial en la sociedad y debe contar con el apoyo del Estado (25).

Según la OMS la familia es definida como: "los integrantes de una vivienda que son vinculados mediante un grado determinado de sangre, o por adopción, o por unión de conyugues. El nivel de parentesco será utilizado para especificar los límites de cada familia se someterá al uso que se empleen los datos y, es por eso no se define con exactitud a nivel mundial" (26).

La familia es la base primordial para poder desenvolver los estilos de vida de todos los integrantes, y poder formar los valores, la cultural y establecer las normas sociales y esto nos ayude a tener conductas adecuadas.

B. Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar explica en forma ordenada la evolución de la familia y evalúa los cambios en las diferentes etapas de cada integrante. El ciclo vital familiar está compuesto por etapas y estas son:

- Estructura de una pareja: Con la unión de dos personas se forma una nueva familia y esta tendrá sus características propias y nuevas en donde cada miembro tendrá sus creencias y costumbres que son transmitidos de sus familias de origen, al formar una nueva familia tendrá que coordinar para establecer una nueva identidad como familia.
- Nacimiento y crianza: Esta familia sufre varios cambios con el nacimiento de un hijo en donde priorizan sus funciones como padres y tratan de brindar el amor y cariño al niño lo que puede ocasionar algunas dificultades en la familia por querer tener la razón el padre o la madre ocasionando tensión familiar.
- Hijos en edad escolar: Se presenta nuevas experiencias en la familia el niño comienza a socializarse con los demás y se ocasiona el desprendimiento del seno familiar, el niño puede presentar experiencias positivas y negativas al realizar actividades fuera del hogar.

- **Adolescencia:** En esta etapa los padres tendrán que brindar cariño y comprensión al adolescente. Comienza los cambios físicos, emocional y su identidad sexual, los padres deben poner normas establecidas dentro del hogar así el adolescente mantendrá el respeto y valores y se evitará las crisis familiares.
- **Salida de los hijos del hogar:** Los adolescentes se desprenden de los padres y se incorporan a su pareja, a su nueva familia y los padres tendrán que aceptar a otros miembros en la familia.
- **Edad madura:** Empiezan nuevos roles, de abuelo/a, aparece el fin laboral con la jubilación y empiezan a realizar las actividades y proyectos que se dejaron pendiente cuando eran jóvenes.
- **Ancianidad:** Los padres empiezan a sufrir los cambios físicos, emocionales, económicos, también transmiten sus experiencias y habilidades a sus nietos (27).

D. Funciones de la familia

La familia se encarga de establecer normas y reglas que tendrán que cumplir cada miembro de la familia, por lo que se reconocen las siguientes funciones:

- **La Socialización:** Permite establecer un lazo entre la familia y el grupo social. Este lazo nos brinda el aprendizaje de valores, principios y reglas de la sociedad que tienen a su alrededor.
- **Afecto:** Es demostrar una expresión de amor, cariño y respeto a los integrantes de la familia, debemos establecer vínculos afectivos en cada uno de ellos para poder lograr una integridad familiar.
- **El Cuidado:** Se debe brindar protección y cuidado a cada integrante de la familia para que se encuentren preparados para poder enfrentar las distintas necesidades que se presenten en el grupo familiar.

- Estatus: Es la posición y escala económica que puede tener una persona o grupo en nuestra sociedad.
- Reproducción: Es la incorporación de recientes integrantes a la familia (Nacimientos).
- Desarrollo y los ejercicios en la sexualidad: Permitir vivir independientemente ante la sociedad (28).

Actualmente se ha visto mucha desintegración de las familias por lo cual no se han cumplido estas funciones ocasionando consecuencias en los integrantes familiares.

E. Tipos de familia

Los tipos en la familia fueron clasificados según Pilar Amaya:

- **Familia Tipo 1:** Integradas por las siguientes familias:
 - a) Familia nuclear: Familias integradas por padre, madre e hijos.
 - b) Familia nuclear modificada: Familia conformada por el progenitor y los hijos.
 - c) Familia nuclear reconstruida: Familia integrada por una pareja conyugal, en esta familia se incorporan los padrastros y madrastas.
 - d) Las parejas: Esta integrado por dos personas en matrimonio o convivientes en donde no hay presencia de hijos.
- **Familia Tipo 2:** Integradas por las siguientes familias:
 - a) Familia extensa: Familia integrada por personas de tres generaciones aquí encontramos a los abuelos, padres, hijos y nietos todos en un mismo hogar.

- b) Familia extensa modificada: Es la familia integrada por los padres e hijos, abuelos, nietos, sobrinos, y todas aquellas generaciones que tiene un vínculo de tipo sanguíneo.
- c) Familia atípica: Esta familia esta conformada por personas o parejas unidas por lazos consanguíneos (29).

G. Salud familiar

Se Considera que la Salud de la familia está ligada a los miembros de la familia para la disposición de poder realizar las funciones, y a la vez puedan adecuarse a las diferentes variaciones y logren superar sus situaciones dentro del ámbito familiar y puedan adecuarse a los cambios que puedan presentarse en el entorno externo o interno donde se encuentren (30).

F. Apoyo de los familiares en la enfermedad

Los familiares en la enfermedad cumplen una función muy importante al brindar al paciente afectividad y acompañarlo en el proceso de la enfermedad evitando así que el paciente tenga pensamientos negativos y pueda bajar su autoestima. La enfermedad de la tuberculosis pulmonar se manifiesta con una debilidad general disminución de la energía y dificultad para poder realizar sus actividades cotidianas es por eso que se debe apoyar al paciente para evitar el rechazo y al abandono del tratamiento, la familia cumple una función muy importante en estos casos. Los pacientes necesitan del soporte de la familia para poder cumplir con todas las indicaciones de su tratamiento y así poder rehabilitarse lo más pronto posible (31).

2.2.3 Tuberculosis Pulmonar

A. Concepto de tuberculosis

La (TB) es una enfermedad producida por el *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch) este bacilo ingresa a los pulmones produciendo la tuberculosis pulmonar y podría también atacar a otras partes del cuerpo. Esta enfermedad se esparce por medio del aire mediante un individuo que produce la tos, habla y estornuda. Los individuos que tiene un sistema de inmunidad débil tiene más riesgo en contagiarse con la tuberculosis (32).

Tipos:

- TB pulmonar: Se presenta en la persona con diagnóstico de tuberculosis y se encuentra comprometido el Parénquima pulmonar con o sin confirmación de pruebas bacteriológicas.
- TB extra pulmonar: Se presenta en la persona con TB en diferentes sistemas a los pulmones esto se comprueba en una prueba de cultivo, prueba de moléculas positivas (33).

B. Sintomatología clínica y diagnóstico

La sintomatología clínica son un conjunto de síntomas que se presenta en una enfermedad, estos son:

- Tos seca o puede presentarse con flema en un periodo de 15 días o más.
- Presencia de fiebre en la noche.
- Sudoración
- Disminución del peso
- Falta de apetito
- Cansancios
- Presencia de dolor en la espalda y pecho.
- Problemas para poder respirar
- Hemoptisis (Presencia de sangrado en la expectoración)

Los síntomas iniciales TB son insidiosos y en algunos casos poco expresivos en la gran parte de los casos, lo que trae como consecuencia el avance de la enfermedad en forma silenciosa y terminar siendo diagnosticada después de algunos meses. El retraso en poder diagnosticar a tiempo la enfermedad produce el incremento de morbilidad, a la vez la posibilidad de transmitir la enfermedad a otras personas. La sintomatología de esta enfermedad puede ser agudos, subagudos o crónicos (34).

D. Transmisión

Esta enfermedad se transmite a través de gotitas o partículas que se suspenden en el aire y se generan cuando una persona enferma estornuda o tose o simplemente habla. Estas gotitas que se adquiere por contagio ingresan a los alvéolos pulmonares y al encontrarse en el pulmón estos pueden expandirse por el organismo. La enfermedad se puede presentar entre 2-10 semanas después del contagio en algunos casos los bacilos se pueden mantener latentes muchos años.

E. Factores predisponentes de la tuberculosis

- La pobreza: Los individuos que presentan más vulnerabilidad a contraer esta enfermedad son aquellos que vive en lugares no adecuados para vivir esto debido a que no cuenta con ingreso económicos que les permitan poder instalarse en sectores que cuentan con los servicios necesarios para evitar el contagio de las enfermedades. Las personas presentan problemas para poder cubrir. las necesidades básicas como es la alimentación, a lo cual traen como consecuencia la desnutrición poniendo en riesgo el contagio de la tuberculosis.
- Hacinamientos: Las personas que se encuentran con la enfermedad de TBC no tiene un lugar adecuado en la vivienda

lo que puede generar el contagio con los demás integrantes de la familia.

El alcoholismo es considerado como un factor predisponente para el padecimiento de esta enfermedad (35).

F. Prevención

- Vacuna BCG: Es la vacuna viva y atenuada y debe ser aplicada a los recién nacidos.
- Controlar a los Contactos: Son los miembros que viven con la persona con la enfermedad de TB se debe realizar su evaluación y seguimiento para evitar que se presente la TB.
- Quimioprofilaxis: Se administra a diario Isoniacida 5mg/kg por día por 6 meses este medicamento se administrar a menor de 19 años con TB pulmonar que dan una Baciloscopía Positiva.
- Enseñar y orientar a toda la familia y a la comunidad que esta enfermedad se puede controlar con el tratamiento oportuno de cada caso que se presente, que deben acudir a los servicios de salud si presenta la sintomatología de la enfermedad, y deben cumplir con el tratamiento completo para evitar las decaídas y el contagio de la enfermedad a otras personas.
- La ventilación y distribución de las habitaciones adecuada en las viviendas.
- La bioseguridad es muy importante el Lavado de manos para evitar contraer cualquier (36).

2.2.4. ACTITUD

A. Concepto de actitud

Según Rosenberg y Horland, la actitud son las tendencias a responder de una manera favorable o desfavorable a diferentes

clases de estímulos y estas se determinan en cognitivas, afectivas y conductuales; considerando como componentes de la actitud al grupo que interviene entre el estímulo que precede y el pre-comportamiento (37).

Se Encuentran varias definiciones con respecto a la actitud Kerlinger define a la actitud “tendencia organizada para los pensamientos, sentimientos, percepción, y conducta en ocasiones a un objeto cognoscitivo”.

Kresh D., como psicólogo de la parte social menciona, actitudes son: “Las respuestas del individuo ante la sociedad, en donde se percibe las actitudes, y los sistemas duraderos, de apreciaciones positivas y negativas, la afectividad e interés a favor o en contra, en relación con algunas alteraciones sociales” (38).

Whithaker considera como actitud a: “Una tendencia que responderá de forma anticipada ante los objetos específicos” (39).

B. Clasificación de las actitudes

Se clasifican en:

- Aceptación: Es cuando el individuo aprueba lo que realiza, es donde la persona demuestra algún interés de acercarse al objeto, mayormente esta junto con sus sentimientos, intereses, apoyo y tolerancia, en donde favorece poder comunicarse y la relación humana.
- Rechazo: El individuo no está de acuerdo y evita el acercamiento al objeto, motivo de la actitud es por: la desconfianza, agresión, frustración que puede llevar al individuo a una etapa de tensión.

- Indiferencia: Es un sentimiento en donde el individuo no presenta interés por el objeto no presenta aceptación ni negación al objeto

C. Características de la actitud

Considerando a las siguientes características:

- Oportunidad en aprender: Son aquellas conductas que adquirimos mediante la experiencia y la forma de aprender se da de forma voluntaria e involuntaria esto se puede dar de forma consciente e inconsciente en el individuo.
- Permanencia: Las conductas no pueden ser provisionales, al adquirirlas estas se refuerzan y continúan o se modifican en el individuo.
- Interrelación: Las actitudes se encuentran vinculadas entre sí, formando grupos consientes o evitando lo contrario.
- Valor para el individuo y la sociedad: La conducta forma un vínculo con el individuo y las cosas o en medio de un individuo y otro, es por eso que las actitudes no pueden auto generarse, se dan y se adquieren según el interés a algo.

D. Dimensiones de las actitudes:

En la Escuela los elementos Múltiples, considera a la estructura de la actitud clasificada por las siguientes dimensiones:

- Cognoscitivo. – Integrado por las sensaciones y suposiciones en un objeto. Esta dimensión describe el nivel de enseñanzas, suposiciones, opinión, y pensar que una persona posee a un objeto.
- Afectivo. – Son sentimiento y emociones vinculados y estos pueden estar a beneficio o en forma contradictoria a un objeto. Considerada como la dimensión que resalta en las

actitudes en donde un individuo tiende a experimentar diferentes situaciones, y se percibe de forma positiva o negativa.

- Conductual. – Es la forma de actuar ante el objeto de manera establecida, en donde el individuo muestra su conducta ante una situación y se dan por un estímulo. La forma conductual encubre las determinadas conductas, así como los comportamientos de respecto al objeto de actitud. (40).

E. Medición de la actitud

Esta evaluación se relación con:

- Intensidad: Es la emoción que se presenta en la actitud en donde describen los niveles de intensidad al que responde cuando se encuentra delante del objeto. se considera que una persona tiene un vínculo afectivo con el objeto.
- Dirección: Las actitudes están orientadas a ser positivas o negativas con el objeto. Una disposición positiva permite contacto con el objeto en forma aceptable o viceversa.

Las actitudes pueden presentan cambios y dependerá de los valores y creencia de cada individuo, podrán presentar enfrentamientos por aceptar sus comportamientos por lo cual debe ser implementarse elementos importantes como la comunicación, la información y así mantener la buena relación de los individuos de esto dependerá que pueda darse algo positivo o negativo hacia el objeto.

2.2.5. Teorías De Enfermería

A. Modelo de la Promoción de la Salud (Nola Pender)

Ayuda a identificar sobre las conductas de las personas a la vez identifica los factores cognitivos que en diferentes situaciones han sido modificados por el individuo.

Nola J Pender, 1996 Enfermera de la Universidad de Michigan de los Estados Unidos con este modelo promoción en la salud plantea que deberíamos antepoñernos y dar las acciones preventivas.

El modelo tiene como base la enseñanza a las personas, educarlas con respecto al cuidado y a mantener una vida sana.

Metaparadigmas

- Salud: Es la más importante entre todas.
- Persona: Consideramos al individuo en forma única según sus patrones cognitivos y perceptuales.
- Entorno: Son las interacciones que se presenta con los factores cognitivos y perceptuales estos factores pueden aparecer en las conductas de promotoras de salud.
- Enfermería: Esta constituido al bienestar de los ciudadanos y a mantener mediante motivaciones a la salud personal. (41).

B. Teoría de autocuidado de Dorothea Orem

La teoría de Orem considera que las acciones de enfermería deben ser dirigidas al autocuidado al individuo. Nos expresa que el autocuidado es indispensable y si está ausente puede ocasionar la muerte.

Considera al autocuidado como un acto propio de la persona y debe darse en forma constante en el individuo y debe aprender y desarrollarlo de manera deliberada y permanente teniendo en

cuenta sus costumbres, prácticas habituales y creencias en el que pertenece. La enfermera tendrá que enseñar el cuidado, y la educación para que puedan poder afrontar las dificultades que se presenta en la salud.

El autocuidado es la estrategia fundamental en la precaución de las enfermedades. Esta definición fue dada en una Primera asamblea Internacional con respecto a la Promoción de la Salud en Ottawa (1986).

La Teoría de Orem considera al ser en un todo teniendo una percepción amplia (Holística) En donde el individuo presenta conexiones únicas de aspectos físicos, emocionales, de cognición y forma espiritual, que corresponda a su entorno que puede variar según la forma de adaptación de la persona en el lugar en el que vive el individuo (42).

2.3 Terminología Básica

- **Riesgo:** es la probabilidad de ocasionar algún daño de vulnerabilidad, continuamente dinámica y personal. No incluye daño, no brinda evidencia, ni vínculos directos y determinantes, es una posibilidad de circunstancia de éste (21).
- **Riesgo Familiar Total:** Es la probabilidad de eventos adversos en forma individual o familiar debido a la aparición de algunos factores detectados en el instante de la valoración familiar (22).
- **Tuberculosis:** Enfermedad infectocontagiosa que es ocasionada por el *Mycobacterium Tuberculosis* mayormente se ubica en los pulmones, como también puede atacar a otros sistemas (32).
- **Actitud:** Son las tendencias a responder de una manera favorable o desfavorable a diferentes clases de estímulos y

estas se determinan en cognitivas, afectivas y conductuales.
(43).

2.4 Hipótesis

Ha: Existe relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el centro de salud Infantas–Los Olivos-Lima, 2017.

Ho: No existe relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el centro de salud Infantas-Los Olivos -Lima, 2017.

2.5. Variables

- **Variable 1:** Riesgo familiar total
- **Variable 2:** Actitud de los familiares

Tabla. 1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para Asignar valores
Riesgo Familiar Total	Tipo de variable según su naturaleza:	El riesgo familiar total es la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas de forma individual o familiar debido a la aparición de algunos factores detectados en el instante de la valoración en la entrevista que se realizara a la familia.	El riesgo familiar total es el resultado global de las probabilidades de eventos adversos de forma individual o familiar debido a la aparición de algunos factores de riesgos en la dimensión psicoafectivas, servicios de salud, en las viviendas, en las situaciones económica, y manejo de los menores en las familias de los pacientes con tuberculosis. Esto será medido por un cuestionario de RFT 5:33 al llevar acabo la entrevista en las familias.	Condición Psicoafectivas	-Desacuerdo conyugal y desarmonía con los niños, maltrato en la familia ,un miembro presenta ansiedad, --- Desprotección ,rol sustituto de los padres ,separación de los padres, abandono de uno de los cónyuges ,depresión, consumo de tabaco y alcohol.	10 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Familias con riesgo bajo	Familia Tipo 1: se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferiores de 54, y familia Tipo 2; se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones E inferiores a 53.
	Cualitativa			Prácticas y servicios de salud	-Disposición de los servicios , falta de conocimiento de los servicios de salud , los cuidados inapropiados de la salud de la mujer y en la nutrición ,familia en riesgo pero no lo percibe.	6 (11,12,13,14,15,16)		
	de			Vivienda y vecindario	-Falta de uso de saneamiento en el ambiente ,condiciones no apropiadas en el vecindario ,deficiencia en el hogar con respecto a la higiene, falta de los servicios públicos, falta de ventilación en las habitaciones e inadecuado almacenamiento de los alimentos.	5 (17,18,19,20,21)	Familias Amenazadas	Familia Tipo 1: se encuentra entre los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68, y familia Tipo 2 con percentiles entre 33 y 76 y PE entre 55 a 68.
	Ordinal			Situación Socioeconómica	-Ingresos escasos para abarcar las necesidades con respecto a la salud, pobreza, no tiene recreación, exceso de trabajo en integrante de la familia, dificultad en la salud por falta de control, dificultad en los accesos de los servicios de salud.	6 (22,23,24,25,26,27)	Familias con riesgo alto	
				Manejo de menores	-Existencia de niños entre 4 a 12 años y niños que no van al colegio menores de 12 años, falta de controles de crecimiento y desarrollo, presencia de factores de riesgos entre niños de 1 a 11 años, Problemas de disciplina en los niños .	6 (28,29,30,31,32,33)		

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems
Actitud de los familiares	Tipo de variable según su naturaleza:	Son las tendencias a responder de una manera favorable o desfavorable a diferentes clases de estímulos y estas serán determinadas en dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales que presenta los familiares de los pacientes con tuberculosis será evaluado en el momento de la valoración mediante un cuestionario de preguntas que serán medidas mediante la escala de Likert	Comportamientos cognitivos, afectivos y conductuales adoptados por el familiar de los pacientes con tuberculosis en la satisfacciones de las necesidades emocionales, apoyo físico y ambiental, que pueden ser positivas o negativas para el paciente.	Cognitivo	-Importancia de la curación del paciente, importancia de acudir al médico cuando tose por más de 15 días, preocupación por fiebre, descartar contagio en la familia, beneficio del tratamiento, Riesgo de contagio a familiares, angustia por presentar síntomas de la enfermedad, utiliza mascarilla al acompañarlo en su tratamiento.	9 (1,2,3,4,5,6,7,8,9)
	Cuantitativa			Afectivo	Dificultad al asistir a reuniones, preocupación por murmurar en la vecindad, presentimiento del fracaso antes de empezar el tratamiento, evitan ingerir alimentos del paciente, hay momentos de soledad, angustia por tratamiento que causa dolor en su familiar, los individuos no lo saludan por evitar contagio, acompañar al centro de salud resulta agradable.	8 (10,11,12,13,14,15,16,17)
	Escala de medición: Ordinal			Comportamiento	Realizar el aseo de sus manos luego de atender al familiar, utilizan mascarillas en el hogar y zonas públicas, aceptar lavarse sus manos en ocasiones, usa los recursos necesarios al lavarse las manos ,su paciente utiliza el tiempo apropiado en el lavado de sus manos ,es conveniente que se cubra al toser y habla, importancia de la habitación individual, importancia de la ventilación de la vivienda, la flema es eliminado y quemado, diferencia del descarte de los desechos en tachos, tiempo que utilizan para la limpieza de la casa, esmero en higiene corporal del paciente.	12 (18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29)

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo De Investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, porque se utilizó los datos de forma numeral estos datos midieron cada variable y fueron examinados y comparados estadísticamente. El diseño es descriptivo y correlacional porque se describe tal y como es la realidad existente, analiza y relaciona las variables, fue de corte transversal, porque los datos que se recolectaron en periodo establecido de un tiempo según Hernández Sampieri (44).

3.2. Población

En este estudio se entrevistó a los jefes de familias de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria de control y prevención de la TBC (ESPCT), del Centro de Salud Infantas del distrito de Los Olivos.

La población estuvo formada por 80 familias, y solo 50 familias cumplieron con los criterios de inclusión que tienen a su familiar en la ESPCT se verifico que se lleve a cabo según los criterios de inclusión y exclusión al momento que se aplicará las encuestas.

Criterios de inclusión:

- Familiares que acepten firmar el consentimiento informado y participan del estudio.
- Familiares de pacientes que se encuentren dentro de la Fase I y II del programa ESPCT.
- Familiares de los pacientes con TBC pulmonar que pertenecen a la ESPCT del Centro de Salud Infantas.
- Familiar del paciente que cumpla constantemente en recibir el tratamiento indicado.
- Familiar que conviva en forma estable con el paciente.

Criterio de exclusión:

- Familiares que no acepte firmar el consentimiento informado y no desean participar del estudio.
- Familiares de pacientes que no se encuentren dentro de la Fase I y II del programa ESPCT.
- Familiares de los pacientes con TBC pulmonar que no pertenece a la ESPCT del Centro de Salud Infantas.
- Familiar del paciente que no cumpla constantemente en recibir su tratamiento indicado.
- Familiar que no conviva en forma estable con el paciente.
- La encuesta no se aplicó si no era jefe de familia.

3.3. Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

La técnica que se utilizó en este estudio fue la encuesta que nos permitió recoger la información obtenida de los familiares y el instrumento que se utilizó fue el de Riesgo Familiar Total RTF:5-33 de Pilar Amaya, en el 2013 Abrego Elizabeth, Larios Betzabeth y Onofre Jacqueline, realizaron la validez del instrumento RFT 5-33, su investigación la realizaron en familias del Asentamiento Humano Señor de los Milagros en el Distrito de Comas –

Lima, Perú ,la validez del instrumento la realizan con 5 jueces expertos, que evaluaron el instrumento de acuerdo a las dimensiones obteniendo un 90.662 de validez total y obtuvo el valor de la confiabilidad realizaron una prueba piloto con 50 familias obtenidas de forma aleatoria del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de los Olivos. El resultado con el Kuder-Richardson 20 (KR20), en donde se obtuvo como resultado un valor de 0.84 y se concluyó con una confiabilidad del instrumento alta (45).

El instrumento de RFT: 5-33 se encuentra dividido en 5 dimensiones:

Organización según las dimensiones del instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5 – 33

FACTORES DE RIESGOS	N° DE ÍTEMES	DESCRIPCIÓN
Condición psicoafectivas	10	Desarmonía conyugal y desarmonía con los niños, maltrato en la familia, un miembro presenta ansiedad, desprotección ,rol sustituto de los padres ,separación de los padres, abandono de uno de los cónyuges ,depresión, consumo de tabaco y alcohol.
Servicios y prácticas de salud	6	Disponibilidad de los servicios , falta de conocimientos en los servicios de salud , los cuidados inapropiados de salud de la mujer y en la nutrición ,familia en riesgo pero no lo percibe
Condición de vivienda y vecindario	5	Deficiencia en el uso de saneamiento en el ambiente, situaciones no apropiadas en el vecindario ,deficiencia en el hogar con respecto a la higiene, falta de los servicios públicos, falta de ventilación en las habitaciones e inadecuado almacenamiento de los alimentos.
Situación socio-económica	6	Ingresos escasos para abarcar las necesidades con respecto a la salud, carencia , no tienen actividades recreativas , excesos de trabajos en algunos de los integrantes en la familia, dificultad en la salud por falta de control, dificultad en los accesos de los servicios de salud.

Manejo de los menores 6

Existencia de menores entre 4 a 12 años y niños que no van al colegio menores de 12 años, falta de controles de crecimiento y desarrollo, presencia de factores de riesgos entre niños de 1 a 11 años, Dificultades en la orientación de los niños y adolescentes.

Análisis de los niveles: familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto.

- **Familias con riesgo bajo**

Las familias que están en un riesgo bajo es la que demuestre mediante su estructura y interacciones psicoafectivas, las situaciones saludables, práctica frecuentes individual y grupal de salud y poseen educación y ayuda en los servicios de la salud.

- **Familias amenazadas**

La familia que ese encuentra amenazadas será la que evidencie en la composición y en la interrelación psicoafectivas, discrepancia y problemas de control en los niños menores vinculados y presentan frecuentes prácticas inestables.

- **Familias con riesgo alto**

La familia que presenta la estructura y las interacciones psicoafectivas desfavorables o en discordancia y desorientación en el cuidado del control de los niños de menor edad, muestran un acumulo de peligros individuales y familiares.

Con respecto a la variable actitud los de familiares, se utilizó el instrumento de la escala de Likert y está compuesta por las siguientes dimensiones:

- **Cognitivo**

Evalúa la actitud del familiar según: su forma de transmisión, tratamiento y prevención.

- **Afectivo**

Evalúa la actitud del familiar según: Interés, capacidad de escuchar y sentimientos.

- **Conductual**

Evalúa la actitud del familiar según: comunicación, rechazó al contagio, acompañar al tratamiento.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó el procesamiento de datos mediante la codificación y la recolección de la información mediante el instrumento RFT:5-33 los datos de la actitud de los familiares serán ingresados de forma manual a la base de datos del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the social Sciences) versión 23. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos mediante el programa de Excel y según los valores obtenidos se procederá a su análisis y su a respectiva discusión teniendo en cuenta los objetivos que se establecieron en esta investigación así poder evaluar si existe relación entre el Riesgo familiar Total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de Salud Infantas – Los Olivos.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La profesión de enfermería busca un lenguaje común en donde los valores sean respetados en la práctica sanitaria, es por eso que se adquieren conocimientos para poder brindar un cuidado de manera integral a los seres humanos en donde se incorporan los principios éticos y morales de la profesión, con una finalidad de poder servir bien y mejor la salud del paciente en integración con su comunidad (46).

- Beneficencia: En la recolección de datos que obtuvimos sobre nuestra investigación de riesgo familiar total y la actitud de los familiares no ocasionamos daño a la población.
- No maleficencia: En las encuestas realizadas al aplicar nuestro instrumento no se causó daño a la población.
- Autonomía: El instrumento será aplicado a toda persona que firmo el consentimiento informado en forma voluntaria y anónima.
- Justicia: En la aplicación del instrumento se consideró a todos los entrevistados por igual se les brindo buen trato a cada persona no hubo discriminación por su raza, ni situación socioeconómico ni religión.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

La presente investigación se realizó en el domicilio de cada integrante del programa de tuberculosis que pertenecen al centro de salud Infantas, Los Olivos, se entrevistó al jefe de familia, considerando una población de 50 familiares, de los cuales la edad promedio es de 53,10 años (\pm 13,606). La edad mínima registrada fue de 24 años, mientras que la edad máxima de 78, así mismo los familiares el 76% son mujeres y el 24% son masculino, por otro lado, el estado civil (46%) del total son casados, (26%), son convivientes seguidos de un pequeño margen es separado (14%), viudo (12%) es soltero (2%).

La mitad exacta de la muestra presenta como grado de instrucción secundaria completa (50%), seguidos en cantidad por aquellos que solo tienen primaria completa (14%) y, por último, los participantes con primaria incompleta, superior técnico y superior incompleto se distribuyen el 36% restante con un 12% para cada categoría.

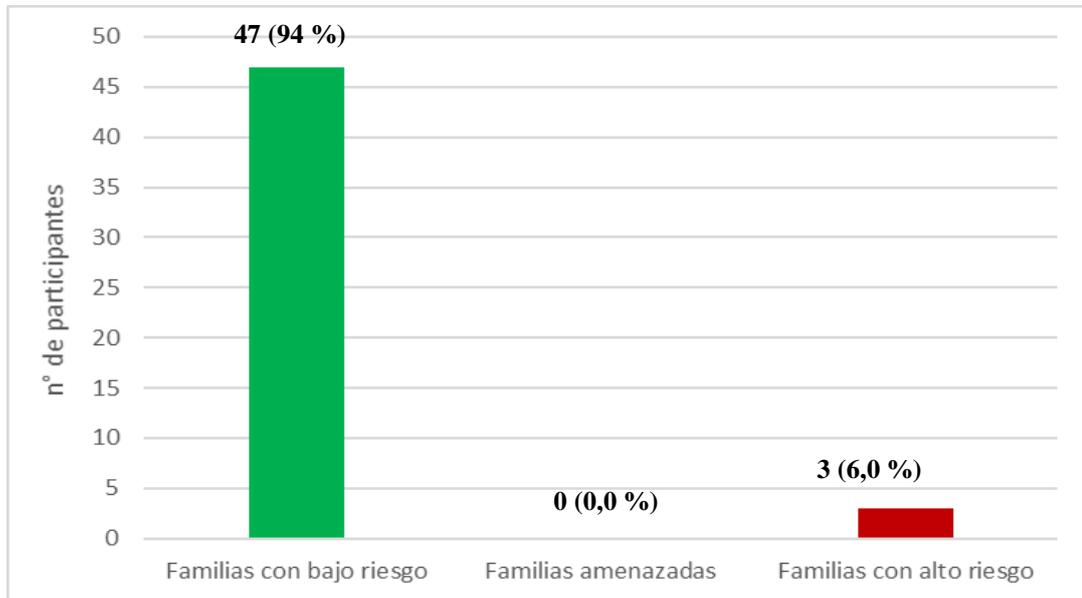
La gran mayoría de los participantes del estudio es trabajador independiente (42%) o trabajador eventual (40%). Solo el 12% es trabajador independiente y el 6% es jubilado. Así mismo, el 26% de los familiares de los pacientes no tiene seguro médico, el 34% está suscrito al SIS-MINSA, el 32%, a Es Salud, el 2% a EPS y el 6% cuenta con otro tipo de seguros.

Con respecto al tipo de familia, el 46% de la muestra forma parte de una familia de tipo nuclear, el 30% forma parte de una familia nuclear modificada y el 2% forma parte de una familia nuclear reconstruida. Así mismo, el 6% forma parte de una familia extensa, el 2% es parte de una familia extensa atípica, el 6% convive únicamente con su pareja y el 8% forma parte de una familia atípica.

En cuanto a los antecedentes familiares relacionados a la salud, se encuentra que el 66% tuvo tuberculosis, el 12% tiene por antecedente el alcoholismo, el 8% asma, al igual que diabetes y, un pequeño margen, anemia (6%) (Ver Anexo A).

A continuación, se presentaron los resultados obtenidos del estudio en concordancia con los objetivos planteados de la investigación:

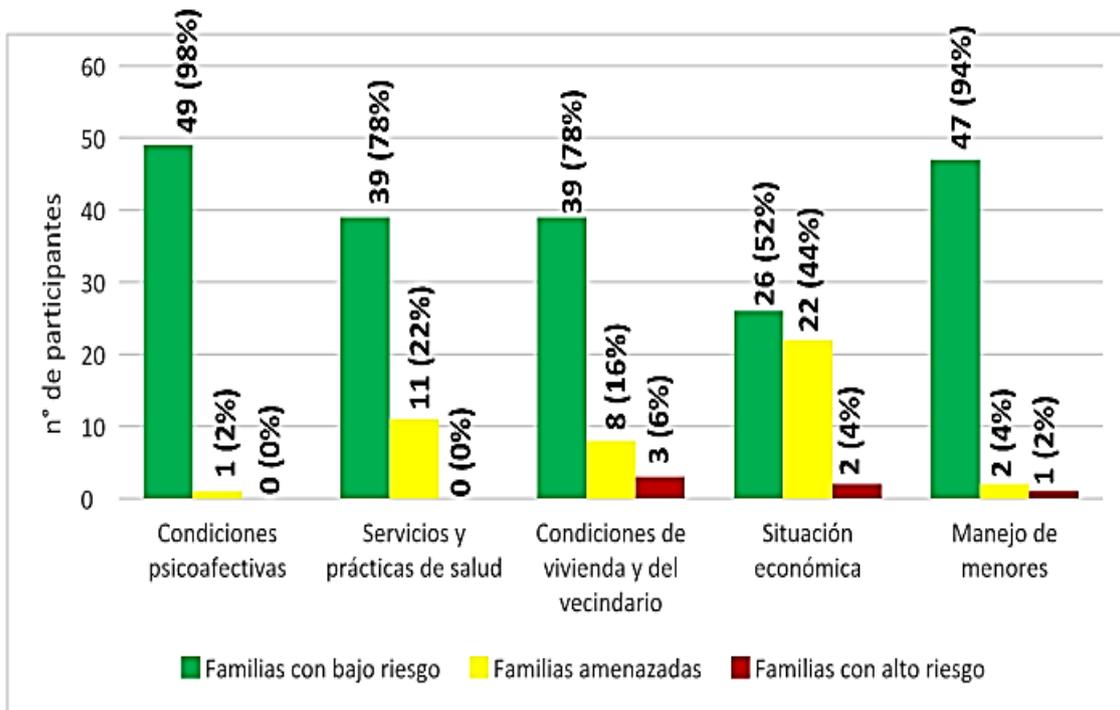
Gráfico N° 1: Resultados De La Variable Riesgo Familiar Total



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico n°1 se presenta la distribución del riesgo familiar total, donde destaca las familias con bajo riesgo con un 94%, seguida de las familias con alto riesgo con 6 % según el RFT 5-33.

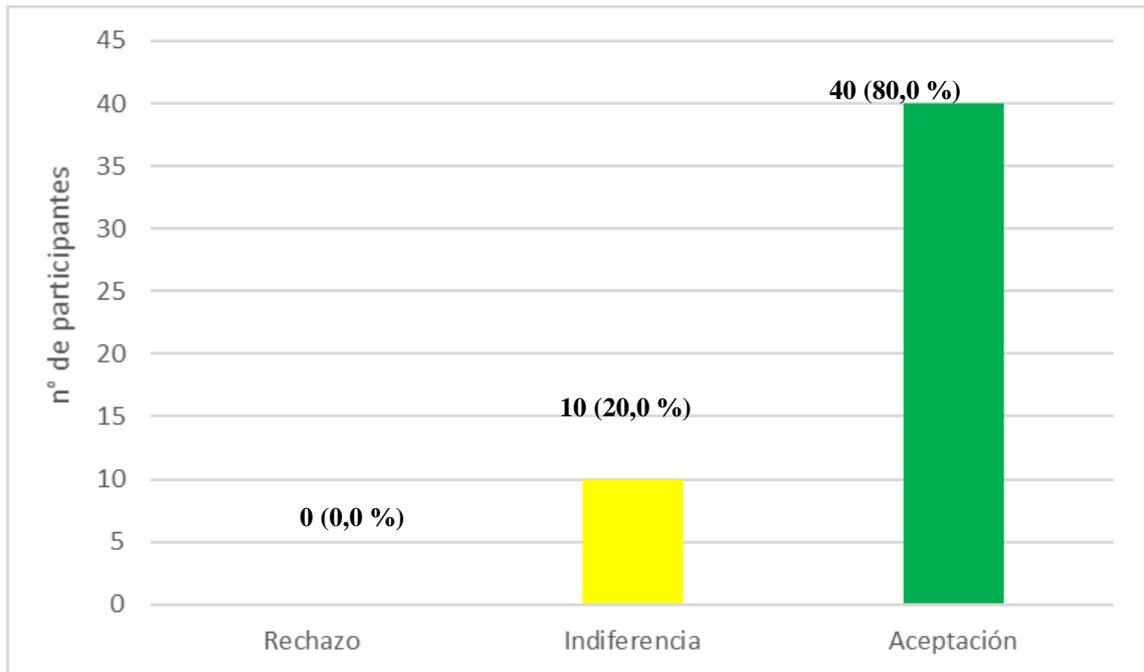
Gráfico 2: Dimensiones De La Variable Riesgo Familiar



Fuente: Encuesta realiza por los estudiantes EAPE-Universidad Norbert Wiener

En el gráfico 2 se aprecia el 98% de los familiares presentaron unas condiciones psicoafectivo, en la dimensión servicios y prácticas de salud 78%, Condiciones de vivienda y del vecindario 78%, en la situación económicas 52% y en el manejo de menores 94%.

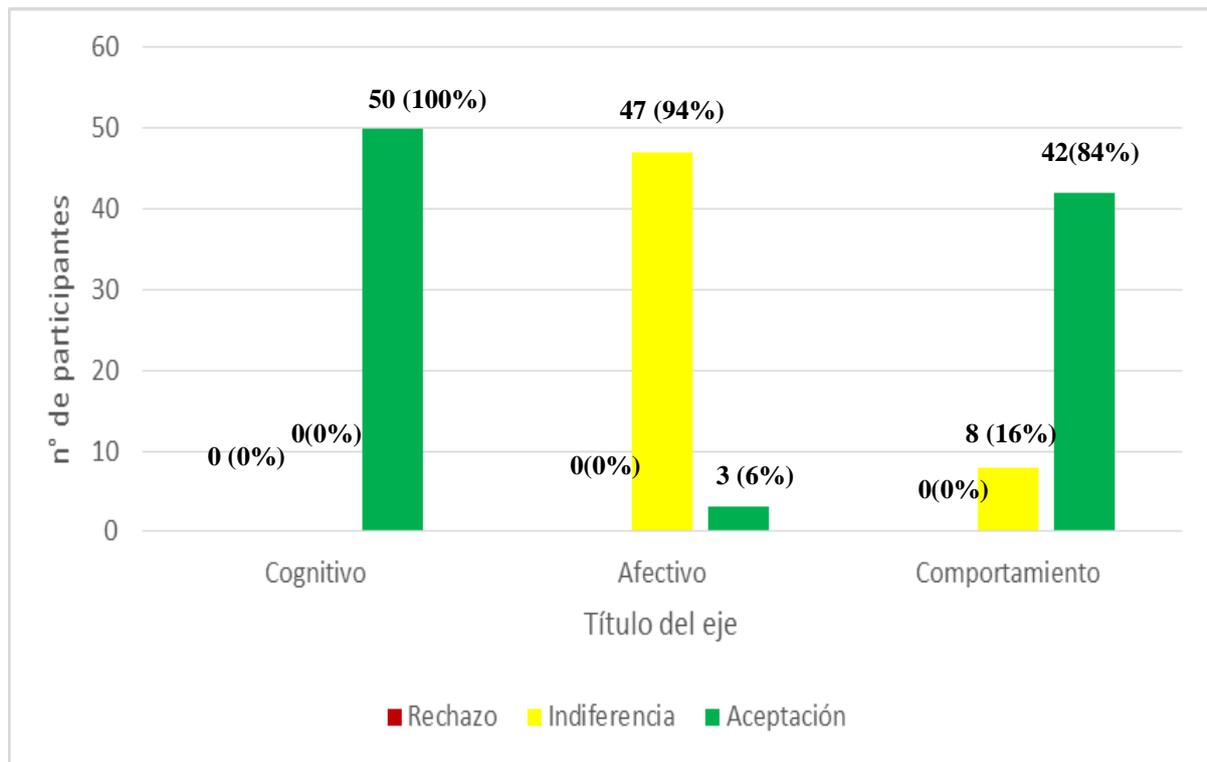
Gráfico N° 3: Resultados De La Variable Actitud



Fuente: Encuesta realiza por los estudiantes EAPE-Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N°3 el 80% de familiares tienen una actitud de aceptación y 20% de los familiares tiene una actitud de indiferencia.

Gráfico 4: Dimensiones de la variable Actitudes de los Familiares



Fuente: Encuesta realiza por los estudiantes EAPE-Universidad Norbert Wiener

Gráfico N° 4 se aprecia en cuanto a las dimensiones, el total de la muestra afirma, desde lo cognitivo, una actitud de aceptación. Desde lo afectivo, el 94% de los participantes muestra una actitud de indiferencia y un pequeño margen (6%), presenta actitudes de aceptación. Por último, en cuanto al componente comportamiento, la mayoría de los familiares de los pacientes tiene actitudes de aceptación (84%), el resto, presente una actitud de indiferencia (16%).

Dadas las hipótesis:

Hi: Existe relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Infantas del distrito de los Olivos-Lima, 2017.

Ho: No existe relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Infantas del distrito de los Olivos-Lima, 2017.

El grado de correlación obtenido expresado dentro del rango [0; 1] para relaciones directamente proporcionales y en el rango [-1; 0] para relaciones inversamente proporcionales, se interpreta bajo el siguiente criterio:

$ r = [0 ; 0,1>$	Correlación irrelevante
$ r = [0,1; 0,3>$	Correlación leve
$ r = [0,3; 0,5>$	Correlación moderada
$ r = [0,5; 1>$	Correlación fuerte

Tabla .2 Correlaciones entre las variables

“Riesgo Familiar” y “Actitud de los Familiares”

		Riesgo Familiar
	Correlación de Spearman	-,356*
Actitud de los Familiares	Sig. (bilateral)	,011
	N	40

* La correlación es significativa al 0,05 (unilateral)

Interpretación

La prueba de correlación bivariada de Spearman determina mediante un coeficiente en el rango de -1 a +1 el grado de correlación lineal entre dos elementos analizados

Para determinar la relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Infantas del distrito de Los Olivos–Lima, 2017, utilizamos la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman.

.La prueba de correlación bivariada de Spearman obtuvo un coeficiente de 0,356 con un margen de error del 5% ($p = ,011$).

El análisis determina que existe una relación inversamente proporcional estadísticamente significativa de intensidad moderada entre las variables de estudio. Los resultados exponen que mientras exista un mayor riesgo familiar, la actitud de los familiares presentará una mayor tendencia al rechazo.

Por lo anterior, se puede afirmar con evidencia estadística que existe relación entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Infantas del distrito de los Olivos - Lima, 2017, por lo tanto, se niega la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

4.2 DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación se realizó en el Centro de salud Infantas en el distrito de Los Olivos, la encuesta fue aplicada a 50 familiares, donde se obtuvo como resultado en relación a la variable Riesgo familiar total presentaron que 6% pertenecen a familias de riesgo alto, el 94% pertenecen a familias de riesgo bajo. Los resultados de esta investigación presentan similitud con las investigaciones realizadas por Cerquin Pérez Iris Jocelyn, su estudio lo realizó en Perú en el año 2017, que encontró familias con riesgo bajo 70,6% y un 3.9% familias con riesgo alto (17).

Por otro lado, nuestros resultados de este estudio difieren con los resultados de Soto Gonzáles Ana María; quien encontró que el 59% pertenecen a familias amenazadas, el 27% familias de alto riesgo y el 14% familias de riesgo bajo (11).

De igual manera también difieren con los resultados de Giraldo Ocampo Diana María, que encontró el 57% son de familias amenazadas, el 15% de familia de riesgo bajo y un 8% de familias de riesgo alto (12).

Difieren con los resultados de Velásquez V, Amaya María; quienes encontraron que el 47.9% pertenecen a familias de riesgo alto, de igual manera difiere con los resultados de Velásquez Restrepo Luz Enith, que encontró que el 54% son familias de riesgo bajo, y un 46% a familias de riesgo de amenaza (13).

De igual forma también difieren con los resultados de Betancurth Loaiza Diana Paola, se encontró que el 62% pertenecen a familia amenazadas el 35% a familias de riesgo bajo y el 3% a familias con riesgo alto.

En esta investigación se analizan los resultados de las cinco dimensiones del Riesgo familiar total, las más afectadas es la dimensión de condiciones psicoafectivas, el 98% son familias con riesgo bajo y el 2 % son familias amenazadas (15).

En la dimensión practicas o servicios de salud, el 78% son familias de riesgo bajo y el 22% son familias amenazadas, en la dimensión vivienda y vecindario el 78% son familias de riesgo alto, el 16% de familias amenazadas y el 6% son familias de riesgo alto, en la dimensión situación socioeconómica, el 52% son familias de riesgo bajo, el 44% son familias amenazadas y el 4% son familias de riesgo alto, en la dimensión manejo de menores el 94% son familias de riesgo bajo ,el 4% son familias amenazadas y el 2 % son familias de riesgo alto. Soto González Ana María, sus resultados coinciden con esta investigación en la dimensión de situación socioeconómica de familias amenazadas con riesgo bajo (54%) que indica que esto sucede por falta de oportunidad laboral, y también la falta de capacitación de las personas que son desplazadas de un lugar a otro, es por eso que no pueden tener trabajo y no poseen ingresos fijos (11).

Encuentran coincidencia en los resultados hallados por Betancurth Loaiza Diana Paola, quien encontró en la dimensión de vivienda y vecindario el 7% de familias con alto riesgo, a la vez difieren con Cerquin, .Flores J. en la dimensión Psicoafectiva donde el 92.2% se encuentra familias con riesgo amenazados, y en la dimensión servicios y prácticas como en la condición de vivienda tienen un 100 % de familias amenazadas (15).

Así mismo difieren con Velásquez Restrepo Luz Enith en la dimensiones de manejo de menores encontrando un 98 % de familias amenazadas y un 2 % de familias en riesgo alto, y la dimensión de condiciones de viviendas y vecindario obtuvieron un 98% de familias amenazadas y un 2 % de familias en riesgo alto (14).

Los resultados en relación a la variable de Actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Infantas en los Olivos, presentaron una actitud de Indiferencia con 20% y un 80% una actitud de aceptación. Estos resultados coinciden con los de Aulla Galindo Norma donde encontró que el 60.61 tiene un nivel de aceptación y un 30.30 % un nivel de indiferencia (16).

Difieren con los resultados de Gisela Araselly Abad en donde sus resultados son un 73.81% indiferencia, un 21.43% de rechazo y 4.76% de aceptación. Los resultados presentados en esta investigación pueden presentar diferencia por el tipo de población donde es aplicado el instrumento (18).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Existe relación entre el Riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Infantas -Los Olivos, 2017.
- Los resultados exponen que mientras exista un mayor riesgo familiar, la actitud de los familiares presentará una mayor tendencia al rechazo.
- En el riesgo familiar total, destaca las familias con bajo riesgo, según el instrumento de RFT 5-33.
- En las dimensiones del riesgo familiar total, en su mayoría pertenecen a familias de bajo riesgo obteniendo la dimensión en las condiciones psicoafectivas el porcentaje más alto.
- En la actitud el mayor porcentaje de familiares presentaron una actitud de aceptación desde la dimensión cognitiva.

5.2 Recomendaciones

- Fomentar la importancia del desarrollo de proyectos que apoyen a las familias con respecto a aspectos que involucren su integridad, que favorezcan en las soluciones de problemas para evita que esta enfermedad se difunda.
- Los profesionales de enfermería que tiene a cargo a las familias que pertenecen al Centro de Salud Infantas deben tener una capacitación y actualización constante para el trabajo con dichos pacientes de esta enfermedad y desarrollar en ellos un sentimiento de unidad y promover la prevención y promoción para evitar los factores de riesgos.
- Promover la participación de las familias en la rehabilitación de sus familiares, brindarle consejería familiar psicológica y programas educativos de salud familiar, para fortalecer las dimensiones del riesgo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Reporte [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso 04 de junio de 2018]. Available from: http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf.
2. Organización Panamericana de la salud, familia y adolescencia: Indicadores de Salud [sede Web]. Washington D.C., Segunda reimpresión, diciembre de 1996 [acceso 12 de mayo de 2018]. Available from: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Familia%20y%20adolescencia.%20Indicadores%20de%20salud.pdf>.
3. López Rupérez F, Las relaciones entre familia, Rev. Madrid Segunda época 2015, Vol. 4. N.º 7 - 180p.-14.
4. Endes: La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional y Regional [sede Web]. Perú, 2016, Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html.
5. Amaya, Pilar. Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación, Universidad Nacional de Colombia: Edición, 2004. 64,65 p.
6. Amaya, Pilar. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF- GEN 25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Edición ,2000. 8p.
7. Barwise J, Perry Y. Situaciones y Actitudes. Mc Grw Hill 3º Madrid: Edición, 1992 . Pp. 245 -250.

8. Organización mundial de la salud. Tuberculosis D.C: Sinco [internet]. 2017. [Fecha de acceso 25 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
9. Quevedo Cruz L, et al. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Med Clin (Perú).2015;8(1):11-16.
10. Acosta H. nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares. Med Clin (Perú) [citado 18 de abril de 2017]. URL Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe
11. Soto Gonzales A. Riesgo familiar total y Grado de salud familiar, familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande [Tesis para Maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia;2017.
12. Giraldo Ocampo D. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adolescentes escolarizados en una institución educativa del Municipio de la Tebaida [Tesis para Licenciatura en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2017.
13. Velásquez V, Amaya Rey, M. Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza [Tesis para Maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
14. Velásquez L. Riesgo familiar total y Grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos [Tesis de Maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia ;2012.
15. Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna [Tesis de maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

16. Aulla G, Norma, Actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en el centro de salud Jicamarca [Maestría en Gestión de los servicios de la salud]. Perú: Universidad Cesar vallejo; 2017.
17. Cerquin Pérez I, Flores Anyoza J, Guerrero cueto J, Riesgo familiar total de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la micro red de salud [Tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades ;2015.
18. Aranda A, Gisela, Nivel del conocimiento sobre Tuberculosis y actitud hacia las medidas preventivas en familiares de pacientes con Tuberculosis pulmonar del Hospital Vista Alegre [Tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Cesar vallejo;2016.
19. Dávila E, Morí L, Conocimiento y Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el hospital regional de Loreto, [Tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
20. Acosta H, Cintia, Nivel de conocimiento sobre Tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la micro red [Tesis de licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica ;2015.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; 2010.
22. Amaya, Pilar. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF- GEN 25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Edición ,2000. 8p.
23. Modino IM. La familia: el divorcio y los hijos. [sede Web]. España: Lugar de publicación: Psicología Online; 2000 [acceso 10 de enero de 2018] Available

from:<https://www.psicologia-online.com/la-familia-eldivorcio-y-los-hijos-2996.htm>.

24. Organización Mundial de la Salud. Personal Sanitario [sede Web]. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 04 de junio de 2018] [Internet]. Available from: <http://www.who.int/hrh/about/es/>
25. Almeda, Elisabeth. Las familias monoparentales en España: un enfoque crítico. *Rev Internacional de Sociología (España)*.1995;3(11):21-45.
26. Choque C, Marisol Isabel Relación entre el nivel de conocimiento y actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Micro red Cono Norte Tacna [Tesis de licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann ;2014.
27. Terrones. E. Características del Conocimiento Científico. [Serial online] 2015 Disponible URL:<http://eudoroterrones.blogspot.com/2009/03/elconocimiento-cientifico-y-su.html>.
28. Alianza J, Actitudes Conocimientos y prácticas de Tuberculosis en proveedores de servicios de salud [Tesis de licenciatura de enfermería]. México: Universidad de México ;2014.
29. Cardona JA, Hernández P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. *Rev Cienc salud (Colombia)*. 2013; 11 (2): 157-171.
30. Bojórquez C, Conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de control de la tuberculosis del Centro de salud Conde de la Vega [Tesis de licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad mayor de San Marcos; 1995.
31. Bustamante S. Enfermería familiar [Internet]. 1ra. ed. Biblioteca Nacional del Perú, editor. Trujillo;2004. Available from:

<http://www.efamiliarycomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Enfermer%EDa%20Familiar.pdf>.

32. Becerra, W. riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano juan pablo [Tesis de licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad de ciencias y humanidades ;2015.
33. Suárez, R. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja complejidad Huaycan [Tesis de licenciatura en enfermería]Perú: Universidad Peruana Unión ;2015.
34. Galindo, J. Relación entre nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis pulmonar centro de Salud Jicamarca [Tesis de licenciatura en enfermería] Perú: Universidad Ricardo Palma;2009
35. Ferrer, E., & Quispe, R. Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil [Tesis de licenciatura en enfermería] Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza;2015
36. Ponce CY. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un Centro de Salud [Tesis de licenciatura en enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2014.
37. Martínez – Hernández YO, Guzmán – López F, Flores-Pulido JJ, Vásquez-Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar México 2011. Rev. Atención Familiar [en línea] 2011; 21 (2): 47 – 49 [acceso 23 de Junio 2017] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630013X>.
38. Collazos CL. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la

Estrategia de pacientes con tuberculosis [Tesis de licenciatura en enfermería]
Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2012.

39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 53. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
40. Acosta S. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Micro Red Santa Ana [Tesis de licenciatura] Perú: Universidad Nacional de Huancavelica;2014.
41. Amaya, Pilar. Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación, Universidad Nacional de Colombia: Edición, 2004. 80-84 p.
42. Martínez N. La ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana de Enfermería.[Internet] 2010[acceso 20 noviembre de 2017] 26(1):18-29 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf06110.pdf>.

ANEXOS

Anexo B: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO: RIESGO FAMILIAR TOTAL RFT:5-33

Autora: María Consuelo Del Pilar Amaya De Pena (2004)

I.PRESENTACION: Sr(a). Somos egresadas de la carrera de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, estamos realizando un trabajo de investigación titulado ““RIESGO FAMILIAR TOTAL Y ACTITUD DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD INFANTAS LOS OLIVOS -LIMA 2017” el objetivo es obtener datos sobre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Infantas en el Distrito

de los Olivos. Este cuestionario es anónimo. Le pedimos nos brinde su colaboración, veracidad y sinceridad para resolver dichas preguntas, le agradecemos de antemano su colaboración y sinceridad.

Le pedimos leer cada pregunta y marque con un aspa(X)la respuesta que considere correcta según usted crea adecuada. Si usted tendría dudas, por favor pregunte a la persona que se encuentra encargada de esta entrevista. Gracias.

A) Datos Demográficos

Edad del jefe de Familia..... años

Sexo F () M ()

Grado de instrucción del jefe de Familia:

a) Analfabeto ()

b) Primaria completa ()

c) Primaria incompleta ()

d) Secundaria Completa ()

e) Secundaria Incompleta ()

f) Superior ()

Tipo de Ocupación

Condición de la Ocupación:

a) Trabajador estable ()

b) Eventual ()

c) Desocupado ()

d) Jubilado ()

e) Estudiante ()

Estado Civil del jefe de familia

a) Soltero ()

b) Conviviente ()

c) Casado ()

d) Separado ()

e) Divorciado ()

f) Viudo ()

Tipo de Familia

Tipo I

a) Nuclear ()

b) Nuclear modificada ()

c) Nuclear reconstituida ()

d) Pareja ()

Tipo II

a) Familia extensa ()

b) Familia extensa modificada ()

c) Familia atípica ()

INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR TOTAL RFT: 5-33

A. Condiciones Psicoafectivas		1	0
1	Desacuerdo de los conyugues.		
2	Desarmonía entre los integrantes de la familia		
3	Violencia en la familia		
4	La familia o un miembro tiene ansiedad Constata problemas con los familiares		
5	Privación afectiva, desprotección		
6	Roles sustitutos de los padres, que son asumidos por otro integrante de la familia o mayores que sostienen a la familia, un rol no acorde		
7	Divorcio de los padres		
8	Abandono de Hogar de uno de los padres		
9	Enfermedad como depresión.		
10	Ingesta de alcohol o psicoanálisis y otros		

B. Prácticas y servicios de salud		1	0
11	Problema o necesidad no acude, prefiere consejos de abuelas problema o necesidad no acude, prefiere consejos de abuelas vecinos, boticarios, etc.		
12	Falta de servicios de salud		
13	Técnicas inadecuadas del Cuidado de la salud en la mujer		
14	Técnicas inadecuadas del Control Médico		

	general/alimentación		
15	Familia que percibe riesgos en los integrantes .		
16	Manejo inadecuado en la salud dental. (No higiene)		

C. Vivienda y Vecindario		1	0
17	Carencia de saneamiento ambiental, no descartar la basura en el recolector Dificultad para la instalación de baño, teniendo la conexión de desagüe.		
18	Condiciones no apropiadas de salud en el vecindario		
19	Deficiente del hogar, falta de higiene.		
20	Falta de por lo menos un servicio público (agua, alcantarillado, electricidad, recojo de basura)		
21	Inadecuada ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos		

D. Situación socioeconómica		1	0
22	Escasos ingresos para poder cumplir con las necesidades de la salud		
23	Pobreza: no puede cubrir alimentación , vivienda , educación y vestimenta.		
24	Falta de tiempo de recreación con la familia		
25	Exceso del trabajo en algunos integrantes de la familia.		

26	Las preocupaciones de salud no están siendo atendidas.		
27	Falta de accesos a los servicios de salud		

E. Manejo de menores		1	0	NA
28	Entre 4 y 12 años			
29	Ausentismo escolar en niños menores de 12 años			
30	No realiza Control en Crecimiento y Desarrollo o Se da un manejo no adecuado.			
31	Falta de orientación y supervisión en las actividades de los menores de edad.			
32	Riesgo en menores entre 1 y 11 años			
33	Problemas de disciplina en niños y adolescentes .			

INSTRUMENTO ACTITUD DE LOS FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Estimado (a) Lea cuidadosamente la pregunta y marque con “X” la alternativa que considere adecuada, no deje ninguna pregunta sin contestar. Garantizamos el carácter anónimo y confidencial de tus respuestas le solicitamos que responda con la mayor veracidad y sinceridad posible. Anticipadamente le agradecemos colaboración.

		ESCALA DE VALORES				
Dimensiones cognitivo	En totalmente desacuerd o	En desacuerd o	Ni en desacuerd o ni en acuerdo	De acuerd o	En Total acuer do	
	1	2	3	4	5	
1- Importancia que el paciente con TBC se sane.						
2- Importancia que el paciente acuda al médico. Si presenta tos por más de 15 días.						
3- Se preocupa si tiene fiebre en la noche.						
4- Cree necesario realizar el descarte de la enfermedad de TBC a los integrantes de la familia.						
5- Es de utilidad el						

tratamiento que se le brinda al paciente portador de TBC.					
6- Es importante que tenga las vacunas toda la familia.					
7- Es riesgoso conocer que su familiar le contagia de la enfermedad , a los miembros de su familia.					
8- Se angustia que elimine sangre por la boca su paciente.					
9- Usted usa mascarillas en el momento que acompaña al paciente en su tratamiento.					
Afectivo					
10- El paciente presenta dificultades para ir a asistir a reuniones.					
11- Le preocupa que la gente comente al pasan por el vecindario.					
12- Al empezar algo distinto en tratamiento piensa que puede					

fracasar					
13- Las personas evita consumir alimentos cuando se encuentra cerca del paciente.					
14- Hay momentos en los piensa que se siente su familiar solo y le falta su apoyo para continuar con su tratamiento.					
15- Se siente con angustia cuando le informan que su tratamiento que recibir su familiar es largo y doloroso.					
16- La gente no saluda a mi familiar por miedo de contagio de esta enfermedad.					
17- Acompañarlo a su centro de salud le es de su agrado .					
Comportamiento					
18- Se lava las manos luego de asistir a su familiar.					
19- Usa mascarilla el paciente que está en tratamiento en su casa y cuando va a sitios					

públicos .					
20- Se lava las manos solo en algunas oportunidades					
21- En casa usa los materiales indicados para el lavado de sus manos.					
22- Su familiar utiliza el tiempo necesario (15 segundos) en su aseo de sus manos.					
23- Es necesario tapar su boca y nariz al momento de toser o hablar.					
24- Es importante que la habitación del paciente sea individual así prevenir el contagio.					
25- Es necesario tener ventilado el cuarto y su hogar.					
26- La flema que elimina en papel higiénico lo descartan en bolsa negra y después lo quema.					
27- Es recomendable eliminar sus desechos en contenedores					

diferentes que su familiar.					
28- Le quita mucho tiempo supervisar la limpieza y desinfección de los ambientes donde se encuentra su familiar.					
29- Toma interés en su higiene corporal el paciente.					