



**Universidad
Norbert Wiener**

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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS
QUE ACUDEN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PÚBLICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
DISTRITO DEL RÍMAC, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

**OCÓN TRIBEÑO, LADY
PEREZ CAHUAZA, GABY**

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A nuestros amados padres, por su gran apoyo y comprensión, porque cada día nos brindan ejemplo de superación y perseverancia para alcanzar los objetivos, por enseñarnos que cada sacrificio en la vida tiene una recompensa; por eso es que hoy día podemos cosechar los frutos de inversión que ellos sembraron en nosotras.

AGRADECIMIENTOS

Gracias, en primer lugar, a Dios, por darnos salud, fortaleza y sabiduría para desarrollar todo este proceso de investigación; a los jefes de los centros de salud, por depositar su confianza y apoyo en las encuestas. También a nuestro asesor Dr. Hernán Hugo Matta Solís, por su ayuda incondicional y enseñarnos que las cosas bien hechas requieren esfuerzo y sacrificio.

ASESOR DE TESIS
Dr. Hernán Hugo, Matta Solis

JURADOS

Presidente: Dra. María H. Cárdenas Cárdenas

Secretaria: Mg. María A. Fuentes Siles

Vocal: Mg. Yurik A. Suárez Valderrama

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ASESOR DE TESIS.....	vi
JURADOS.....	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3. JUSTIFICACIÓN	22
1.4. OBJETIVO	23
1.4.1. Objetivo general.....	23
1.4.2. Objetivo específicos.....	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.1. ANTECEDENTES.....	25
2.1.1. Antecedentes internacionales	25
2.1.2. Antecedentes nacionales	27
2.2. BASE TEÓRICA	322
2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA	522
2.4 VARIABLES	533
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	566
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	566
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	577
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	60
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
4.1 RESULTADOS.....	64
4.2 DISCUSIÓN	72
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1. CONCLUSIONES:	77
5.2. RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Población de personas que reciben tratamiento de tuberculosis en los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018	58
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Riesgo Familiar Total en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	65
Gráfico N° 2: Riesgo Familiar Total, en su dimensión condiciones psicoactivas, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	66
Gráfico N° 3: Riesgo Familiar Total, en su dimensión servicios y prácticas de salud, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	67
Gráfico N° 4: Riesgo Familiar Total, en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	68
Gráfico N° 5. Riesgo Familiar Total, en su dimensión situación socioeconómica, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	69
Gráfico N° 6. Riesgo Familiar Total, en su dimensión manejo de menores, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en	70

el distrito del Rímac, 2018.

Gráfico N° 7. Adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

71

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Tabla de los datos sociodemográficos de personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.	90
Anexo B: Consentimiento informado	93
Anexo C: Instrumentos de recolección de datos	95
Anexo D: Carta de presentación al director general de Redes Integradas de Salud Lima Norte	99
Anexo E: Circular N° 017, MINSA/DIRIS. LN/6	100
Anexo F: Aprobación del comité de Ética	102

RESUMEN

Objetivo: Determinar el riesgo familiar total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018. **Materiales y métodos:** El estudio está enfocado de manera cuantitativo de tipo descriptivo en base a una población de 260 pacientes tratados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Se utilizaron como instrumentos dos cuestionarios: El Riesgo Familiar Total (RFT), creado por Pilar Amaya, y el cuestionario de Adherencia de Morisky. La técnica empleada fue la encuesta. **Resultados:** Se determinó que, respecto al Riesgo Familiar Total, el 52,3% de pacientes pertenecen a familias que están con bajo riesgo; el 45,4%, a familias amenazadas y el 2,3%, a familias de alto riesgo. Respecto a la variable Adherencia al Tratamiento Farmacológico, el 55,4% de pacientes son adherentes y el 44,6%, no adherentes. **Conclusiones:** En la variable riesgo familiar total existe cerca de la mitad de familias amenazadas, lo que podría estar relacionada con la dimensión servicios y prácticas, ya que obtuvo un porcentaje mayor que las otras; en cuanto a la variable adherencia, existe más de la mitad de pacientes adherentes al tratamiento.

Palabras clave: “Riesgo familiar total”, “Familia”, “Adherencia”.

ABSTRACT

Objective: To determine the total family risk and the adherence to treatment in people who suffer tuberculosis and attend public health establishments of first level of care in Rímac district, 2018. **Materials and methods:** The study is focused in a quantitative way of descriptive type, based on a population of 260 patients treated in the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis. Two questionnaires were used as instruments: The Total Family Risk (RFT), created by Pilar Amaya, and the Morisky's Adherence questionnaire. The technique used was the survey. **Results:** Regarding Total Family Risk, it was determined 52.3% of patients belong to families that are at low risk; 45.4%, to threatened families and 2.3%, to high-risk families. Regarding the variable Adherence to Pharmacological Treatment, 55.4% of patients are adherent and 44.6% are non-adherent. **Conclusions:** In the total family risk variable, there are about half of threatened families, which could be related to the services and practices dimension, because it obtained a higher percentage than the others; regarding the adherence variable, there are more than half of patients adherent to the treatment.

Keywords: "Total family risk", "Family", "Adherence".

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, nuestra sociedad peruana, presenta una gran desigualdad en temas de salud; aun cuando se tiene una gran revolución en los avances tecnológicos y científicos, no se puede lograr el acceso a uno de los derechos fundamentales del ser humano: el derecho a recibir una atención de calidad en el sistema de salud.

Las inequidades en la accesibilidad a la salud vienen afectando a los estratos socioeconómicos más bajos, particularmente, este es uno de los problemas que aqueja a los países latinoamericanos. Con la finalidad de crear condiciones de vida saludables que se encuentren disponibles para todos los individuos, sin importar su nivel de ingreso económico o el país que reside, se vienen realizando muchos estudios y publicaciones que se basan en la igualdad para acceder a los servicios de salud, donde se plantea que los principales obstáculos son los factores culturales, sociales, económicos y ambientales (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó un estudio donde se evidencia el incremento de vida de un individuo, consiguiendo un mayor índice de 69,2 años en 1980 a 76,1 años en 2011. Además, se revela que existen avances en la cobertura de vacunación, disminución de la proporción de personas con desnutrición, entre otros indicadores. A pesar de un aumento apreciable y positivo en los indicadores de bienestar y salud, los

determinantes sociales muestran desigualdades y diferencias alarmantes frente a los países desarrollados (2).

Es así que la salud de la sociedad también está determinada por factores culturales, el entorno, las estructuras del sistema social y del sistema educativo. Asimismo, los factores que son determinantes en la salud apuntan a que los componentes conductuales y biológicos, como nutrición, actividad física, consumo de sustancias tóxicas, cohesión social, referida a la existencia de confianza y respeto mutuo entre diversos grupos contribuyen a la valoración que el individuo tiene por su salud (3).

Las brechas sociales evidenciadas por las tendencias en la Región de las Américas incrementan el riesgo de contraer tuberculosis. Es claramente observable que por lo menos el 30% de las personas que padecen de tuberculosis en las Américas se concentran en el primer decil inferior (10%) del desarrollo humano. Estos resultados evidencian que, para las Regiones, la tuberculosis la padecen las personas pobres, las excluidas socialmente y a las que les faltan las oportunidades para desarrollarse (4).

Según el Comité para el Alivio del Hambre (OXFAM) Perú, el estado actual de desigualdad en el Perú, muestra que, aunque ha habido un retroceso de la pobreza monetaria al 24% y un crecimiento constante de la economía, aún persisten las brechas históricas de desigualdad, de inequidad y de exclusión. Además, muestra la diferencia de pobreza en áreas urbanas y rurales, donde en áreas urbanas hay un 16% y para el área rural 48%, lo cual indica que una persona que vive en áreas rurales tiene tres veces más de probabilidades de ser pobre respecto al que vive en áreas urbanas. Comparando las regiones naturales del Perú, se evidencia que el habitante de la región natural de la sierra tiene dos veces más probabilidades de ser pobre que un habitante de la costa del país. También respecto a los ingresos laborales entre hombres y mujeres aún persisten la diferenciación por sexo, se evidencia que las peruanas continúan percibiendo las dos terceras partes del ingreso que un peruano en promedio (5).

El Ministerio de Salud, siguiendo el compromiso político para prevenir y controlar la tuberculosis, informa que en Lima Metropolitana y el Callao

durante el 2016 se cuenta con 19 891 casos de tuberculosis, siendo el 79% multirresistente y el 70% extremadamente resistente, esto hace que se encuentren dentro de las 12 primeras regiones del Perú con más casos de tuberculosis. Además, en el Perú existe un incremento de pacientes que son multidrogorresistente a los antibióticos utilizados debido a la irregularidad y abandono de los tratamientos iniciales (6). Este problema no es causado por la carencia de tratamientos, sino por factores sociales. La falta de adherencia al tratamiento causa muertes prematuras, hospitalizaciones recurrentes e incrementa el costo del tratamiento, por lo que es un factor preocupante en los países en vías de desarrollo (7).

Entre los años 2013 y 2014, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Ica y Lima representan el 72% de incidencia a nivel nacional. Lima presenta más de la mitad (60%) de casos nuevos notificados. En Lima Metropolitana, y específicamente en los distritos de El Agustino, Ate, Barranco, La Victoria, Rímac, San Juan de Lurigancho y Santa Anita presentan un alto índice de casos (4).

Los dispositivos de regulación de la tuberculosis piden que las entidades de salud tomen principal acción sobre los centros del primer nivel de atención y sean capaces de poder prever, detectar y restablecer la salud de pacientes diagnosticados. En la actualidad, la terapia antituberculosis es bastante eficaz y concede la curación de más del 95% de pacientes. No obstante, el déficit de adherencia e incumplimiento al tratamiento produce reincidencia y mutación de nuevas cepas, que son fuertes al tratamiento antes ya indicado, y el contagio de la enfermedad dentro del entorno donde habitan, produciendo así el fallecimiento de estos mismos. Estos obstáculos no permiten la curación. Para dar frente a esta problemática, la Norma Técnica de Tuberculosis exige que todos los pacientes serán supervisados por un personal de salud durante la toma de su tratamiento para así poder controlar e incrementar el porcentaje de tratamientos que son completados y de esta manera conseguir la curación completa (8).

Las estrategias innovadoras de salud familiar nos dicen que la familia y la sociedad deben cumplir funciones, las cuales ayudarán a reproducir modelos de identidad personal y comunitaria. Estos establecerán principios básicos

del aprendizaje, de la forma de vida y valores sociales. Cuando se presentan falencias en las familias y no están cumpliendo sus funciones en la sociedad, se producen dos grandes problemas como son las enfermedades y la violencia (9).

Las falencias presentadas en la familia se pueden identificar evaluando el Riesgo Familiar Total. Pilar Amaya define al riesgo familiar como la posibilidad de acontecimientos desfavorables individuales para la familia (morbilidad, mortalidad), a consecuencia de la presencia de características que se revelan en el preciso momento de la valoración. Estas características pueden depender de las condiciones psicoafectivas, de vivienda y vecindario, de la situación socioeconómica, del manejo de menores y de los servicios y prácticas de salud (10).

El apoyo afectivo es un factor esencial en el proceso de enfermedad del paciente, ya que ayuda a eludir los pensamientos negativos y la baja autoestima. En los pacientes con tuberculosis pulmonar predominan el debilitamiento físico y emocional, la baja energía y actitud para las cosas del día a día y el estigma social, los cuales producen conmoción en el paciente; por estas razones las personas enfermas se sienten intimidadas o rechazadas y discriminadas ante la sociedad, mellando así su autoestima (11).

Otro de los factores que posiciona a la familia en un riesgo es el estado de las viviendas, las cuales se construyen desordenadamente, sin las mínimas medidas de seguridad y con espacios muy reducidos. Estas condiciones provocan hacinamiento y ambientes en malos estados de higiene y seguridad, en los que inclusive se observa la mala eliminación de excretas y habitaciones que no cuentan con ventilaciones adecuadas (12).

Además, se puede ver que el entorno familiar del paciente, es decir, su esposa o esposo, sus hijos, sus parientes y vecinos serán un ente importante en las decisiones que tome el paciente ante su enfermedad, ya que estas decisiones pueden estar condicionadas. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática del censo realizado en el año 2014, el 72.4% de las mujeres en algún momento han sido afectadas por algún tipo

de violencia familiar, ya sea por el cónyuge o del conviviente, además la violencia psicológica es de 69.4%, la violencia física de 32.3% y la violencia sexual de 7.9%. Asimismo, en el país las composiciones de los hogares están predominadas por jefatura femenina 25.3% (13).

Un factor importante también es la situación socioeconómica, en nuestro país los casos de tuberculosis se concentran en lugares de bajos recursos económicos y donde se encuentra la pobreza o problemas económicos. Epidemiológicamente, Lima y Callao representa el 58% de morbilidad, en el Perú el 83% presentan morbilidad de tuberculosis multidrogorresistentes, mientras que en las costas de nuestro país se encuentra el 90% de los casos de tuberculosis (12).

La tenencia de niños que tienen menos de 12 años y el manejo de los mismos es un factor a tener en cuenta cuando se evalúa el Riesgo Familiar Total. La función que desempeñan los adultos es un punto clave en la orientación y disciplina de niños y adolescentes, se genera riesgo en la familia cuando se carece del control realizado por adultos responsables (14).

Los menores que no cuentan con la atención de sus progenitores se encuentran expuestos en mayor medida a la discriminación, a los cuidados inadecuados, la explotación y malos tratos, por ende, de manera suficiente no se cuida de su bienestar, se les matricula en instituciones que carecen de la atención individual indispensable para el desarrollo personal pleno y no se les proveen los cuidados apropiados, dañando el crecimiento físico, el desarrollo emocional y social de los niños (15).

El personal de enfermería es el que constantemente tiene contacto con el paciente mientras sigue el tratamiento; por esta razón, tiene la posibilidad de indagar más sobre su entorno familiar, hablar sobre las reacciones adversas que estos medicamentos pueden producir, seguir los controles médicos y el seguimiento después del alta. En la realidad estas funciones no pueden ser cumplidas por la deficiencia de personal que hay en nuestros servicios de salud donde los horarios de atención son reducidos a menos de 12 horas por los cuales muchos pacientes ponen prioridad a sus trabajos y dejan a un lado los tratamientos. Por otra parte, la falta de empatía entre los pacientes y

el personal de salud serían determinantes en la falta de la adherencia al tratamiento farmacológico (16).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que el material particulado debe ser entre 10 y 2,5 micras por metro cúbico de aire como máximo. No obstante, en el distrito del Rímac estos valores fluctúan por encima de 10 hasta 30, caracterizándose como el aire más contaminado de la región norte. También la falta de higiene se debe a la existencia de espacios que no son apropiados para la crianza de animales y la dificultad para recoger los desechos en el distrito. Según los valores que usa el Plan Metropolitano para Lima y Callao, solo se recoge un poco más de la mitad, pero no al 100% de lo que se debería, es por eso que se observa numerosos bloques de basura en algunas avenidas principales del distrito. Otros problemas que se trata de solucionar en el Plan Metropolitano para Lima y Callao son las áreas geográficas donde se construyen las viviendas, siendo identificados como áreas de riesgo extremo en las laderas del distrito de Rímac, entendiéndose, así como un peligro para ese grupo poblacional ya que el terreno donde asentaron sus casas no tiene las condiciones adecuadas para ser urbanizado (17).

Se ha identificado que en un reporte conjunto entre la municipalidad del Rímac y la comisaría distrital, que la población que acude a los establecimientos de salud pertenecientes al distrito del Rímac estaría expuesta a muchos riesgos entre ellos a todo tipo violencia dentro de las familias, el uso de sustancias tóxicas, agudizada por el incremento de micro comercialización de drogas en relación al año 2014 (18).

El área de estadística e informática de la Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Norte informa que existen 267 casos nuevos de pacientes con tuberculosis; la morbilidad en 9 de los centros de salud es de 304 casos, lo más relevante es la morbilidad en el Centro de Salud Caquetá con 75 pacientes; a su vez, también se evidencia 17 casos de pacientes que han abandonado el tratamiento, asimismo, se observa un total de 10 fallecidos en el año 2017: 5 casos en el Centro Materno Rímac, 2 casos en el Centro de Salud Caquetá y un caso en los Centros de Salud Ciudad y Campo, San Juan de Amancaes y Flor de Amancaes (19).

Al visitar algunos establecimientos de salud del primer nivel de atención del distrito Rímac, se observa la aplicación de la estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis. Al interactuar con la persona encargada del Centro de Salud Caquetá nos refiere: “Existe deficiencia del personal que pueda hacer seguimiento a los pacientes, ya que muchos de ellos viven en casas alquiladas y cambian de domicilio frecuentemente, no hay un reporte de otros centros que aseguren la continuidad de su tratamiento”. Por otro lado, la encargada del Centro de Salud Villa los Ángeles manifiesta: “Hay muchos pacientes que vienen de hogares con problemas familiares”. El médico jefe da a conocer un suceso: “Hubo un momento donde tuve que hablarle a un paciente de manera firme diciéndole te voy a denunciar con las autoridades por no venir al centro a tomar tus medicamentos ya que estas contagiando a tu entorno”. Además, la enfermera responsable refiere otro caso en el mismo centro de salud, donde una menor abandona su tratamiento porque los padres refieren: “No tenemos medios económicos y ambos trabajamos, es por eso que nadie puede traerla a tomar su medicina”.

Ante lo señalado anteriormente, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Los recursos humanos del primer nivel de atención, son los suficientes en número, para brindar una atención al paciente con tuberculosis?

¿Los establecimientos de salud en el primer nivel de atención priorizan en sus actividades extramurales al paciente con tuberculosis?

¿Los establecimientos de salud toman en cuenta a las familias de las personas que son afectadas con tuberculosis durante su recuperación?

¿Las familias deberían ser parte del proceso en el que las personas que padecen de tuberculosis se recuperan?

¿Hay relación entre la condición de la vivienda y el vecindario y la recuperación de los pacientes afectados con tuberculosis?

Haciendo una reflexión con las interrogantes planteadas, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud del primer nivel de atención del Rímac, 2018?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Rímac, 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Ante la desigualdad económica, educativa y de accesibilidad a los servicios de salud que están disponibles en nuestro país y que el Estado debería tener entre sus prioridades para incrementar la calidad de vida del ciudadano, existen pocos individuos que cuentan con el apoyo de sus familias ante las enfermedades. Por otro lado, el personal de salud tiende más a enfocarse en la enfermedad dejando de lado lo que siente el paciente y su entorno; es por esta razón que esta investigación contribuirá con la población a la cual nos dirigimos.

Al indagar de primera mano el riesgo familiar, se pueden adoptar las medidas que permitan mejorar la vinculación familiar, la disposición de las prestaciones de salud y prevenir el abandono del tratamiento.

Revisando la literatura científica, no se encuentran investigaciones que estudien el riesgo familiar y la adherencia en el área geográfica del distrito del Rímac, por lo que se ha considerado que nuestra investigación va a ser de gran contribución, con información actualizada y relevante, para satisfacer este vacío de conocimiento. Por otra parte, la presente investigación aportará conocimientos e incrementará datos relacionados al tema, para confrontar con estudios semejantes y comparar los posibles cambios según las condiciones de vivienda, socioeconómicas, psicoafectivas, servicios de salud y el manejo de menores.

Asimismo, tiene una utilidad metodológica, ya que en el futuro se pueden realizar investigaciones en donde se usarán procedimientos semejantes, de manera que se posibilitan estudios conjuntos y valoraciones de las actividades que se estén llevando a cabo para la previsión y eliminación de

la no adherencia al tratamiento. La investigación es factible, pues se cuenta con los medios necesarios para ejecutarla y por las facilidades que nos da el programa.

1.4. OBJETIVO

1.4.1. Objetivo general

Determinar el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el Riesgo Familiar Total en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.
- Determinar el Riesgo Familiar Total, en su dimensión condiciones psicoactivas, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.
- Determinar el Riesgo Familiar Total, en su dimensión servicios y prácticas de salud, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.
- Determinar el Riesgo Familiar Total, en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.
- Determinar el Riesgo Familiar Total, en su dimensión situación socioeconómica, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.
- Determinar el Riesgo Familiar Total, en su dimensión manejo de menores, en personas con tuberculosis que acuden a

establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

- Determinar la adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Soto Gonzales Ana, en Bogotá Colombia, en el año 2014, realizó un estudio que se titula: “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en familias relegadas domiciliados en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca”, con el objetivo de determinar los riesgos que aquejan a las familias del distrito ya mencionado. Se trató de un estudio descriptivo, transversal que aborda el estudio de forma cuantitativa. Trabajaron con 59 familias que estuvieron de acuerdo que se les aplique el instrumento de recolección de datos, los instrumentos que se utilizaron fue Riesgo Familiar Total RFT: 5- 33 y Salud Familiar General ISF: GEN-21. Como resultados se obtuvo que, el 14% de familias encuestadas tienen riesgo bajo; familias amenazadas representan el 59% y el 27% son familias que tienen alto riesgo; en cuanto a las dimensiones se encontró que el 90% pertenecen a familias amenazadas, el 10% a familias que tienen alto riesgo; en la dimensión denominada prácticas y servicios de salud, el 69% familias amenazadas, el 31% familias con alto riesgo; en la dimensión que se denomina vivienda y vecindario, el 85% familias como amenazadas, el 15% familias tienen alto riesgo; en la dimensión situación socioeconómica, el 54% familias amenazadas, el 46% familias con alto riesgo; en la dimensión manejo de menores, el 83% familias amenazadas, el 17% familias con riesgo alto. Se concluye que:

Menos de un cuarto pertenecen a familias con riesgo bajo, más de la mitad familias amenazadas y más de un cuarto familias con alto riesgo (20).

Rodríguez Alvis Eduardo y Mondragón Humberto Carlos, en Cali Colombia, en el año 2014, realizaron un estudio denominado: “Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali”, el cual tiene como objetivo señalar y medir la prevalencia de la desobediencia al tratamiento con fármacos y la asociación de este con diversos factores como los intrínsecos y extrínsecos, en cuanto al método es un estudio observacional, descriptivo y transversal, se trabajó con 44 pacientes diagnosticados con tuberculosis, en cuanto al instrumento que se usó es el test elaborado por Morisky – Green – Levine. Los resultados señalan que el valor al incumplimiento al tratamiento farmacológico fueron del 81.8%, respecto a las creencias de que la cantidad de medicamentos sea demasiado el 81.1% no lo creen y el 85.7% sí lo creen, estos últimos no fueron adherentes; el 73.4% de los pacientes que ya sabían de los efectos desfavorables de los fármacos no presentaron adherencia, asimismo, el 100% de los que desconocían estas consecuencias no fueron adherentes. Llegaron a las siguientes conclusiones:

El predominio de infringir en la terapia con fármacos a los pacientes con tuberculosis, fue muy alta, considerando el riesgo sanitario en la enfermedad de la población. En referencia al personal de salud, la empatía, la seguridad que refleje en sus actividades, la buena comunicación respecto a la enfermedad jugará un papel importante en el progreso del tratamiento de la enfermedad (21).

Lozano Salazar Jorge, Plasencia Asorey Crolina, Ramos Arias Delmar, García Diaz Reina y Mahiquez Machado Luis, en Santiago de Cuba, en el año 2009, desarrollaron un estudio denominado: “Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba”, con el objetivo de determinar la conexión entre las variables: edad,

evaluación nutrición y hábitos nocivos, en cuanto al método que usaron fue un estudio de casos y controles sobre los primordiales factores de riesgo, la población estuvo conformada por 2 grupos: 12 casos y 24 controles, en cuanto a los instrumentos se aplicaron 2 instrumentos, uno elaborado por los mismos autores y el segundo instrumento llamado prueba de identificación por el médico de la familia de la adicción al alcohol. Llegaron a la siguiente conclusión:

Los factores económicos, el per cápita familiar estuvo dado en un 50% y un 33% de los controles, sin que se presente asociación entre el factor y la enfermedad. Los ingresos económicos son un factor vital para la vida diaria. Ya que las personas que cuenten con un salario suficiente pueden disponer para la alimentación, vestir según la temporada y mejorar la vivienda; asimismo, ayuda a los gastos de educación para los hijos (22).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Díaz Villafuerte Judith Zulema y Romero Bendezu Geobana Lourdes, Lima Perú, el año 2014, desarrollaron una investigación titulada: “Riesgo Familiar Total en Familias del sector 4 del asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos”, cuyo objetivo fue determinar cuáles son los riesgos por los que atraviesan las familias de dicho sector, en cuanto al método se realizó el diseño cuantitativo, del tipo descriptivo y de corte transversal, el estudio se trabajó con 90 familias, el instrumento y técnica a utilizar fue la encuesta del cuestionario RFT5-33 “Riesgo Familiar Total”, el programa que se ejecutó para analizar las estadísticas fue mediante el programa SPSS. En los resultados se señala que dentro de las familias entrevistadas han resaltado los de bajo riesgo, el 87.4% atraviesan Riesgo Familiar Total, asimismo, las familias entrevistadas presentaron amenazas con un 8.9% y en menor cantidad riesgo alto 3.3% del total de entrevistados. Llegaron a la siguiente conclusión:

De las familias entrevistadas, casi la totalidad obtuvieron riesgo familiar bajo y son también familias amenazadas, donde la

enfermera debe entrar a taller para aliviar aspectos relacionados a la familia y en la dimensión de las prácticas y los servicios de salud con niveles de las familias que tienen alto riesgo (23).

Ortiz Faucheux Ricardo, Llosa Rodríguez Cristina y Paredes Espejo Yanela, en Tacna Perú, en el año 2016, realizaron un estudio titulado: “Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva”, que tuvo como objetivo determinar la adherencia farmacológica en pacientes con diagnóstico de tuberculosis en la ciudad ya mencionada, el método de estudio que se utilizó fue básico-descriptivo, donde participaron 23 pacientes diagnosticados con tuberculosis que son atendidos en dicho centro, en cuanto al instrumento que se usó fue el test de Morisky Levine, con el que se observó que sí hay adherencia o no hay presencia de adherencia al tratamiento. Los resultados que se observan son: el 52% de pacientes no cumple con el tratamiento farmacológico; mientras que el 48% sí cumple. Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes:

El porcentaje más alto de personas cuyo diagnóstico es tuberculosis que fueron tratadas en un centro de salud de Tacna llamada Ciudad Nueva durante el 2016, cuentan con una mala adherencia al tratamiento (24).

Cerquin Pérez Iris, Flores Anyosa Janett y Guerrero Cueto Juan Manuel, en Lima Perú, en el 2017, ejecutaron un estudio al que titularon: “Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Los Olivos”, con el objetivo de determinar el Riesgo Familiar Total, en cuanto al método es un estudio cuantitativo con diseño del tipo descriptivo y transversal, el grupo de estudio de dicha investigación se conformó por 51 familias, se utilizó el instrumento el cuestionario RFT: 5-33. Como resultados se obtuvieron que el Riesgo Familiar Total se presenta en un 70.6% de familias con un riesgo bajo, 25.3% de familias que se encuentran amenazadas y 3.9% de familias con un riesgo alto. Respecto a las dimensiones; en la dimensión psicoactiva el 92.2% de las familias están amenazadas y el 7.8% de las

mismas están con riesgo alto; en la dimensión, prácticas y servicios de salud el 100% de familias están amenazados y 0% de familias presentan riesgo alto; en la dimensión denominada vivienda y vecindario, el 100% de las familias están amenazados y 0% en riesgo alto y en la dimensión situación socioeconómica el 98% de familias están amenazados y 2 % en riesgo; en la dimensión manejo de menores, el 88.2% de familias están amenazados y 11.8% en riesgo alto. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Más de dos tercios de familias presentaron riesgo bajo, más de un cuarto son familias que se encuentran amenazadas y en menor porcentaje las familias de riesgo alto. En los centros de salud mencionados se manifiesta el riesgo bajo. En lo que concierne a las dimensiones, destacan las familias amenazadas de los pacientes que padecen de tuberculosis (25).

Lino Chahua Victoria Lady y Saldarriaga Sarango Jorge, en la ciudad de Lima Perú, en el año 2018, realizaron una investigación a la que titularon: “Riesgo Familiar Total y la Adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud Huáscar XV”; esto con la finalidad de determinar la relación que existe entre ambas variables, el método es un estudio cuantitativo, tipo correlacional, la población fue de 145 personas tratadas en el programa de tuberculosis, la entrevista fue la técnica utilizada, los instrumentos fueron el cuestionario RFT 5-33, creado por Pilar Amaya, y el cuestionario de adherencia de Morisky. Los resultados señalan respecto al Riesgo Familiar Total, el 85% pertenecen a las familias amenazadas, el 14% a familias con riesgo alto y el 1% a familias con riesgo bajo; respecto a la variable adherencia farmacológica al tratamiento, el 86% no son adherentes y el 14% son adherentes. Se llegó a la siguiente conclusión:

No se encontró relación alguna entre el Riesgo Familiar Total y la adherencia a la terapia farmacológica en individuos afectados con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018 (Chi-cuadrado p valor: = 0,597) (26).

Chávez Romero María Laura, en Lima Perú, en el año 2015, realizó una investigación titulada: “Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento en la Micro Red de Salud Santa Adriana 2015”, que tiene como objetivo general determinar la forma de actuar de la familia ante un miembro que padece tuberculosis en proceso de tratamiento farmacológico y restablecimiento de la Micro Red de Juliaca, referente a la metodología de la investigación se utilizó el método descriptivo-prospectivo de corte transversal, la población que se estudió fueron 22 familias, la técnica que se usó fue la entrevista, los instrumentos que se usaron fue un cuestionario apoyado en la Escala de Lickert, conformado por afirmaciones o juicios de los entrevistados. Los resultados hallados en dicha investigación fueron: respecto a los ingresos económicos de los pacientes que reciben tratamiento en cualquiera de los esquemas el 45.5% reciben mayor al sueldo mínimo vital, el 31.8% reciben igual al sueldo mínimo vital y un 22.7% menor al sueldo mínimo; otro resultado relevante es la situación de vivienda de los pacientes mencionados, el 50% de la población encuestada viven en casas alquiladas y el 27% tiene casa propia en lugares que no cuentan con los servicios básicos. Las conclusiones a la que llegó la investigadora fueron:

Las actitudes desfavorables llegaron a un 18.2% siendo esto negativo en el comportamiento de los pacientes, ello da a entender la falta de oportunidades de una vida adecuada con respecto a la vivienda y al soporte emocional ante la enfermedad. Con esas actitudes que presentan los encuestados reflejan que los tratamientos se alarguen más, a su vez que padezcan reacciones adversas y también que las familias que son soporte del paciente no se encuentren preparadas (27).

Pérez Sigvas Rosa, Matta Solís Hernán, Espinoza Moreno Tula y Paredes Tafur Claudia, en Lima Perú, en el año 2017, realizaron un estudio denominado: “Caracterización del Riesgo Familiar Total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte”, tuvo

como objetivo determinar la asociación entre la caracterización del Riesgo Familiar Total y el tipo de familia en dicho distrito, la metodología que se usó fue cuantitativo de diseño transversal y correlacional, la población estuvo conformada por 540 familias, la técnica que usaron los autores fue la entrevista a los jefes de familia, el instrumento que usaron fue el cuestionario RFT 5:33. En los hallazgos se tiene que el 52.4% fueron familias con amenaza que predominó en las dimensiones socioeconómicas y manejo de menores. Existiendo relación entre el riesgo familiar y el tipo de familia. Llegaron a la siguiente conclusión:

A pesar de que se obtuvo un porcentaje bajo de familias con riesgo alto, más del 50% de la población dio como resultado familias amenazadas, por lo cual es justificable continuar la unión del equipo de salud para exterminar, neutralizar o disminuir los riesgos que tienen las familias (28).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Familia

A. Definiciones

Según Yolanda López, en las diversas formas que la familia se ha adjudicado a lo largo de la historia, se ha aceptado como una creación de la cultura, de carácter universal; es la responsable de resolver el dilema de la reproducción de la especie y de la conservación de la humanidad por medio de la normativa de la vida sexual, de la concepción, de la repartición de las responsabilidades del trabajo en la sociedad y de la socialización de la nueva prole (29).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la familia es una institución social formada por individuos que tienen un vínculo sanguíneo, parentesco o adopción, que trabajan recíprocamente con el objetivo de satisfacer sus necesidades básicas, económicas y sociales de sus miembros, de la misma manera, es la escuela donde comienza la transmisión de principios, normas y valores que cooperan con la formación de identidad de sus miembros (30).

El Instituto Nacional de Informática y Estadística define a la familia como la unidad de personas que residen dentro de un núcleo familiar, eso quiere decir que forman parte de un hogar, siendo relacionadas por vínculos de parentesco sanguíneos y políticos, compartiendo un espacio físico delimitado y consumen sus alimentos de una misma fuente u olla (31).

De la misma manera, la Organización de las Naciones Unidas lo conceptualiza como el conjunto de elementos de vivienda que están vinculados entre sí, hasta cierto nivel por adopción, consanguineidad y filiación o matrimonio (32).

Por otra parte, actualmente existe cambios evidentes, donde la persona que lidera o asume la jefatura del hogar no solamente sea el varón, sino que según investigaciones realizadas por la Comisión Económica para América Latina, resalta el aumento de hogares con jefatura femenina, asimismo, el jefe del hogar puede ser representado por otro integrante de la familia, ya sea el abuelo, tío o hermano(a) mayor, que cuenta con cierta autonomía para tomar decisiones y en posición de aportar económicamente, donde todos los miembros reconocen su autoridad con respeto y obediencia, manteniendo su estructura familiar (30).

Finalmente, la definición que será cogida para este estudio de investigación es la del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

B. Tipos de familia

Para clasificar los tipos de hogares se ha tomado en cuenta otras definiciones desarrolladas por la Comisión Económica para América Latina, caracterizando al núcleo familiar con un jefe(a), con o sin compañero, con o sin vástagos y donde este núcleo es el comienzo para que se agreguen otros miembros, independientemente de un lazo de parentesco o no, por lo que da lugar a la siguiente clasificación (33).

- **Familia nuclear:** Las familias de este grupo pertenecen a una unidad familiar completa, relacionados por afinidad, lasos sanguíneos, uniendo a los padres e hijos. Asimismo, la familia nuclear viene siendo transformada constantemente por cambios de presión interna facultados por los miembros que lo forman y externo por demandas sociales que influyen al estar en contacto con la sociedad (33).
- **Familia extensa:** Está compuesto por el núcleo familiar más otros individuos que tienen algún parentesco entre sí, puede estar constituido por papá, mamá, hijos y otros familiares. Además, pueden integrar dos o más núcleos emparentados entre sí, siendo

un caso frecuente que un hijo que tiene una pareja (con o sin hijos) queda viviendo en casa con algunos de los padres. De la misma manera puede ser que dos o más matrimonios se ha sumado otros familiares (abuelos, tíos, primos) que tengan parentesco por lo menos con alguno de los núcleos (33).

- **Familia monoparental:** Está conformada por el padre e hijos, o por la madre e hijos. Usualmente se presenta por un incremento de solteros, separaciones o divorcios, migraciones y el aumento en la participación económica de la mujer, lo cual le permite construir o seguir en hogares sin parejas (33).
- **Familia reconstituida / ensambladas:** Es la familia en la que uno o ambas parejas tienen uno o varios hijos de relaciones anteriores, en este caso se encuentran la pareja de los viudos, divorciados y madres solteras (33).
- **Hogares unipersonales:** Construido por una sola persona sea hombre o mujer (33).
- **Familia adoptiva:** Integrada por padres e hijos, o solo padres donde esta familia adquiere de manera permanente por potestad del Estado la tenencia de un niño o adolescente en estado de abandono, para brindarle todo lo necesario para su desarrollo físico, psíquico, social, y moral (33).

C. Funciones de las familias

- **Formadora**

La familia es considerada una institución natural dentro de la sociedad, es responsable de infundir valores, principios, normas de convivencia, cultura y enseñanzas basados en el pleno desarrollo de

la capacidad, haciendo uso del ejercicio de las obligaciones y derechos de sus miembros para con su comunidad (30).

- **Socializadora**

La familia construye vínculos que fortalecen y promocionan las relaciones y empatía de cada integrante con su red. Así como de la familia como un colectivo o institución. Promoviendo un sentido de seguridad e identidad de sus integrantes hacia su entorno (30).

- **Cuidados y protección**

La familia es un ambiente donde los integrantes deben sentirse seguros, y donde se respeten sus derechos, sin discriminación exclusión y violencia de género, asimismo, debe cuidar y proteger priorizando a los miembros más frágiles como lo son los niños, adolescentes, personas de la tercera edad, enfermos y personas con discapacidad (30).

- **Seguridad económica**

La familia garantiza y proporciona recursos que satisfagan los requerimientos básicos de alimentación, salud, educación y vestimenta de sus miembros (30).

- **Afectiva**

La familia transmite, produce y ayuda a que sus miembros se relacionen con afecto y empatía entre ellos, siendo esenciales para su formación de autoestima, autoconfianza y realización personal (30).

2.2.2. Riesgo Familiar Total

- **Riesgo**

Los riesgos se afilian, se aglomeran y son considerados de naturaleza exponencial. Por lo que existen riesgos de diversos rangos que pueden ser desde ordinarios hasta complejos, donde puede afectar la

salud de cada individuo y de la familia en el momento que se realiza la valoración. Además, son comprobables, mesurables y también algunos pueden modificarse (10).

- **Riesgo familiar**

Consiste en la posibilidad de acontecimientos de consecuencias adversas del individuo (mortalidad y morbilidad) o de la ruptura de la organización de la unidad familiar (10).

- **Riesgo Familiar Total**

Se conoce por Riesgo Familiar Total a la posibilidad de ocurrencias contrarias de carácter de cada persona y de la familia (desorden, enfermedad o disfunción) de acuerdo a las peculiaridades que presentan captadas en el instante de la evaluación. Esta peculiaridad del riesgo comprende apariencias del tipo biológico-demográfico (composición, mortalidad, morbilidad), personal, ambiental, socioeconómico, psicoafectivo, prácticas de servicios de salud y manejo de menores que son los más vulnerables. Involucrando la trascendencia de los integrantes de la unidad familiar. Partiendo desde esta perspectiva, una familia va tener un riesgo menor de acuerdo a su composición, a sus acciones diarias en salud y el soporte que brinda el servicio de salud, van a mantener los riesgos particulares bajo control y los riesgos familiares estabilizados mediante el uso de estrategias de promoción, previsión y asistencia social .el Riesgo Familiar Total se clasifica mediante la vinculación de antecedentes familiares y la morbilidad sentida (10).

A. Calificación del Riesgo Familiar Total (RFT)

- **Familias con riesgo bajo:** Son aquellas que se caracterizan por tener una composición e interacciones psicoafectivas en condiciones favorables, en el que cada individuo es responsable en sus quehaceres cotidianos y mantiene prácticas grupales saludables;

además, cuenta con el conocimiento y apoyo de los servicios de salud. Cuenta con un vecindario seguro y una vivienda organizada, asimismo vigila y controla la salud individual y familiar (10).

- **Familias amenazadas:** Son aquellas en las que se observa prácticas y costumbres inseguras en el manejo de menores y presenta falta de armonía en la interacción psicoafectiva entre los individuos. No utilizan completamente los servicios de salud y no cuentan con todo el apoyo de estos, además, la vivienda y vecindario no brinda condiciones favorables de vida, haciendo que la salud de cada individuo y la organización de la familia esté amenazada (10).
- **Familias con alto riesgo:** Son aquellas que se encuentran en una condición crítica, superando el estado de una familia amenazada. Presenta desarmonía en las interacciones psicoafectivas de sus miembros, perdiendo el control en el manejo de menores y acumulando determinantes de peligro en mantener a los individuos y a la familia íntegros. Además, hacen mal uso de los servicios de salud o no cuentan con acceso a ellos, agregando condiciones peligrosas permanentes en la salud de los individuos y a familia debido a condiciones desfavorables de vivienda y vecindario (10).

B. Dimensiones del Riesgo Familiar Total

- **Condiciones psicoafectivas:** Esta dimensión consta de 10 ítems donde se evalúa si dentro la familia no hay armonía o peleas entre pareja, si no se expresan sentimientos y existen problemas vinculados, como la ansiedad, el uso de sustancias tóxicas y las normas no son agradables (10).

Esta dimensión tiene que ver mucho con la salud mental de la persona, sumándole las adicciones, que pueden afectar al cumplimiento y a la conclusión de la enfermedad y es una de las razones por la que los pacientes no terminan el tratamiento. Cuanto mayor sea el conocimiento de un personal de salud de los problemas

del paciente, mejor será el abordaje, ya que cada paciente tiene un trasfondo muy diferente (34).

La presencia de una persona con enfermedad terminal, el deceso de uno de los integrantes de la familia, como el del padre o del hijo, un embarazo no sedado, el nacimiento de un niño no planificado y el suicidio, producen problemas que demandan tiempo, esfuerzo e interfieren en la familias; por esas razones es que se requiere que el equipo de salud tenga un enfoque familiar en la atención (35).

- **Servicios y prácticas de salud:** Consta con los ítems de posibilidad, libre acceso y uso de prestación de salud, hábitos del cuidado de la salud y manejo de dificultades relevantes (10).

En cuanto a la salud, Santa María menciona que solo se dará un progreso sustentable y una eliminación de la pobreza si se acortan las desigualdades en salud y medio ambiente. Por lo que las personas tienen derecho a contar con un ambiente saludable y ser atendidos con un servicio de salud que permita trabajar en la prevención y promoción de la salud (36). Por otro lado, el Ministerio de Salud pone en acción el modelo de atención integral de salud basado en la familia, por lo tanto reconoce que el estado es el responsable de que cada integrante de una familia cuente con un servicio de salud para asegurar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, sin importar su credo, raza, clase social, género u otra condición como muestra en uno de sus principios de atención como es la de la universalidad (37).

- **Condiciones de vivienda y vecindario:** Se estudian las condiciones del ambiente, espacio familiar y familias aledañas en cuanto a organización, protección, repartición de espacios, limpieza y salud ambiental (10).

Santa María, en su estudio Vivienda Saludable en el Perú, da como significado una vivienda saludable que presenta cualidades apropiadas para la salud de los pobladores, lo cual les permite disminuir las causas de riesgo en diferentes áreas geográficas,

económicas, sociales y técnicas. Por lo cual debe tener agua potable, recolección de basura y preparación saludable de alimentos para disminuir enfermedades transmisibles (36).

- **Situación socioeconómica:** Consta de 6 ítem en los que se evalúan los aportes económicos de la familia en relación a las necesidades base, los requerimientos de salud, higiene, educación y esparcimiento (10).

Es una de las grandes preocupaciones de las familias el producir ingresos que sean suficientes para el mantenimiento del hogar y para velar por las necesidades y expectativas que tiene cada uno de los integrantes (30).

Por otro lado, Toledo Curbelo hace mención en Fundamentos de Salud Pública que la falta de recursos conduce a la pobreza, a las dificultades en la salud, tal como sucede en los países desarrollados; y este recurso evidencia desigualdad entre las personas, como en la condición laboral, el desarrollo de la educación entre el campo y la ciudad. Estas diferencias también se marcan en las condiciones geográficas y territoriales (38).

- **Manejo de menores:** Consta de 6 ítems con los que se evalúa la existencia de niños menores de 12 años y el control de riesgos biológicos y psicosociales particulares de los integrantes (10).

C. Postulados

Desde la perspectiva conceptual el Riesgo Familiar Total que se describe por Amaya las respuestas están basadas de muchas investigaciones (evidencias que han sido confirmadas preliminarmente) y en la convivencia de la familia (10). Los postulados planteados son:

- El riesgo familiar es la posibilidad de accidentes y sus consecuencias desfavorables sean particulares (morbilidad, mortalidad) o de la familia no organizada.

- Los riesgos se afilian, se almacenan y tienen una naturaleza arriesgada. Es decir, existen riesgos que tienen diversas jerarquías que inician de manera particular extendiéndose a numerosos problemas de la salud particular y de la unidad familiar cuando se realiza la valoración.
- Los riesgos se pueden verificar, medir, cuantificar, y otros se pueden modificar.
- Para calificar el Riesgo Familiar Total, este se vincula con los precedentes de la familia y la enfermedad padecida.
- El Riesgo Familiar Total está asociado a la tipología familiar determinado por quienes la conforman y diseñan la estructura.
- Existe una complejidad en la interrelación de los riesgos y sus consecuencias, que proponen una continua investigación, metodológica y conceptual.
- El vínculo que hay entre el Riesgo Familiar Total y la calidad de la salud familiar es contraria a los resultados de las esferas presentes en una estructura familiar sistémica (vida diaria) y el nivel de complacencia familiar.
- Todos los grupos familiares se encuentran expuestos a riesgos del tipo biológico-demográficos (por la forma de su composición, recorrido de morbo-mortalidad), del tipo socio-económico, psicoafectivos, por el tipo de vida, las prácticas cotidianas de salud, los servicios salubres y sociales.
- Las instituciones que brindan servicio de salud a la sociedad predisponen de manera individual o familiar, comportándose como un factor de riesgo de acuerdo al nivel de funcionalidad y efectividad.

- Los riesgos familiares son asociados, conjugándose con la trascendencia y el estado reciente de la familia sumergida dentro de un determinado espacio.
- En ocasiones el estado de riesgo es perpetuo en algunas familias, que va de generación tras generación, como lo es la ingestión de alcohol, el abuso y la mal nutrición, donde las prestaciones de salud son inadaptables.
- Los riesgos se afilian a la particularidad de los grupos etarios de los diferentes integrantes de la familia y los hábitos de cuidarse uno mismo o la asistencia colaborada dentro del grupo familiar.
- El Riesgo Familiar Total faculta la orientación a la asistencia saludable de los individuos y el grupo familiar vigilando el espacio que lo sumerge (10).

2.2.3. Adherencia

A. Definición de adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud lo define como el nivel en que el comportamiento de un paciente interfiere en el cumplimiento de su tratamiento como son: el seguimiento de las toma de fármacos, la continuidad, estricta dieta o el cambio al estilo de vida y el acatamiento de las recomendaciones establecidas por el profesional de salud (16).

Según Ignacio Zarragoitía, debe ser comprendido concretamente como el cuidado propio, la responsabilidad y el interés en participar sin ser forzado si no de mutuo acuerdo entre paciente y personal de salud solo para producir resultados positivos (1).

Razón por la cual el Ministerio de Salud, en su proyecto de emergencia para la prevención y control de la tuberculosis, pone en énfasis una de sus estrategias, como desarrollar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis sensible mediante las participaciones enfocadas en el

paciente, mediante las consejerías que se le brindarán al usuario y el apoyo psicoemocional de los afectados (39). De esta manera se prevé evitar la resistencia a pacientes con antecedentes de haber recibido tratamiento previo y a su vez estos no puedan contagiar esa misma resistencia a las personas de su entorno.

Según el módulo de trato de pacientes que padecen de tuberculosis, se define al apego al tratamiento como la observancia del curso de tratamiento recomendado mediante la ingesta de todos los medicamentos indicados durante todo el periodo sugerido (34).

En el documento de aprobación a la falta de la adherencia terapéutica en los padecimientos crónicas, se refiere que hay evidencias de que la activa promoción de la adherencia ayuda a la relación paciente y personal de salud y los controles de la enfermedad y finalmente contribuye a la disminución de la morbilidad y los costos de salud bien disminuidos (40).

En conclusión, se puede decir que la adherencia terapéutica es de suma importancia, ya que no solo se habla de la medicación sino también sobre el cumplimiento de una dieta saludable, del cambio en el estilo de vida y de que el paciente no solo debe ser receptor, si no ser una persona activa mientras dure el tratamiento; solo así se hablará de un individuo con “adherencia”, de no ser así la persona “no presenta adherencia”.

B. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud establece que los efectos del déficit de adherencia al tratamiento son de diversas índoles, estas pueden ser: fracaso farmacológico, el brote de nuevas sepas, complicaciones en el paciente, aumento de la estancia hospitalaria y abandonos del tratamiento (16).

Existen diversas razones por las cuales los pacientes diagnosticados con tuberculosis no cumplan o cumplan parcialmente el tratamiento. Dependerá de las costumbres y educación del paciente, del entorno del paciente y de la manera de trato del personal humano que conforma el área de salud, como son: los médicos, enfermeros (persona encargada del programa de tuberculosis), técnicos de enfermería, psicólogos, tecnólogos y trabajadores sociales; ya que son entes de mucha importancia para el manejo de la adherencia (39).

A continuación, se mencionará algunos factores que alteran la adherencia:

- Factores económicos y estructurales. La tuberculosis es una de las más grandes preocupaciones para el sector de la salud a su vez está asociado a la pobreza, a las paupérrimas condiciones de vida y más el déficit del acercamiento al sector de la salud (41). Por lo tanto, es uno de los factores por el cual los pacientes dejan de seguir el tratamiento.
- Factores relacionados con el paciente. Estarán determinados por el sexo, raza, edad, nivel de la cultura y educación, la situación laboral y el apoyo familiar.
 - a) Raza: Establece como uno de las causas de la pérdida de adherencia, ya sea que vivan en su lugar de origen o sean provenientes de otras áreas van arraigadas a sus costumbres (42).
 - b) La edad: Otra de las causas que interfieren en la adherencia al tratamiento nos dice que los adolescentes tienen déficit en adherirse a diferencia de los niños. En cambio, la adherencia en los lactantes y niños va depender de la constancia de los padres o tutores. A diferencia, el anciano es mayor el riesgo de baja adherencia por las diferentes patologías, la polifarmacia o por la pérdida de sus funciones (42).
 - c) Sexo: Se evidencia que los sexos femeninos son más cuidadosos, ya que se hacen cargo no solo de su tratamiento sino también de su familia, a diferencia de los varones.

- d) Nivel de formación: La falta de asesoría sobre el procedimiento de la patología, la terapéutica, así como las consecuencias del incumplimiento aumentan el riesgo de la adherencia.
- e) Situación laboral: La falta de un trabajo desempeña un factor importante ya que la medicación prescrita no se cumple ya sea por el costo de los medicamentos o por las distancias donde se encuentre el servicio de salud por el costo de los pasajes.
- f) Apoyo familiar: Contar con un entorno saludable, una vivienda fija ayuda a obtener una mejor adherencia.
- g) Complejidad del régimen. La cantidad de pastillas que se va ingerir, los efectos adversos que provocan, la toxicidad que produce el tratamiento continuo. El tratamiento que propone el Ministerio de Salud incluye cuatro medicamentos en la primera línea que dura dos meses de toma diaria y la segunda etapa son dos medicamentos tres veces por semana durante cuatro meses (43).

Relaciones de apoyo entre el prestador de servicios y el paciente.

- Si se requiere tener un buen control de los casos de tuberculosis es de vital importancia reconocer las debilidades que estas puedan tener como:
 - El temor o poca colaboración entre el paciente y el prestador de servicio de salud ejerce una mala adherencia, ya que por el temor al trato muchos prefieren no seguir con el tratamiento.
 - Creencias culturales: Nuestro país es multicultural, por lo cual tienden aferrarse a su cultura. Cuando son diagnosticados y deben seguir su tratamiento entran en grave conflicto por que ponen en práctica sus creencias como el solo tratarse con sus medicinas naturales (34).
 - Lenguaje demasiado técnico, ocasionará que el paciente no comprenda sobre su tratamiento, en cambio al utilizar palabras

familiares al paciente puede ocasionar que el paciente le tome más interés a su enfermedad. Por lo cual también el personal se debe preocuparse en el dialecto del paciente y buscar un intérprete apenas se haga contacto con el paciente (34).

- Salud mental: Las adicciones del paciente o el estado mental puede ser uno de los factores de importancia al incumplimiento del tratamiento de tuberculosis (34).

- Modelo de la prestación de atención de salud:
En el Perú, la distribución de los servicios de salud, la deficiencia del apoyo al paciente y el déficit de personal orilla al paciente a no tener flexibilidad del horario para que reciba su tratamiento, por lo cual no se dan facilidades para la ocupación del paciente en el autocuidado, además, el seguimiento es ocasional (16).

C. Medición de la adherencia

Por la gran preocupación que ha ocasionado el incumplimiento de tratamiento de la tuberculosis en los pacientes, entendidos en el tema han creado diferentes instrumentos para medir la adherencia en el tratamiento. Los métodos para que el personal de salud mida la adherencia se han clasificado tanto directos como indirectos.

- a. Métodos directos: Se manifiestan específicamente a las concentraciones de los fármacos en fluidos biológicos, como en sangre y orina. Estas serán demostradas en muestras de laboratorio (42).

- b. Métodos indirectos: Es la utilización de otros métodos para medir la adherencia, entre ellas tenemos:
 - Test de Haynes- Sackett: La primera parte es de manera indirecta, quiere decir que no se interroga al paciente, lo que se trata es de preparar un ambiente específico y se planteará

alguna cuestión: “La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”. La segunda etapa consta de una prueba que trata de la pregunta: ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si la respuesta es que no, lo más probable es que no esté diciendo la verdad por diversas razones. Así que se continuará preguntando: “¿Cómo los toma?” (40).

- Test de Morisky – Green: Contiene cuatro preguntas que consta de respuesta dicotómica SÍ/NO, el cual evidenciará el comportamiento que tiene con relación a su tratamiento (40). Estas preguntas son:
 - ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
 - ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
 - Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
 - Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
- Comprobación Fingida (Bogus Pipeline): Se trata de hacer creer al paciente que los investigadores contienen bases de datos sobre las medidas fisiológicas dudosas y estas necesitan ser verificadas y si ellos se niegan a dar la muestra y dicen que no están tomando la medicación se les consideran incumplidores. También se les puede hacer creer que se encuentran conectados a un detector de mentiras (44).

2.2.4. Teorías de enfermería relacionadas al tema

A. Callista Roy: Teoría de la Adaptación

Roy fundamenta esta teoría relacionándola con un estudio del psicofísico llamado Harry Helson, donde aplica su aprendizaje basadas a otras ramas de las ciencias, como la fisiología. Fue influenciada al observar como los niños se adaptan fácilmente ante cualquier modificación de su

entorno, este proceso lo visualizó cuando ejercía como enfermera en un centro pediátrico. La teoría establecida por Callista concluye afirmando que se relaciona directamente con una teoría de constante interacción. El modelo inicia de las deducciones, queriendo expresar solo los enunciados, evitando explicar la aplicación, la razón de los cuestionamientos por los que realizamos el cuidado (45).

Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (45).

Sistema Adaptativo Humano: SAH

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

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto

está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Ambiente

Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Estímulos

Callista Roy define los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. Clasificándolo así:

- Estímulo focal. Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Ayudan a mejorar o empeorar la situación.

Además, identifica estímulos comunes que son:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar (45).

Relación con la investigación.

Un paciente que adquiera una enfermedad con tratamiento prolongado tiene la capacidad de adaptarse, la cual va depender de la capacidad cognitiva de sí mismo, del ambiente y de los estímulos culturales y familiares que recibe.

La enfermera debe considerar todos los aspectos familiares y culturales del paciente, para ello es necesario que conozca a qué riesgos está expuesta la familia del paciente.

Además, el paciente, al ser considerado como un proceso libre, donde la conciencia va a ser un estímulo efectivo o inefectivo para lograr su recuperación, tiene la autonomía para tomar una decisión; sin embargo, va estar expuesto a la influencia positiva o negativa de los estímulos de su nivel socioeconómico, etnicidad o creencias y de la estructura y roles familiares.

B. Imogene King: Teoría del logro de metas

Esta teoría se conceptualiza en base a las definiciones del rumbo personal e interpersonal, considerando entre estos a la interacción, la percepción, la comunicación, el rol de transferencia, el estrés, el desarrollo y crecimiento, el tiempo y el espacio. Según Imogene King, la profesión de enfermería debes estar basada en la investigación de los patrones de conducta y la conducta misma, con el propósito de apoyar a las personas para conservar la salud y que los pacientes puedan continuar desarrollando sus roles sociales (46).

Metaparadigmas

- Persona: Es un ser que tiene sentimientos y esta es demostrada por ser social, racional, emocional, que observa, controla con intenciones, orientado a realizar alguna acción en el transcurso del tiempo. Teniendo un conocimiento adecuado, colabora con los problemas que afectan su vida y salud, aceptando la asistencia de los demás para el bienestar propio (46).

Los requerimientos principales de salud que tiene son tres:

- a. Información sanitaria oportuna y útil.
- b. Cuidados para advertir enfermedades.

c. Ayuda cuando los requerimientos de autocuidado no son posibles de satisfacerse.

- Salud: Se explica como aquel ciclo cambiante del ciclo de la vida. La enfermedad es considerada como aquella interrupción en el ciclo vital. Conlleva adaptarse al entorno y sobrellevar el estrés del medio interno y externo, poniendo en práctica lo aprendido para volver a tomar el control del ciclo de vida. También definida como la capacidad de cumplir la función en el rol social (46).
- Entorno: No es definido claramente, sin embargo, utiliza las palabras ambientes interno y externo, su enfoque se encuentra en los sistemas abiertos (46).
Puede explicarse a partir de la teoría general de sistemas, como aquel sistema abierto que tiene límites permeables y permite el intercambio de materia, información y energía.
- Enfermería: Tiene relación a la vinculación entre enfermera paciente, cuyo objetivo es apoyar al paciente a sostener su salud y tomar las medidas para comportarse según el momento indicado. Se estima como un rol interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; la falta de empatía de la enfermera y paciente, afecta a la interacción. El personal de salud y el cliente deberían compartir sus puntos de vista sobre sus percepciones para utilizarlo hacia una meta, ya que las personas cumplen una función social y la enfermera cumple un rol primordial donde contribuye con ciencia y habilidades concretas para el proceso de interacción con el paciente (46).

Relación con la investigación

Se relaciona con la investigación por sus metaparadigmas, considerando a la persona como ser social y que interactúa con su entorno, aceptando la asistencia de los demás para su bienestar propio. Por ello, un paciente que se somete a un tratamiento de larga duración necesita interactuar con un ente social, preparado, educado

para que el paciente se encuentre emocionalmente sostenido y logre cumplir con sus metas a corto plazo, hasta cumplir con el objetivo en su totalidad del tratamiento.

Por otro lado, la interrupción de la salud cuando el individuo está cumpliendo con sus roles laborales dentro de una sociedad, si no está preparado, sufre un proceso de adaptación y aceptación, el individuo se sume en una crisis social donde a veces esconde su propia enfermedad y niega someterse al tratamiento.

Enfermería: Tiene relación a la vinculación entre enfermera-paciente, cuyo objetivo es apoyar al paciente a sostener su salud y tomar las medidas para comportarse según el momento indicado. Se estima como un rol interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción. El personal de salud y el cliente deberían compartir sus puntos de vista sobre sus percepciones para utilizarlo para el cumplimiento de la meta de adherirse al régimen terapéutico y aceptar el proceso de su enfermedad.

C. Joyce Travelbee: Modelo de relaciones entre seres humanos

Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con: (1) el encuentro original, que progresa a través de fases de (2) identidades emergentes, (3) sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, (4) compasión, hasta que (5) la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase. Travelbee creía que era tan importante solidarizarse como empatizar con el paciente si enfermera y paciente tenían que desarrollar una relación entre seres humanos.

Se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones

Relación con la investigación

La autora propone que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza. La presente investigación evalúa los riesgos a los que está sometida la familia de los pacientes con tuberculosis para que la enfermera entienda la situación familiar, logrando orientar y ayudar a la familia a afrontar la enfermedad.

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- Riesgo Familiar Total: Es la posibilidad de acontecimientos de consecuencia desfavorables individuales (morbilidad, mortalidad) o de ruptura de la unidad familiar (10).
- Riesgo: contingencia o proximidad de un daño (47).
- Familia: Unidad de personas que residen dentro de un núcleo familiar (eso quiere decir que forman parte de un hogar) siendo relacionadas por vínculos de parentesco sanguíneos y políticos, compartiendo un espacio físico delimitado y consumen sus alimentos de una misma fuente u olla (31).
- Adherencia al tratamiento: Es el grado en el que el comportamiento de un paciente, en cuanto a la toma de medicación, la continuidad de una dieta el cambio en los estilos de vida, se acomodan a las sugerencias pactadas con el profesional de la salud (16).

2.4 VARIABLES

El presente estudio presenta dos variables principales, Riesgo Familiar Total y la adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis, las cuales señalamos a continuación con sus respectivas dimensiones:

Variable 1: Riesgo familiar total

Variable 2: Adherencia

Dimensiones de la variable 1:

- Condiciones psicoafectivas
- Prácticas y servicios de salud
- Condiciones de vivienda y vecindario
- Situación socioeconómica
- Manejo de menores

2.5.1 Operacionalización de variables

Operacionalización de la variable 1: Riesgo Familiar Total								
TÍTULO: Riesgo Familiar Total y Adherencia al Tratamiento en Personas con Tuberculosis que Acuden a Establecimientos de Salud Públicos del Primer Nivel de Atención en el Distrito del Rímac, 2018”								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Se entiende por Riesgo Familiar Total, a la posibilidad de resultados adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias al momento de la valoración de las mismas (10).	se entiende por Riesgo Familiar Total, a la probabilidad de resultados desfavorables particulares y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis en centros de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, al momento de la valoración de las mismas, se evidencia los factores de condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes	10 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Familias con bajo riesgo	Familia Tipo 1 que se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferiores de 54, y familia Tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones E inferiores a 53. Familia Tipo 1 que 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. Familia Tipo 1 con percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70 y familia Tipo 2 con percentiles superiores a 80 y PE superiores a 70 Sin riesgo: 0 Presencia de riesgo: 1
				Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud.	6 (11,12,13,14,5,16)		
				Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario	5 (17,18,19,20,21)	Familias con alto riesgo	
				Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6 (22,23,24,25,26,27)		
				Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6 (28,29,30,31,32,33)		

Operacionalización de la variable 2: Adherencia al tratamiento

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Adherencia al tratamiento	<p>Tipo de variable según su naturaleza:</p> <p>Cualitativa</p> <p>Escala de medición: Ordinal</p>	Es el nivel en que el comportamiento de un paciente, como el seguimiento de las toma de fármacos, la continuidad y estricta dieta o el cambio del estilo de vida y el acatamiento de las recomendaciones establecidas por el profesional de salud se han cumplidas (16).	Se refiere al grado en que el comportamiento de las personas afectadas con tuberculosis acude a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, donde el paciente debe reconocer si alguna vez ha dejado de tomar los medicamentos, si toma los medicamentos a la hora indicada, si dejó de tomar los medicamentos cuando se ha sentido bien o mal.	4 (1,2,3,4)	<p>Cumplidor</p> <p>No cumplidor</p>	<p>Debe responder esta secuencia de respuesta en los 4 ítems, para considerarse cumplidor:</p> <p>No-Sí-No-No</p> <p>De no darse esta secuencia se considera no cumplidor</p>

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se basó en un enfoque de tipo descriptivo, cuantitativo con el diseño del estudio no experimental y de corte transversal.

Es de tipo descriptivo, porque indaga puntos importantes como son las cualidades y peculiaridades de una investigación. Explica inclinaciones de una agrupación o localidad (48).

Es de enfoque cuantitativo, según Hernández Sampieri, es secuencial y probatorio. Es decir, que cada paso sigue un orden riguroso y se realiza uno tras otro sin evadir o saltar las etapas. Además, mediante la recolección de datos se puede probar hipótesis basado en la medición numérica y análisis estadístico con propósito de probar una teoría (48).

Es corte transversal porque la investigación se realiza en base a una situación determinada y una población específica en un momento determinado y recogiendo datos una sola vez a cada sujeto en estudio. Se pretende analizar el comportamiento de las variables en una situación que tiene circunstancias específicas, asimismo, se pueden realizar a más de una vez con distintas realidades y muestras que equivalen y que comparten características parecidas (49).

De acuerdo con Sampieri, esta es una investigación no experimental, porque se observa el fenómeno en su ambiente natural, sin manipular las variables de manera deliberada, con el objetivo de analizarlo (48).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 260 pacientes que tienen como diagnóstico tuberculosis y que acuden a los centros de salud que pertenecen al distrito Rímac: Caquetá, Piedra Liza, Flor de Amancaes, Rímac, San Juan de Amancaes, Leoncio Prado, Mariscal Castilla y Villa los Ángeles.

La investigación se realizó en base a una muestra no probabilística que fue determinada a criterio de los investigadores, considerando a los participantes que tenían las mismas características desarrolladas en los criterios de inclusión y exclusión que se necesitaba en la investigación (48).

Tabla N° 1. Población de personas que reciben tratamiento de tuberculosis en los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018

Nombre de Centro de Salud	Número de pacientes	Número de encuestados	Abandono	Menores de edad	Niegan Encuesta
Caquetá	65	62	3	-	-
Rímac	68	49	3	5	11
Flor de Amancaes	37	33	2	2	-
Villa Los Ángeles	7	6	1	-	-
Piedra Liza	28	20	2	3	3
Leoncio prado	28	25	1	2	-
San Juan de Amancaes	24	22	2	-	-
Ciudad y campo	37	34	2	1	
Mariscal castilla	10	9	1	-	-
Total	304	260	17	17	14

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

3.2.1. Criterios inclusión

- Pacientes que tengan por lo menos 15 años de edad.
- Solo se encuestará a personas diagnosticadas con tuberculosis.
- Estar en la capacidad física y mental de responder a una encuesta.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento en al algún centro de salud del Rímac.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que sean menores de 15 años de edad.
- Personas que no estén diagnosticadas con tuberculosis.

- Pacientes que no estén en la capacidad física o mental para responder una encuesta.
- Pacientes que se nieguen a responder los cuestionarios para el presente estudio.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnica

Para el presente estudio se usó como técnica la encuesta tanto para la primera variable como para la segunda variable.

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron fueron:

- Para la variable Riesgo Familiar Total se utilizó una encuesta dirigida a los pacientes que se encontraron en el programa de tuberculosis, utilizando el “Instrumento de Riesgo Familiar total” de Pilar Amaya, estructurado en cinco dimensiones: Condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores. Solo en las cuatro primeras dimensiones las respuestas estarán dadas por una escala 1 – 0; 1 cuando se cumple la condición de riesgo, 0 no presenta riesgo en la condición y en la última dimensión de la misma se agrega NA cuando hay ausencia de niños. Por otra parte, la dimensión Condiciones Psicoafectivas consta de 10 ítems, las prácticas y servicios de salud de 6 ítems, Vivienda y Vecindario de 5 ítems, situación Socioeconómica de 6 ítems y el manejo de menores de 6 ítems, en su totalidad tiene 33 preguntas. El total de puntaje es de 33. Tales categorías se definen, en términos de escala, como familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto (10).

En el siguiente cuadro se muestra la ficha técnica del instrumento:

Ficha Técnica	
Título	Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33
Autor	Pilar Amaya
Aplicación	A un individuo de una familia de estrato socioeconómico bajo.
Participante	Individuo mayor de 15 años que pertenezca y conozca a la familia por más de un año y que su participación sea consentida.
Duración de la Aplicación	Entre 20 y 40 minutos.
Finalidad	Evaluar las cinco dimensiones de riesgo familiar y de una escala de Riesgo Familiar Total
Materiales	Hoja de perfil RFT: 5-33 Lápiz, borrador y regla. Manual y formato de aplicación
Usos	Investigación y práctica en salud familiar, medición en salud y enfermería familiar.

- B. Para la variable Adherencia al tratamiento se utilizará la misma técnica ya antes mencionada, utilizando como instrumento el test de Morisky-Green-Levine, que consta de 4 ítems, cuyo valor final que adoptará será adherentes o no adherentes al tratamiento a través de preguntas sobre hábitos y conducta en la toma de medicamentos.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se recolectaron previa solicitud a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Una vez que se obtuvo el permiso se procedió a la coordinación con la enfermera del programa de tuberculosis y se efectuaron las encuestas en el programa de tuberculosis cuando los pacientes fueron a tomar su medicamento, previo consentimiento informado. El tiempo utilizado para el llenado de los dos cuestionarios fue de 30 minutos.

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos, se procedió a verificar el correcto llenado de los instrumentos en formato impreso.

Todas estuvieron correctamente llenadas por lo cual no se eliminó ninguna encuesta. Seguidamente se elaboró una matriz construida en el

programa Microsoft Excel 2013, en la cual se ingresaron los datos recolectados, luego estos se exportaron al programa estadístico IBM SPSS Statistics 23. Donde se usó los estadígrafos de tendencia central media, mediana y moda además frecuencias, porcentajes y promedios.

También, se elaboró la tabla de los datos sociodemográficos que complementan la información del estudio. Asimismo, se utilizó estadística descriptiva para analizar ambas variables y sus dimensiones por separado. Los resultados obtenidos, permitieron elaborar la discusión de los resultados.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Desde hace muchos años atrás se vienen desarrollando diferentes normas para determinar los derechos y deberes de los profesionales de la salud, primordialmente en relación con los pacientes. Para los que nos dedicamos al cuidado enfermero, la adopción de la primera declaración el llamado “Juramento de Florence Nightingale” es un deber. En el 2013, la Revista Habanera de Ciencias Médicas realizó una publicación donde se analiza el pensamiento ético de Florence Nightingale, la precursora del surgimiento de la enfermería como profesión, donde ella hace referencia a abstenerse de todo lo perjudicial y maligno, donde el paciente que es asignado al cuidado enfermero estará protegido, apreciado por los principios éticos tradicionales de no dañar y hacer el bien, que equivale al principio de beneficencia y no maleficencia (50).

En el 2013 se publicaron en la revista médica cubana los principios bioéticos en la atención primaria de salud donde se analizó que en el trabajo diario que realiza el médico y la enfermera de la familia se encuentran con una serie de obstáculos, y adjuntado la situación de salud que se encuentra el país, hacen que exista más descontento en la población por los servicios de salud, en algunos casos, por el desconocimiento del personal de salud en el manejo de los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Es por ello que al desarrollar

una investigación basada en la dinámica familiar, donde evalúa un enfoque social, se obtuvo un consentimiento informado por parte de los pacientes a quienes se les aplicara el instrumento (51). Además, se aplicarán las siguientes consideraciones éticas:

- Principio de autonomía

En este estudio se respetó estrictamente la autonomía del paciente, aludiendo que el mismo tome la decisión y voluntad propia para participar en este estudio, explicándoles de manera clara y sencilla en que consiste el estudio, las preguntas, ítems y otros pormenores del instrumento a ser aplicado; además se solicitó su aprobación firmando el consentimiento informado correspondiente (51).

- Principio de justicia

Al realizar el estudio no se actuó con discriminación de ninguna índole, sino con la misma igualdad y derecho que corresponde a cada ser humano (51).

- Principio de beneficencia

Con este estudio se busca beneficiar a los pacientes según los resultados obtenidos. Al observar si existen una relación entre Riesgo Familiar Total y la adherencia al tratamiento de tuberculosis donde nos permitirá orientar y buscar mejores estrategias educativas y sanitarias (51).

- Principio de no maleficencia

Se explicará a cada paciente encuestado que sus respuestas brindadas no serán divulgadas; asimismo, se actuó con respeto sin ocasionar daño alguno ya sea físico, mental y moral del encuestado y su familia (51).

EVALUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

Ante el requerimiento de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte el proyecto de investigación se sometió a la evaluación por parte de un comité de ética. En cumplimiento a los requisitos solicitados por la universidad se presentó el proyecto de investigación en forma física y

digital adjuntos a una carta dirigida al director encargado. La aprobación del comité de ética fue otorgada en un plazo de dos meses, donde consta que el planteamiento de estudio y la metodología propuesta para la evaluación de los resultados son apropiados para el proyecto, es así que se encuentra en el expediente 0020-2018 y está aprobado por el comité de ética institucional para la investigación en salud de la Universidad Privada Norbert Wiener (ANEXO F).

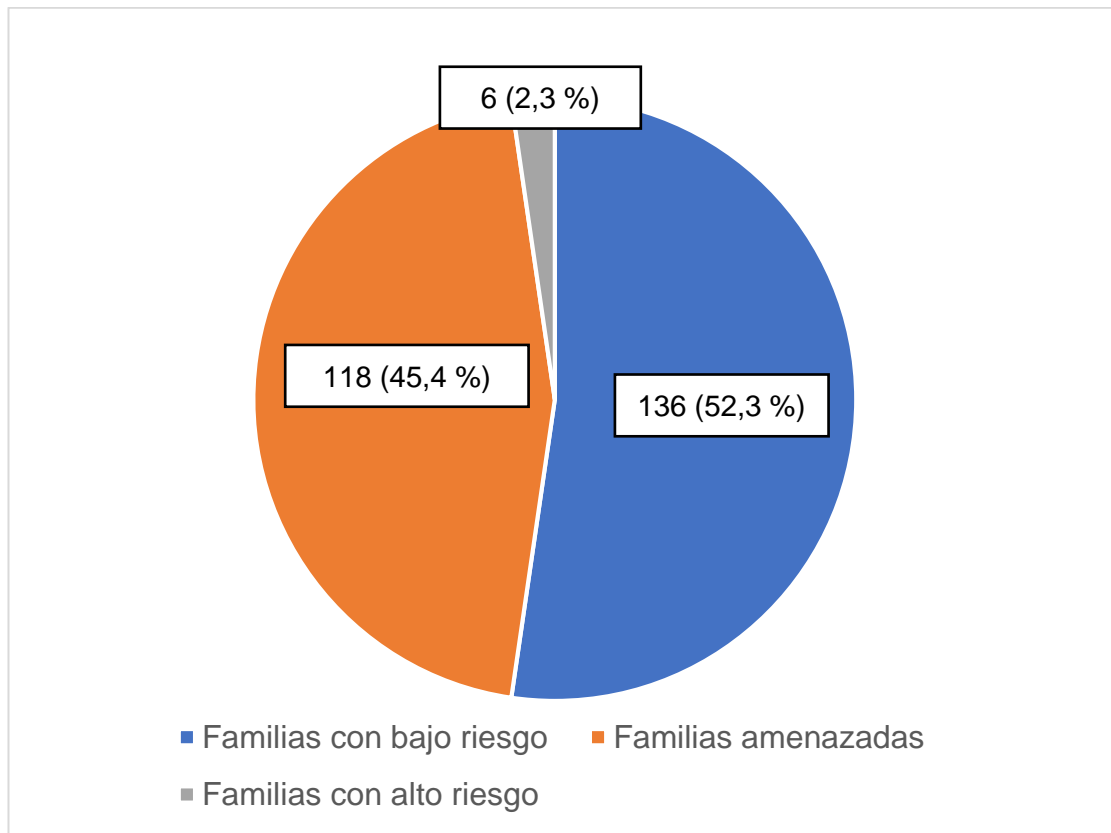
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Las personas encuestadas que participaron en este estudio suman un total de 260 pacientes que reciben tratamiento farmacológico contra la tuberculosis en sus diferentes etapas.

Los datos sociodemográficos nos indican que, el promedio de edad es de 38,72 (\pm 18,28) años; siendo la edad mínima registrada 15 años, y la máxima edad registrada 102 años. Respecto al sexo, la muestra presenta 107 personas (41,2%) de sexo masculino y 153 personas (58,8%) de sexo femenino. La observación del estado civil da cuenta que la mayoría de integrantes de la muestra son solteros con el 49,6%, seguidos por aquellos que son convivientes con el 28,1%, el 15,0% personas casadas, el 3,8% personas viudas y el 3,5% personas divorciadas. Con referencia al tipo de familia de los entrevistados, se observa que el 24,2% de los entrevistados poseen una familia nuclear; dicha cantidad se repite en aquellos que poseen una familia nuclear modificada (24,2%), asimismo el 3,1% de los pacientes poseen una familia nuclear reconstruida, el 14,6% poseen una familia extendida; el 15,0% posee una familia extendida modificada y, por último, el 18,8% de los integrantes de la muestra poseen una familia atípica.

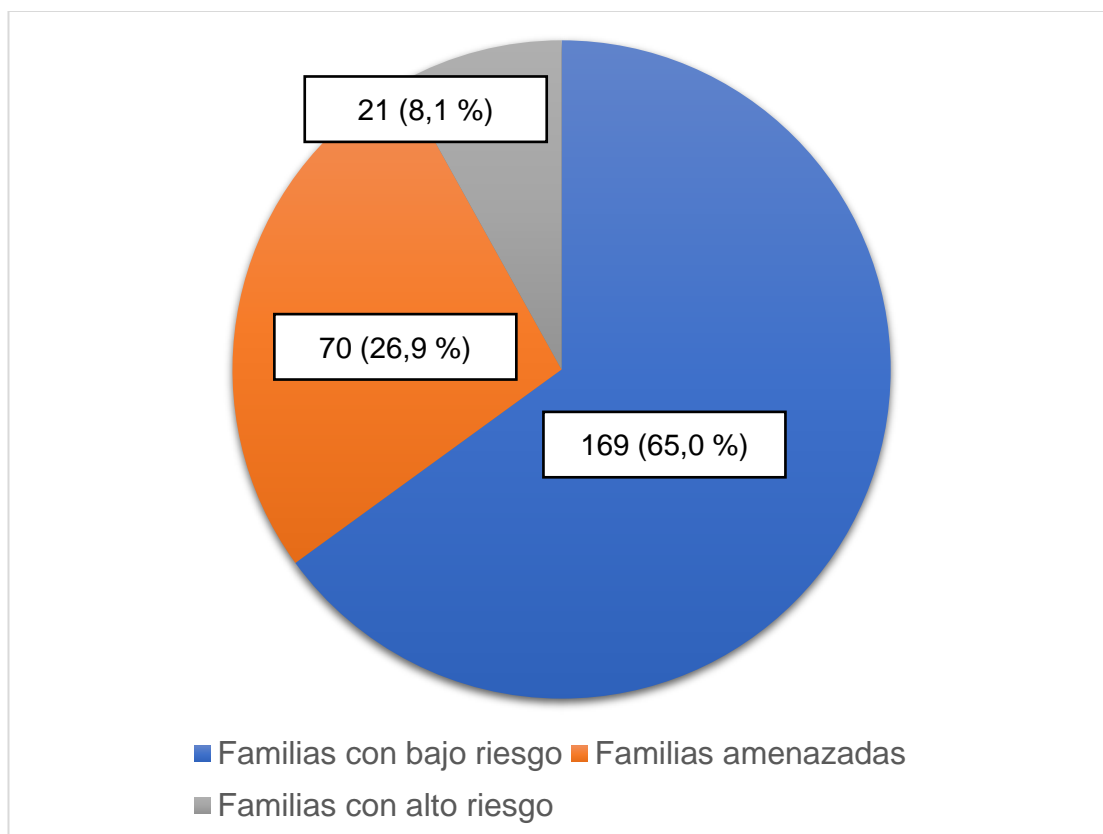
Gráfico N° 1. Riesgo familiar total en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener.

En el gráfico N° 1 se puede apreciar los resultados de la primera variable, el Riesgo Familiar Total, en los que 136 pacientes que son afectados por la tuberculosis pertenecen familias con bajo riesgo y representan el 52.3% de la población, también se puede apreciar a 118 pacientes con familias amenazadas y simbolizan el 45.4%; además, 6 pacientes pertenecen a familias de alto riesgo siendo el 2.3%.

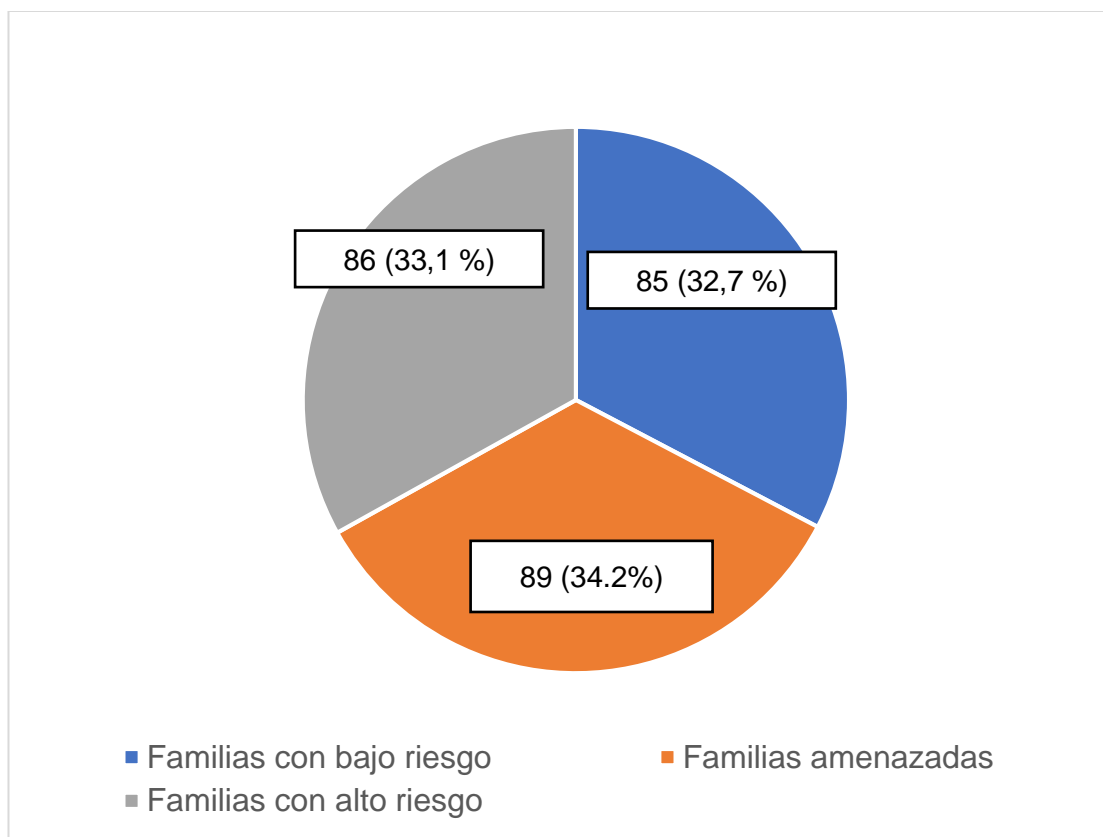
Gráfico N° 2. Riesgo familiar total, en su dimensión condiciones psicoafectivas, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 2 se aprecia que, en cuanto a la dimensión Condiciones psicoafectivas, la mayoría de personas posee bajo riesgo familiar (65,0%), seguidas en cantidad por aquellas que representan a las familias amenazada siendo el 26,9% y 21 pacientes poseen alto riesgo familiar 8.1%.

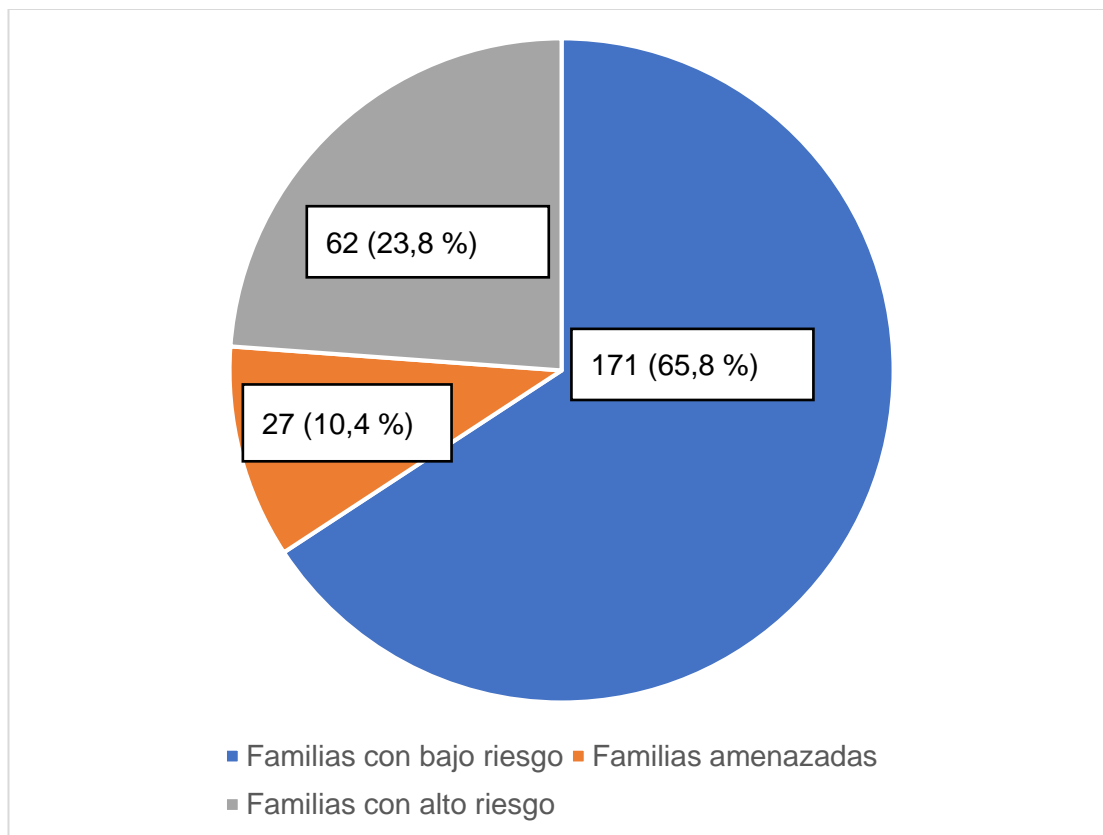
Gráfico N° 3. Riesgo familiar total, en su dimensión servicios y prácticas de salud, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 3 se ilustra la dimensión servicios y prácticas de salud, en la que se aprecia que 89 personas son familias amenazadas, que son el 34.2%; seguida de 86 (33.1%) familias con riesgo familiar alto y 65 (29.8%) participantes representan a las familias de bajo riesgo familiar.

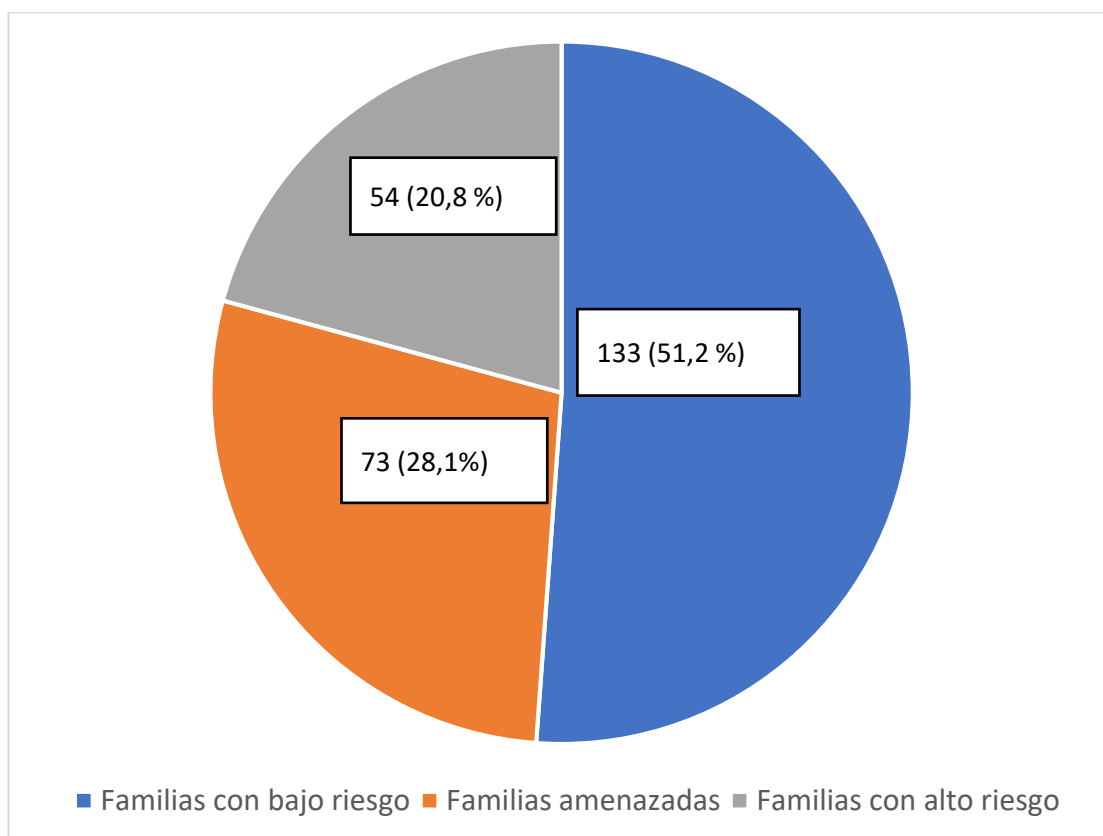
Gráfico N° 4. Riesgo familiar total, en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 4 se aprecia que en la dimensión condiciones de vivienda y vecindario existen 171 con riesgo familiar bajo, que representan el 65.8%; además, 62 pacientes con riesgo familiar alto simbolizan el 23.4%; y finalmente 27 pacientes pertenecen a familias amenazadas, que son el 10.7%.

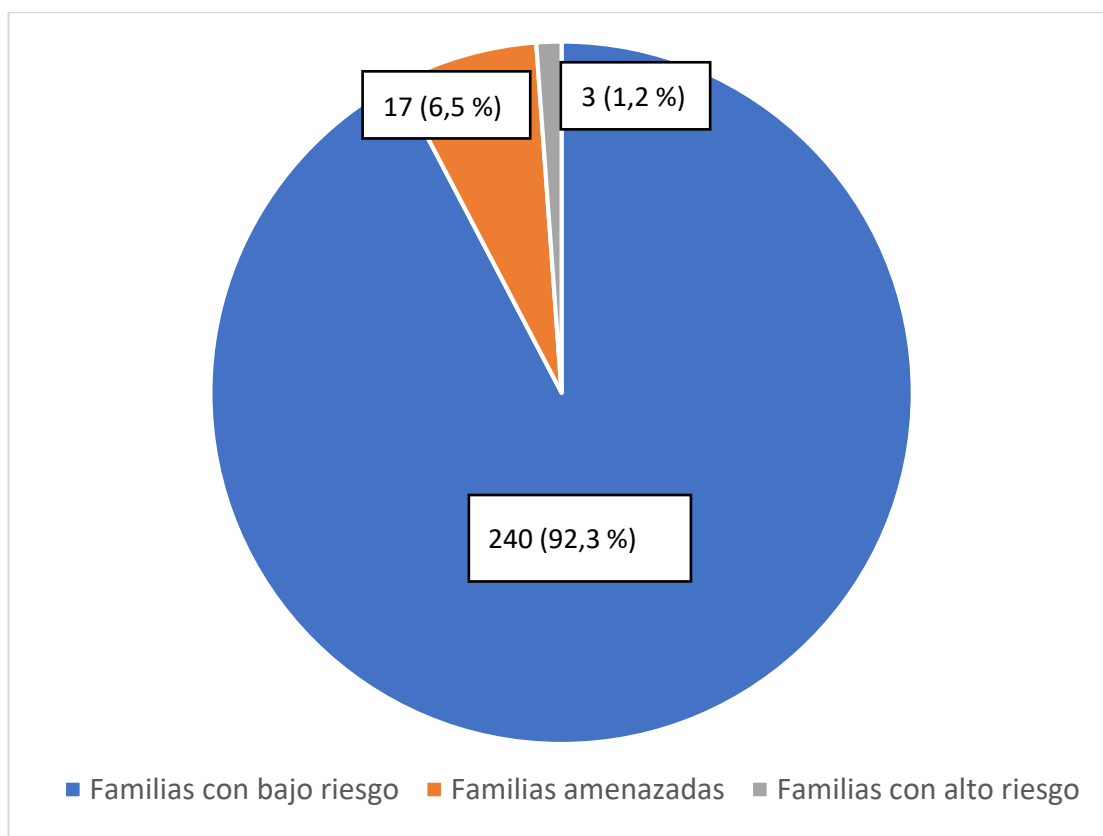
Gráfico N° 5. Riesgo familiar total, en su dimensión situación socioeconómica, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 5 se puede apreciar que en la dimensión situación socioeconómica destaca el riesgo familiar bajo, con 133 (51.2%) pacientes; 73 (28.1%) pacientes pertenecen familias amenazadas y, por último, las familias de alto riesgo son el 20.8%.

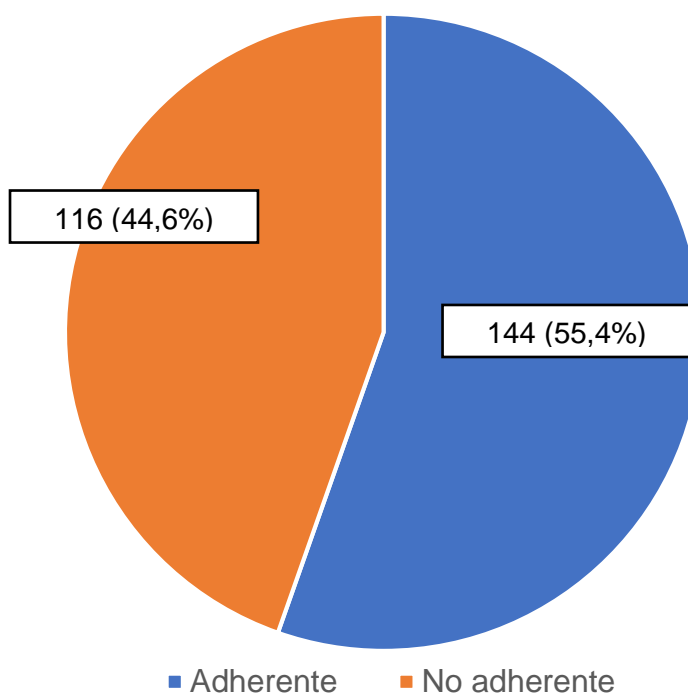
Gráfico N° 6. Riesgo familiar total, en su dimensión manejo de menores, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 6 se observa que en la dimensión manejo de menores en pacientes que presentan tuberculosis 244 (92.3%) personas tienen un riesgo familiar bajo, el 17 (6.5%) pacientes son familias amenazadas y 3 pacientes son familias con alto riesgo, que representan el 1.2%.

Gráfico N° 7. Adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

Los resultados de la segunda variable se visualizan en el gráfico N° 2. En lo que respecta a esta variable Adherencia al tratamiento farmacológico se determinó que 144 (55,4%) pacientes son adherentes y 116 (44,6%) son no adherentes.

4.2 DISCUSION

Pilar Amaya sostiene que una familia de bajo riesgo será aquella que se compone e interactúa en un estado favorable en la dimensión psicoafectiva, asume, hábitos personales y grupales saludables, obteniendo la ayuda de los centros de salud, donde también las condiciones de organización de vivienda y recintos son confiables manteniendo el control de la posible amenaza para el ambiente familiar (10).

Con relación a la variable Riesgo Familiar Total en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos del primer nivel de atención del distrito Rímac, predominaron las familias en bajo riesgo con el 52.3% (136); el 45.4% (118) son familias amenazadas y solo un 2.1% presentan alto riesgo familiar. Los hallazgos encontrados concuerdan con los resultados planteados por los investigadores Díaz Villafuerte y Romero Bendezú, ya que manifiestan en su investigación que prevalecieron las familias de bajo riesgo con un 87.4% y en menores proporciones las familias con alto riesgo (23). Del mismo modo Cerquin Pérez, Flores Anyosa y Guerrero Cueto concuerdan en su investigación realizada a pacientes con tuberculosis con los siguientes resultados: el 70.6% presenta riesgo familiar bajo, así mismo el 25.3% son familias amenazadas y el 3.9% con alto riesgo (25). Por lo tanto, los resultados se asemejan con lo dicho por Díaz Villafuerte que menciona que las enfermeras deben entrar a tallar para mitigar aspectos que tengan relación con la familia (23).

Con relación al Riesgo Familiar Total, en su dimensión condiciones Psicoafectivas en pacientes con tuberculosis que acuden a los centros de salud del primer nivel de atención, se tiene que un poco más de la mitad (65.0%) de los pacientes presentan riesgo familiar bajo, el 26,9% (70) de los pacientes son familias amenazadas y el 8.5% (21) presentan alto riesgo familiar. Esta dimensión está relacionada con la salud mental de la persona y su familia, pudiendo afectar el cumplimiento del tratamiento de la enfermedad por la existencia de conflictos familiares, privación afectiva y adicciones. Mientras un personal de salud sepa más de los problemas del

paciente será mejor el abordaje realizado, ya que cada paciente tiene situaciones y contextos diferentes (34).

Con relación al Riesgo Familiar Total, en su dimensión servicios y prácticas de salud en los centros de salud de primer nivel de atención, se obtuvo como resultado que el 34.2% pertenecen a familias amenazadas, seguidas de 85 pacientes que son familias con riesgo bajo que simbolizan el 32.7%. Este resultado tiene similitud con Soto Gonzales en su estudio Riesgo Familiar Total en familias relegadas que indica que el 69% son familias amenazadas, ya que menciona a la falta de información que tienen los pacientes sobre la salud (20); asimismo, con respecto a la dimensión ya mencionada, también existe semejanzas con Cerquin, Flores y Guerrero, ya que dentro de los resultados que obtuvieron determinaron que el 34.2% son familias que presentan amenazas asociadas a la falta de personal y a la sobre carga de trabajo en los centros de salud; se observa que los encargados del programa de tuberculosis delegan sus actividades al personal técnico, no pudiendo cumplirse con las visitas domiciliarias, supervisión de tratamiento y elaboración de encuestas (25).

Con relación al Riesgo Familiar Total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud pública del primer nivel de atención, se tiene que 171 encuestados se atribuye al 65.8% son familias que han presentado bajo riesgo familiar, por otro lado, en menor cantidad, pero de igual importancia 27 personas 10.4% son familias amenazadas y 62 pacientes que simbolizan 23.8% presentan riesgo familiar alto; estos datos son similares al estudio Vivienda Saludable en el Perú realizado por Santa María, en el cual se indica que una vivienda saludable es aquella que presenta cualidades apropiadas para la salud de los pobladores y permite disminuir las causas de riesgo en las áreas geográficas, económicas, sociales y técnicas (36). En el estudio realizado por Chávez Romero se hace referencia a que el 50% de los pacientes encuestados viven en casas alquiladas y el 27% casas propias, pero no cuentan con los servicios básicos. También llegaron a la conclusión que tienen actitudes negativas en su comportamiento debido a la falta de

viviendas en buenas condiciones y al soporte emocional que dan los familiares al paciente (27). En nuestra investigación se observaron problemas de saneamiento ambiental del vecindario de los encuestados, debido a las actividades comerciales que existe en el distrito del Rímac, es así que se asemeja al estudio realizado por Chávez Romero; también existe similitud con Santa María respecto a las condiciones de vivienda y vecindario haciendo referencia a que solo la erradicación de la pobreza se dará cuando la salud sea una prioridad desde el punto de vista sociológico y medioambiental, propiciando la igualdad y la protección del medio ambiente (36).

Con respecto al Riesgo Familiar Total, en su dimensión situación socioeconómica, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, 133 encuestados presentan riesgo familiar bajo siendo el 51.2%; por otro lado, una cifra también elevada 73 personas se encuentran entre las familias amenazadas 28.1% y es seguida a la cifra mencionada 54 participantes que presentan alto riesgo familiar, representado por un 20.8%, esto se relaciona con la mención de Toledo Curbelo en su obra Fundamentos de la Salud Pública, el factor económico es un elemento importante, así como el uso de esta y su distribución que se le dé; por lo tanto, la falta de este recurso conduce a la pobreza, a las dificultades en la salud, tal y como sucede en los países desarrollados. Este recurso evidencia desigualdad entre las personas, en la condición laboral, el desarrollo de la educación entre el campo y la ciudad. Estas diferencias también se marcan en las condiciones geográficas y territoriales (38). Donde además nuestra población estudiada tiene problemas como es la deficiencia de sus ingresos económicos creando en sus hogares preocupación e intranquilidad por no poder cubrir las necesidades básicas dejando de lado la salud y la recreación familiar. Lozano Salazar y sus colaboradores hacen mención en su estudio factores de riesgo socioeconómicos realizado en Cuba que los ingresos económicos suficientes pueden cubrir la alimentación, vestido y mejoras en vivienda sin dejar de lado la salud (22). Por último, también concuerda lo dicho por Pérez Sigvas y colaboradores en que la unión del equipo de salud puede

exterminar, neutralizar o disminuir los riesgos de las familias amenazadas o que presentan alto riesgo (28).

Con respecto al Riesgo Familiar Total, en su dimensión manejo de menores, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel, 240 personas se encuentran en el grupo de familias con bajo riesgo siendo este un 92.3%; 17 participantes representan a familias amenazadas representan un 6.5% y solo 3 participantes se encuentran con riesgo alto siendo apenas el 1.2%. Estos resultados se asemejan a lo dicho por Ibarra Barrueta y Morillo Verdugo, los cuales en su libro: "Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento" menciona que la edad de un paciente va influenciar de manera trascendental, ya que la responsabilidad del cuidado esta empoderado por los padres, así que solo de ellos dependerá los riesgos que puedan tener los lactantes y niños en el proceso de una enfermedad (42). Por tanto, también existe similitud con Cerquín Pérez y colaboradores en que se debe prestar mayor atención a las familias que presentan amenazas, alto riesgo familiar sin dejar de ver a los de bajo riesgo ya que pueden peligrar el cuidado de estos grupos etarios, por la razón que el cuidado es solo responsabilidad de los padres y esta se puede ver amenazada, porque los padres de familia trabajan durante todo el día y pueden descuidar a sus menores llegando a exponerlos a riesgos en la salud e integridad del menor (25).

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la adherencia al tratamiento es todo comportamiento que mantiene el paciente, desde el momento que toma los medicamentos, la continuidad que lo hace, la dieta, el estilo de vida y el seguimiento a las recomendaciones dadas por el personal de salud (16). También existe similitud lo dicho por el autor Zarragoitia que también se refiere al tema y nos dice que el paciente debe comprender lo que significa el cuidado propio, la responsabilidad y el interés a participar en su tratamiento sin ser forzado solo de mutuo acuerdo de él y el personal de salud (1). El Ministerio de Salud también se pronuncia con respecto al tema en su proyecto de emergencia para la prevención de la tuberculosis y pone énfasis en la consejería y el apoyo psicoemocional de los afectados (39).

Con relación a la segunda variable adherencia al tratamiento en personas afectadas por la tuberculosis que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del distrito Rímac. El 55.4% que simbolizan a 144 pacientes no presentan adherencia al tratamiento; mientras que el 44.6% que representa a 116 pactes encuestados son adherentes al tratamiento. Con respecto a la variable concordamos con lo señalado por Rodríguez Alvis y Mondragón Humberto en su estudio titulado “Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis” que señala que el 81.8% presenta incumplimiento al tratamiento farmacológico (21). Del mismo concordamos con lo dicho por Ortiz y sus colaboradores en el estudio realizado en la ciudad de Tacna; que en el resultado muestra que el 52% no presenta adherencia, mientras que el 48% sí presenta adherencia al tratamiento (24). De igual manera, Lino Chahua y Saldarriaga Sarango en su investigación realizada en Lima; también hace semejanzas con los resultados ya mencionados ya que ellos muestran el 86% de sus encuestados no presentan adherencia mientras que un 14% si tiene adherencia al tratamiento (26).

Es preocupante que estos trabajos hayan tenido estos hallazgos ya que se pone en alarma la falta de adherencia en distintos lugares, pues representa un problema de salud pública, por lo cual las autoridades competentes y el personal de salud deben buscar y fijar protocolos para optimizar el apego al tratamiento (24). Los encuestados refieren que la falta de entendimiento del personal de salud con sus horarios y problemas que tienen en casa referente a lo mencionado; estamos de acuerdo con lo dicho por Rodríguez y Mondragón que existe relación a este problema la falta de empatía del personal de salud, la buena comunicación respecto a la enfermedad (21).

De lo expuesto anteriormente no encontramos trabajos que muestren relación entre ambas variables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En relación al Riesgo Familiar Total prevalecieron las familias con bajo riesgo, siendo más de la mitad, seguida de las familias amenazadas y con mucha menos frecuencia las familias en alto riesgo.
- En la dimensión condiciones psicoafectivas, en personas con tuberculosis, resaltaron las personas de bajo riesgo familiar, lo que nos puede indicar que las condiciones familiares son adecuadas tal como lo menciona Amaya (10).
- En la dimensión servicios y prácticas de salud, en personas con tuberculosis, resaltaron las personas que representan familias amenazadas, lo que significaría que los servicios de salud no llegan a las familias como deberían hacerlo.
- En la dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en personas con tuberculosis, destacaron los pacientes con bajo riesgo familiar, lo que nos podría indicar que el vivir en una vivienda alquilada no representa riesgo directamente.

- En la dimensión situación socioeconómica, en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud pública del primer nivel de atención, resaltaron las familias con bajo riesgo por lo que podríamos decir que no representa ningún riesgo ya que el programa es gratuito.
- En relación a la variable adherencia al tratamiento, se da más en la mitad de las personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, pudiendo estar relacionado a la dimensión servicios y prácticas de salud, lo que explicaría la sobrecarga de trabajo documentario en los centros de salud y por lo cual delegarían sus actividades a personal no preparado.

5.2. RECOMENDACIONES

- Con relación a la dimensión condiciones psicoafectivas, se sugiere trabajar con el área de psicología con las personas que presentan amenazas para trabajar el apoyo personal de cada familia.
- Con relación a la dimensión servicios y prácticas de salud, se sugiere que se sociabilicen los resultados con la Dirección de Redes Integradas de salud y los jefes de los centros de salud encuestados; para que se establezcan estrategias y éstas puedan ser conocidas por la población. Por otro lado, debe brindarse facilidades a los pacientes en los horarios de atención del programa y capacitaciones continuas sobre como involucrar a la familia para que ésta sea un agente de salud a favor de sus integrantes.
- Se sugiere dar uso a las TICs, y las redes sociales, como el Whatsapp, creando grupos solo de pacientes y otros con el familiar responsable; de esta forma se podría alertar cuando el paciente no cumple con la toma de sus medicamentos.
- Con relación a la dimensión condiciones de vivienda y vecindario, se sugiere que la comunidad afectada establezca coordinaciones con la municipalidad del distrito para mejoras en la limpieza y seguridad.
- En cuanto a la dimensión situación socioeconómica, se recomienda a la población afectada concertar reuniones con la municipalidad o con entidades del estado y particulares ONGs, que se encuentren en su distrito, para que den capacitaciones y talleres de autogestión en diversos oficios como carpintería, pintura, bisutería, corte y bordados, etc. Estos oficios sean dirigidos a las familias amenazadas y en alto riesgo; y así tengan mayores ingresos para poder sustentar sus gastos.

- Con respecto a la Adherencia al tratamiento, se recomienda proporcionar horarios de atención más flexibles que permitan al paciente disponer de su tratamiento de acuerdo a sus necesidades; asimismo aumentar el personal para que realice las visitas domiciliarias de manera más continua.
- Se recomienda profundizar el estudio de las dimensiones estudiadas en el presente trabajo para ir estipulando relaciones, usando instrumentos más específicos que ayuden a cuantificarlas adecuadamente; y de esta manera aporten a la comprensión de su relación con la salud pública y los riesgos que conllevan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarragoitia I. Depresión generalidades y particularidades. Habana: Ciencias Médicas; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. Washington - Estados Unidos: OPS; 2014 [actualizado en septiembre del 2014; acceso 17 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas panorama regional [Internet]. Washington: Científica y técnica; 2012. Capítulo 2, Determinantes e inequidades en salud; [acceso el 31 de octubre del 2018]; p.12- 59. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
4. Ministerio de Salud. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015 [Internet]. Lima - Perú: MINSa; 2016 [actualizado en el 2016; acceso 14 de setiembre del 2018]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204
5. Oxfam. Pobreza y desigualdad en el Perú: cuando el crecimiento económico no basta [internet]. Lima - Perú: Oxfam; 2014 [actualizado octubre del 2014; acceso 17 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.oxfamblogs.org/lac/wp-content/uploads/2014/10/Anexo-Peru-Desigualdad.pdf>
6. Ministerio de Salud. Perú ha reducido en 43 % la incidencia de casos de tuberculosis en los últimos quince años [Internet]. Lima - Perú: MINSa; 2018 [actualizado en febrero del 2018; acceso 17 de octubre del 2018]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/noticias/detalle_noticia

a.aspx?not=72

7. Tavares L. compiladora, Carreño A, Chirinos C, Córdova P, Cortés M, Gómez C et al. Pobreza, desigualdad y salud en América Latina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clasco; 2013.
8. Martínez M. Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar. Gaceta Médica de México [revista en Internet] 2004 [acceso 14 de setiembre del 2018]; 140(1): 1 - 6. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v140n1/v140n1a1.pdf>
9. Polo P. coordinadora. Estrategias innovadoras de salud familiar para el control de cáncer de cuello uterino y mama [diapositiva]. Lima: MINSA; 2013. 32 diapositivas. [actualizado 22de abril del 2013; acceso 14 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Dra-Patricia-Polo-MINSA.pdf>
10. Amaya P. Instrumento de riesgo familiar total: RFT:5-33 manual aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
11. Quevedo L, Sanchez R, Villalba F, Velasquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Enfermería Herediana [revista en Internet] 2015 [acceso 14 de Octubre del 2018]; 8(1): 11 - 16. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>
12. Ministerio de Salud. Plan estratégico multisectorial de la respuesta Nacional a la tuberculosis 2010 - 2019 [Internet]. Lima - Perú: MINSA; 2010 [actualizado en diciembre del 2009; acceso 17 de setiembre del 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1751.pdf>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES [Internet]. Lima - Perú: INEI; 2015 [actualizado en el 2014; acceso 14 de Octubre del 2018]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
14. Pozzi E y Valdés R. Niños contentos: Guía para el cuidado y desarrollo

- del niño de 6 a 12 años. Montevideo - Uruguay: UNICEF; 2008.
15. Unicef. Niños sin atención de sus progenitores [Internet]. Nueva York - Estdos Unidos: Unicef; 2006 [actualizado el 7 de julio del 2005; acceso 24 de marzo del 2019]. Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/protection/files/Sin_atencion_progenitores.pdf
 16. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción [Internet]. Ginebra - Suiza: OMS; 2004. capitulo 15, Tuberculosis; 127-134p. Disponible en:
<http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
 17. Puente K. El plan Metropolitano de desarrollo urbano de Lima y Callao 2035. Iberoamericana de Urbanismo [revista en Internet] 2017 [acceso 9 de Octubre del 2018]; 1(13): 111-134. Disponible en:
https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/108619/13_06_RIU_RB_Puente.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Municipalidad distrital del Rímac. Plan local de seguridad ciudadana [Internet]. Rímac - Lima: CODISEC; 2017 [actualizado en el año 2016; acceso 9 de octubre del 2018]. Disponible en:
<http://www.munirimac.gob.pe/portal/wp-content/uploads/2017/03/PLSC-2017-CORESEC-OK.pdf>
 19. Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Norte. Informe de tuberculosis según establecimientos de salud distrito Rímac [email]. Rímac - Lima: DIRIS; 2017[actualiado en el año 2017; acceso 12 de octubre del 2018]. Lima;
 20. Soto González A. Riesgo familiar total y grado de salud familiar, familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca [tesis Maestría]. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/47113/>
 21. Rodríguez E y Mondragón C. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Revista Colombiana de Ciencias Quimico - Farmacéuticas [revista en Internet] 2014 [acceso 18 de

- septiembre del 2018. 43(1):104-19. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v43n1/v43n1a07.pdf>
22. Lozano J, Plassencia C, Ramos D, Caridad R y Mahírquez L. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el Municipio de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en Internet] 2009 [acceso 20 de marzo del 2019]; 13(1): 1-5. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400007
23. Diaz Villafuerte J y Romero Bendezu G. Riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/113/CD-TENF-078-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Ortiz R, Llosa C y Paredes Y. Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna – 2016. Revista Médica Basadrina [revista de Internet] 2017 [acceso 18 de setiembre del 2018]; 11(2): 26- 29. Disponible en:
<http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/644/572>
25. Cerquin Pérez I, Flores Anyoza J y Guerrero Cueto J. Riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud de Los Olivos - 2015 [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/137>
26. Lino Chahua V y Saldarriaga Sarango J. Riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud Huáscar XV- 2018 [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en:
<https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Search/Results?lookfor=RIESGO+FAMILIAR+TOTAL&type=AllFields>
27. Chavez Romero M. Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento en la Micro Red de salud Santa

- Adriana 2015 – Juliaca [tesis Especialidad]. Arequipa - Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2246/HSchroml.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Pérez R, Matta H, Espinoza T y Paredes C. Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. *Health Care & Global Health* [revista en Internet] 2017 [acceso 21 de marzo del 2019]; 1(1): 18-23. Disponible en: [file:///C:/Users/lady/Desktop/articulos adherencia/articulo de matta.pdf](file:///C:/Users/lady/Desktop/articulos%20adherencia/articulo%20de%20matta.pdf)
 29. López Y. La familia como campo de saber de las Ciencias Sociales. *Revista de Trabajo Social* [revista en Internet] 2003 [acceso 23 de setiembre del 2018]; 5(1): 25 - 39. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8438/9082>
 30. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de fortalecimiento a las familias 2016 - 2021. [Internet]. Lima - Perú: MIMP; 2016 [actualizado en el año 2015; acceso el 19 de marzo del 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/150_progfam.pdf
 31. Ministerio de Salud. Programa de familias y viviendas saludables. [Internet]. Lima - Perú: MINSA; 2006 [actualizado en abril del 2006; acceso 19 de marzo del 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/150_progfam.pdf
 32. Cid M, Montes R y Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica* [revista en Internet] 2014 [acceso 23 de Setiembre del 2018]; 36 (4): 462 - 471. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008
 33. Arriagada I. Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la Cepal* 77 [Internet] 2002 [acceso 18 de marzo del 2019]; 1(1): 143 - 161. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10829/1/077143161_es.pdf
 34. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Módulos de autoaprendizaje sobre tuberculosis. Atlanta - Georgia: Centros para el control y prevención de enfermedades; 2014. Módulo 6, Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento; 24-27p.
35. Zurro M, Cano J. Enfoque familiar en atención primaria. 3 ed. Barcelona-España: Elsevier; 2010.
 36. Santa María R. La Iniciativa de Vivienda Saludable en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y salud Pública [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de marzo del 2019]; 25(4): 419-430. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a13v25n4.pdf>
 37. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad [Internet]. Lima - Perú: MINSA; 2011 [actualizado en junio del 2018; acceso 22 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
 38. Curbelo T. Fundamentos de Salud Pública. Habana - Cuba: Ciencias Médicas; 2004.
 39. Ministerio de Salud. Plan de emergencia para prevención y control de la tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao, 2015 - 2017 [Internet]. Lima - Perú: MINSA; 2015. [actualizado en marzo del 2015; acceso 23 de setiembre del 2018]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196494/195217_RM-193-2015-MINSA.pdf20180904-20266-157li6x.pdf
 40. Conthe P y Marquez E. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro [Internet]. España: Consejo General de Enfermería; 2012 [acceso 23 de setiembre del 2018]. 74p. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>
 41. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis: OPS/OMS llama a no dejar a nadie atrás [Internet]. Washington - Estados Unidos: OPS - OMS [actualizado el marzo del 2017; acceso 23 de setiembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&

id=13081:tuberculosis-opsoms-llama-a-no-dejar-a-nadie-atras&Itemid=1926&lang=fr

42. Ibarra O y Morillo R. Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento. Badalona-España: Boehringer Ingelheim; 2017.
43. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [internet]. Lima - Perú: MINSa; 2013 [actualizado diciembre del 2013; acceso 29 de setiembre del 2018]. Disponible en:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
44. Hogg M, Vaughan G. Psicología Social. 5 ed. Madrid - España: Médica Panamericana; 2010.
45. Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 8 ed. Barcelona - España: Elsevier; 2015.
46. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Popayan: Universidad del Cauca; 2005. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5390497/teorias-y-modelos-de-enfermeria-y-su-aplicacion->
47. Real Academia Española. La nueva plataforma profesional de recursos lingüísticos [Internet]. España: RAE; 2001 [actualizado en el 2018; acceso 4 de octubre del 2018]. Disponible en:
<http://dle.rae.es/?id=CFEFwiY>
48. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6 ed. México: McGraw Hill educación; 2014.
49. Martínez R. La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes. Madrid - España: Ministerio de educación y ciencia; 2007.
50. Lescaille M, Apao J, Reyes M y Alfonso M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista de Internet] 2013 [acceso 9 de octubre del 2018]; 12(4): 688-696. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000400021&script=sci_arttext&lng=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext
51. Sánchez Z, Marrero J, Becerra O, Herrera D y Alvarado J. Los

principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet] 2003 [acceso 9 de octubre del 2018]; 19(5): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012

ANEXOS

Anexo A: Tabla de los datos sociodemográficos de personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac 2018

Edades de los participantes

<i>Mínimo</i>	15
<i>Máximo</i>	76
<i>Total</i>	121

Numero de niños menores de 5 años

<i>N°</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>0</i>	90	74,4
<i>1</i>	15	12,4
<i>2</i>	15	12,4
<i>3</i>	1	0,8

Sexo de los participantes

<i>N°</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	59	48,8
<i>Masculino</i>	62	51,2

Estado civil

<i>N°</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Soltero</i>	59	48,8
<i>Casado</i>	19	15,7
<i>Conviviente</i>	36	29,8
<i>Divorciado</i>	5	4,1
<i>Viudo</i>	2	1,7

Grado de instrucción

<i>N°</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sin Instrucción</i>	3	2,5
<i>Primaria</i>	17	14,0
<i>Secundaria</i>	70	57,9
<i>Técnico</i>	23	19,0
<i>Profesional</i>	8	6,6

Condición de ocupación		
N°	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	22	18,2
Estudiante	18	14,9
Trabajador Estable	22	18,2
Eventual	32	26,4
Sin Ocupación	25	20,7
Jubilado	2	1,7
Tipo de familia		
N°	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	33	27,3
Nuclear Modificada	36	29,8
Nuclear Reconstruida	5	4,1
Extendida	15	12,4
Extensa Modificada	20	16,5
Atípica	12	9,9

Fuente: Personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

Las personas encuestadas en el estudio estuvieron conformadas por 260 pacientes que reciben tratamiento farmacológico contra la tuberculosis en sus diferentes esquemas. Se determinó que el promedio de edad es de 38,72 (\pm 18,279) años; siendo la edad mínima registrada 15 años, y la máxima edad registrada 102 años. Respecto al sexo, la muestra presenta 107 personas 41,2 % de sexo masculino y 153 personas 58,8 % es de sexo femenino.

La observación del estado civil da cuenta que la mayoría de integrantes de la muestra, equivalentes a 129 personas, son solteros el 49,6%, seguidos en número por aquellos que son convivientes con el 28,1%, equivalentes a 73 personas. De igual manera, se dio encontró que existen 39 (15,0%) personas casadas, 10 (3,8%) personas viudas y 9 (3,5%) personas divorciadas.

Con referencia al tipo de familia de los encuestados, se observa que 63 (24,2%) personas poseen una familia nuclear; dicha cantidad se repite en aquellos que poseen una familia nuclear modificada (24,2%), asimismo 8 (3,1%) personas poseen una familia nuclear reconstruida. Por otra parte, 38 (14,6%) personas poseen una familia extendida; 39 (15,0%) personas poseen una familia extendida modificada y, por último, 49 (18,8%) integrantes de la muestra poseen una familia atípica.

Anexo B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buen día soy egresada de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener. Estoy realizando un estudio para conocer el Riesgo Familiar Total y la adherencia al tratamiento que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, para ello pido tu apoyo.

Antes de decidir si participas o no, debe conocer la siguiente información:

Nombre de los investigadores:

Perez Cahuaza Gaby y Ocon Tribeño Lady

Título del proyecto: Riesgo Familiar Total y Adherencia al tratamiento en personas con Tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac 2018.

Propósito: Determinar la relación entre el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se pedirá responder el cuestionario sin ocasionarle ningún gasto económico.

Confidencialidad: Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o tus resultados del análisis), solo lo sabrán las personas que están realizando el estudio.

Participación voluntaria: Quiere decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tú decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, puedes retirarte en cualquier momento, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Consultas posteriores: Si tuvieras alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o tus derechos como participante en la investigación, puedes consultar directamente con los responsables del estudio. Si quieres saber acerca de los resultados del estudio puedes contactarme: perezcahuaza@gmail.com o lady.ocon@gmail.com

He leído y comprendido.

Yo, voluntariamente firmo esta carta de asentimiento informado y acepto participar en el estudio.

Fecha: Noviembre del 2018.

Firma

Apellidos y nombres del participante

Firma de los investigadores:

Lady Ocon Tribeño
N° DNI: 47008082

Gaby Pérez Cahuaza
N° DNI:

Anexo C: Instrumentos de Recolección de Datos

CUESTIONARIO RIESGO FAMILIAR TOTAL (RFT 5:33)

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería: Ocon Tribeño Lady y Pérez Cahuaza Gaby, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la relación entre el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018. Pedimos su colaboración para que nos facilite los datos necesarios que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

1. Datos generales:

Edad en años del entrevistado:

Cuantos niños menores de 5 años tiene Ud.:

Sexo del entrevistado: a. Femenino () b. Masculino ()

Estado Civil:

a. Soltero () b. Casado () Conviviente () d. Divorciado ()
e. Viudo ()

Grado de instrucción:

a. Sin instrucción () b. Primaria () c. Secundaria () d. Técnico ()
e. Profesional ()

Condición de ocupación:

a. Ama de casa () b. Estudiante () c. Trabajador estable () d.
Eventual ()
e. Sin Ocupación () f. Jubilado ()

Tipo de familia:

Tipo 1: a. Nuclear () b. Nuclear modificada () c. Nuclear reconstruida ()

Tipo 2: a. Extendida () b. Extensa modificada () c. Atípica ()

- I. Evaluación del Riesgo Familiar Total:** A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando con un (X) la respuesta que usted considere. Si Ud. tuviera alguna duda, preguntar a la persona a cargo de la entrevista.

Nº	A. Condiciones psicoafectivas	Sí	No
1	Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
3	Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
4	La familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
5	Privación afectiva (falta afecto), desprotección		
6	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos		
7	Divorcio o separación conyugal		
8	Fuga de menores o abandono de hogar (padre o madre)		
9	Enfermedad mental (intento de suicidio, depresión, etc.)		
10	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, drogas, otros)		
	B. Prácticas y servicios de salud		
11	Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema no acude a la farmacia, acude a la abuela, alguna familiar)		
12	Ausencia de información sobre servicios de salud		
13	Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer		
14	Manejo inapropiado de control médico general/nutricional		
15	No detección de riesgo familiar (no percibe los riesgos)		
16	Manejo inapropiado de salud dental		
	C. Condiciones de vivienda y vecindario		
17	Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
18	Condiciones insalubres del vecindario		
19	Higiene y organización deficiente del hogar		
20	Ausencia de servicios públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüe, inadecuada iluminación)		
21	Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		
	D. Situación socioeconómica		
22	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
23	Pobreza: Ingreso menor que NBS		
24	Falta de recreación de la familia		
25	Falta de seguridad en actividad de menores		
26	Problemas de salud no controlados o resueltos		
27	Inaccesibilidad a servicios de salud		
	E. Manejo de menores		
28	Tiene más de cuatro hijos menores de 12 años		
29	No escolaridad de menores de 12 años		
30	Manejo inapropiado de EDA IRA		

31	Falta de seguridad en actividad de menores		
32	Presencia de riesgo en niños de 1 a 12 años (problemas de conducta y adicción)		
33	Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

Test de Adherencia al tratamiento

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

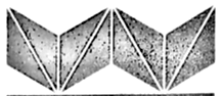
Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería: Ocon Tribeño Lady y Pérez Cahuaza Gaby, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la relación entre el Riesgo Familiar Total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rímac, 2018. Pedimos su colaboración para que nos facilite los datos necesarios que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

		Sí	No
1	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
2	¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?		

Anexo D: Carta de presentación al director general de Redes Integradas de Salud Lima Norte



**Universidad
Norbert Wiener**

Lima, 23 de octubre de 2018

CARTA N° 08-10-01/2018/DFCS/UPNW

Director
Dr. Augusto Magno Tarazona Fernandez
Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

Presente.-

De mi mayor consideración:

Mediante la presente le expreso el saludo institucional y el mío propio y al mismo tiempo solicito a usted la autorización a las bachilleres Perez Cahuaza, Gaby y Ocon Tribeño, Lady; perteneciente a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de esta casa de estudios, para poder llevar a cabo su proyecto de investigación titulado: "Riesgo familiar total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a establecimiento de salud públicos del primer nivel de atención en el distrito del Rimac 2018".

Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,


Dr. Fabrick Albert Palacios
DIRECTOR (E) DE LA ESCUELA ACADÉMICO
PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Anexo E: Circular N° 017, MINSA/DIRIS. LN/6



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

CIRCULAR N° 017-2019- MINSA/DIRIS.LN/6

A : Médicos Jefes de los Centros de Salud:
CSMI Rímac, CSMI Piedra Liza, C.S. Ciudad y Campo, P.S. Villa Los Ángeles, P.S. Mariscal Castilla, C.S. Leoncio Prado, C.S. San Juan de Amancaes, C.S. Flor de Amancaes, C.S. Caqueta

Asunto : Presentación de estudiantes para ejecutar trabajo de investigación

Referencia : Exp. 52405-2018

Fecha : Independencia, 23 ENE 2019

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, sírvase brindar las facilidades necesarias a las Bachilleres Pérez Cahuaza Gaby y Oncon Tribeño Lady perteneciente a la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener, para desarrollar su trabajo de Tesis "Riesgo familiar total y adherencia al tratamiento en personas con tuberculosis que acuden a Establecimientos de Salud públicos del primer nivel de atención en el Distrito del Rímac 2018".

Sin otro particular, me despido

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA
M.C. Lily Gianina Reyes Soria
CMP 23717
Directora Ejecutiva

LGRS /LCHG/mcb

c.c.
Archivo

www.dirisilimanorte.gob.pe

Calle A Mz. 02 Lt. 03
Asoc. Víctor Raúl Haya de la
Torre, Independencia. Lima 28.
Peru.Telef. 2011345-134-135

Buscar

LUZ CHAN CACCIRI

Correo Contactos Agenda Tareas Maletín Drive^{beta} Preferencias Trabajo d
Cerrar Responder Responder a todos Reenviar Archivo Eliminar Spam Acciones

**Trabajo de Tesis Escuela de Enfermería U. N. Wiener**

De: LUZ CHAN CACCIRI

Para: centromaternorimac p60 cs-piedraliza scalmety cs ciudadycampo villalasang mariscal castilla vrrar:
cssjdeamancaes dracano59 csflor1 jfgonzalesb cs caqueta betalleluz

CC: LUZ CHAN CACCIRI luzchan LILY REYES SORIA

Trabajo de Inve...on U.N. Wiener.pdf (46,6 KB) [Descargar](#) | [Maletín](#) | [Eliminar](#)

Buenas tardes Señores Médicos Jefes

Adjunto al presente el Circular N° 017-2019-MINSA/DIRIS.LN/6 sobre desarrollo de trabajo de tesis, escuela de enfermería de la Universidad Norbert Wiener.

Gracias

Equipo de Docencia e Investigación

Anexo F: Aprobación del Comité de Ética



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN**

Lima, 07 de Diciembre del 2018

Investigadoras

PEREZ CAHUAZA, GABY

OCON TRIBEÑO, LADY

Exp. N° 0020-18

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité de Ética, titulado:

RIESGO FAMILIAR TOTAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO DEL RIMAC 2018

Al respecto se informa lo siguiente:

El planteamiento del estudio y la metodología propuesta para la evaluación de los resultados, son apropiados para el proyecto.

Conclusión

El proyecto con expediente 0020-2018. Está aprobado por el Comité de Ética Institucional para la investigación en salud de la Universidad Privada Norbert Wiener.

Nos es propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente



Dr. Alfredo Lora Solf
PRESIDENTE
Comité de Ética para la Investigación
CVR 6695 RNE 0186