



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RIESGO FAMILIAR TOTAL Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA FARMACOLÓGICA EN PERSONAS  
AFECTADAS CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE  
SALUD HUÁSCAR XV- 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

LINO CHAHUA, VICTORIA LADY

SALDARRIAGA SARANGO, JORGE

**LIMA – PERÚ**

**2018**



## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, porqué creyeron en nosotros, por sacarnos adelante, brindándonos ejemplos signos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy podemos ver alcanzar nuestra meta, ya que siempre estuvieron incentivándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a dios por darnos la sabiduría para poder realizar este estudio, agradecer a nuestros padres por brindarnos su comprensión y amor, por otro agradecer a nuestra asesora de tesis la Dra. Rosa Eva Pérez Siguas por su infinita compañía, comprensión y paciencia, brindada en el proceso de nuestra investigación.

**ASESOR DE TESIS**

**Dra. Pérez Siguas, Rosa Eva**

## **JURADOS**

**Presidente:** Dr. Patrick Albert Palmieri

**Secretaria:** Mg. Anika Remuzgo Artezano

**Vocal:** Mg. Wilmer Calsin Pacompia

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ASESOR DE TESIS.....	v
JURADOS.....	vi
ÍNDICE.....	7
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	10
ÍNDICE DE ANEXOS.....	11
RESUMEN .....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
1.4 OBJETIVO .....	21
1.4.1 Objetivo General .....	21
1.4.2    Objetivos Específicos .....	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	22
2.1 ANTECEDENTES.....	22
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	22
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	24
2.2 Base teórica .....	30
2.2.1 Familia .....	30

2.2.2. Tuberculosis pulmonar .....	34
2.2.3 Riesgo familiar total .....	35
2.2.4 Adherencia a la terapia farmacológica .....	37
2.2.5 Teorías de Enfermería .....	41
2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA .....	47
2.4 HIPÓTESIS.....	48
2.5 VARIABLES .....	48
2.5.1 Operacional de variables .....	49
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	52
3.2.1 Criterios de Inclusión:.....	52
3.2.2 Criterios de Exclusión: .....	52
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	53
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	55
4.1 RESULTADOS.....	55
4.2 DISCUSIÓN .....	61
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
5.1 CONCLUSIONES .....	66
5.2 RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018 .....	60
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Riesgo familiar total en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud “Huáscar XV” – 2018.....	57
Gráfico 2. Riesgo familiar total según dimensiones en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018 .....	58
Gráfico 3: Adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	59

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Tabla de las características sociodemográficas en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud “Huáscar XV” – 2018.....	78
Anexo B: Relación entre la dimensión condiciones psicoafectivas y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	80
Anexo C: Relación entre la dimensión prácticas o servicios de salud y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	81
Anexo D: Relación entre la dimensión vivienda - vecindario y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	82
Anexo E: Relación entre la dimensión situación socioeconómica y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	83
Anexo F: Relación entre la dimensión manejo de menores y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.....	84
Anexo G: Instrumento de recolección de datos Riesgo Familiar total.....	85
Anexo H: Instrumento de recolección de datos Test de adherencia.....	88

Anexo I: Consentimiento Informado.....	89
Anexo J: Permiso.....	90
Anexo K: Certificado .....	91

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018. **Material y Método:** El enfoque del estudio fue cuantitativo, tipo correlacional, la población fue de 145 pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos fueron dos cuestionarios: el RFT 5-33 creado por Pilar Amaya y el cuestionario de Adherencia de Morisky. **Resultados:** El 35.9% de la población tuvo una edad entre los 15 a 33 años y el 35.2% entre los 34 a 51 años; el 50.3% era de sexo femenino y el 49.7% de sexo masculino; respecto al grado de instrucción, el 75.2% tenía secundaria y el 10.3% solo primaria; respecto al tipo de familia, el 56.6% pertenecen a una familia nuclear, el 39.3% a familia extensa, el 2.8% a nuclear modificada; el 0.7% cuentan con parejas; 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. **Conclusión:** No existe relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018 (Chi-cuadrado p valor: = 0,597). **Palabras claves:** “Adherencia a la terapia farmacológica”, “Riesgo familiar total” “familia”.

## ABSTRACT

**Objective:** determine the relationship between total family risk and adherence to pharmacological therapy in people affected with tuberculosis from the health center "Huascar XV" – 2018. **Method:** The study approach was quantitative correlational, the study population was 145 patients of the National strategy of Prevention and control of tuberculosis, the technique was the interview and the instruments used were questionnaires the RFT 5-33 created by Pilar Amaya and the adherence questionnaire by Morisky. **Results:** The most prominent sociodemographic characteristics with respect to age were the 35.9% they oscillate between 15 to 33 years, 35.2% from 34 to 51 years old; about the patients gender the 50.3% female and 49.7% male, likewise in the degree of instruction the 75.2% high school complete , 10.3% high school incomplete., 49.7%, finally the type of family 56.6% belong to a nuclear family, 39.3% extended family, 2.8% nuclear modified, 0.7% have couples, with respect to total family risk, 85% belong to threatened families, 14% families with high risk and 1% of families with low risk, , with respect to the variable pharmacological adherence to treatment, 86% are not adherent and 14% are adherent. **Conclusión:** there is no relationship between total family risk and adherence to pharmacological therapy in people affected with tuberculosis at the health center "Huascar XV" – 2018 (Chi-squared p valor: = 0,597). **Key words:** "Adherence to pharmacological therapy", "Total family risk" "family".

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tuberculosis pulmonar es una patología respiratoria producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente a los pulmones diseminándose a otros órganos. Es una enfermedad muy antigua, en la actualidad en el Perú y en diversos países dicha patología continúa causando problemas en la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tuberculosis sigue siendo el principal causante de morbilidad por enfermedad infecciosa en el mundo, siendo así ha sido declarada como emergencia mundial (1).

Dicha patología es una epidemia global, la cual cada vez más va en ascenso, representando un gran problema de control para las instituciones como para los profesionales del sector salud; se debe entre otros factores a la falta de eficiencia de los servicios de salud, la cual exige que sean eficientes en la detección y curación de los casos (2).

La Organización Mundial de la Salud, conceptualiza a la familia como elemento fundamental de la sociedad, la cual debe cumplir diversas funciones tales como económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual, siendo de gran importancia en la valoración del comportamiento de la familia; que sean capaces de resolver sus propias carencias tales

como materiales y espirituales. Por ello, la solución a la problemática familiar se debe ver desde un punto de vista distinto; es así que la familia como grupo pertenece a la sociedad, en la cual se puede apreciar que los miembros de la familia poseen un vínculo tan estrecho que al sufrir cambios uno de sus miembros trae como consecuencia modificaciones dentro de la familia (3).

Asimismo, sostiene; que, en el ámbito mundial, la familia es reconocida como el círculo primordial en la salud, considerando a la familia como un contexto social en el que ocurre y se resuelve el proceso de salud enfermedad (4).

Por ello el enfoque de riesgo familiar, se fundamenta mediante un estudio de la Organización Mundial de la Salud; donde se puntualiza el factor de riesgo como un evento averiguable de un grupo de personas o una persona, el cual tiene la posibilidad de desplegar un proceso mórbido y se puede aplicar en un sistema familiar y personal (5).

Es así que el actual régimen público sostiene que la familia es el centro fundamental para el apoyo de la salud, esto ha generado que se adopte un enfoque de salud familiar, el cual sugiere que los procesos de intervenciones abarquen desde la detección inicial en el individuo y grupo hasta la fase de rehabilitación a las familias que están con alto riesgo de salud (6).

Por consiguiente, se viene observando que la crisis y las condiciones socioeconómicas a nivel mundial están afectando de forma negativa a la sociedad, lo que no es un hecho favorable, sino también es un problema permanente; por lo que los miembros de las familias son afectados, produciéndose cambios en todo el círculo familiar, aún más si la tecnología y los avances científicos han alterado la conducta de toda la familia, tradiciones, costumbres, etc. Actualmente existen comportamientos como violencia conyugal, maltrato infantil y juvenil que vienen produciendo

daños físicos y psicológicos en las víctimas de maltrato, dejando secuelas a lo largo de su vida (7).

De esta manera, uno de los factores que favorece el riesgo familiar total es la crisis económica, siendo una problemática actual a nivel mundial en todas las familias; el sistema económico y la salud están ligados, por ello se relaciona con el funcionamiento de las familias. Es así que la crisis económica mundial y el aumento del costo de la alimentación básica ha generado una problemática en las familias de bajos recursos económicos, provocando alteraciones en la nutrición de los miembros de la familia; por ello en diversos países se está evadiendo las obligaciones legales en el apoyo familiar (8).

En países latinoamericanos como Perú, Venezuela y Argentina se viene abordando el tema de Riesgo Familiar Total como mecanismo de valoración familiar por parte del personal de salud; lo que se evidencia en los diversos diseños científicos y los proyectos de salud familiar (9).

Otro dato importante, se dio a conocer mediante un estudio realizado en Colombia, en familias con niños preescolares, donde el 47% tuvo un riesgo familiar alto mientras que el riesgo familiar medio obtuvo un porcentaje de 38% (10).

En la Universidad Nacional de Colombia se elaboró una investigación en familias, donde el 75% de las familias fueron categorizadas con bajo riesgo familiar. Por otro lado, en la investigación que realizó Silva, se analizó que las dimensiones más predisponentes fueron el ambiente psicoactivo, el ambiente socioeconómico y la composición familiar, un 6,5% fueron catalogadas en riesgo familiar alto (10).

Uno de los factores que predisponen al riesgo familiar total es el efecto de la crisis económica, la cual incrementa el riesgo de contraer enfermedades en cada individuo de la familia; otro es el desamparo de los procreadores

ya sea por diversos factores tales como escasez de recursos, desempleo, y otros (11).

Por otro lado, la familia tiene gran importancia en lo que respecta a la salud de pacientes, esto influye de manera positiva en el uso que se hace de los servicios sanitarios. De ahí la importancia de entender cómo la familia puede intervenir de manera positiva o negativa en la recuperación de las patologías; siendo la tuberculosis una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo (12).

Según la Organización Mundial de la Salud la tuberculosis es un problema de salud asociado a la pobreza y a las malas condiciones de vida, que sumado a las dificultades de acceso a los servicios de salud, requiere ser abordada por toda la sociedad más aun dentro de las poblaciones en riesgo como son las personas con VIH, aquellos en situación de calle, habitantes de barrios marginales de las ciudades, privados de la libertad y personas con problemas de adicción; poblaciones que generalmente tienen acceso limitado a la atención de salud y, si la tienen no siempre son diagnosticadas oportunamente de tuberculosis (13).

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la adherencia al tratamiento farmacológico prolongado es el nivel de conducta de un enfermo que se encuentra medicado; siguiendo así una dieta balanceada y modificando sus estilos de vida gracias a los consejos que el personal de salud le brinda (14).

Por ello, los pacientes que no cumplen con el tratamiento o lo abandonan, no solo desarrollan resistencia a los medicamentos sino que se convierten en potenciales fuentes de contagio de estos gérmenes resistentes (bacilos); los cuales son mucho más difíciles de combatir, es así que la tuberculosis se convierte en multidrogoresistente (MDR); por lo que, es evidente que se trata de un problema creciente en el mundo, ya que al

menos la mitad de las personas a nivel mundial están contagiadas por los gérmenes (15).

Al visitar el Centro de Salud “Huáscar XV” se pudo observar que no se han desarrollado aún estudios de Riesgo Familiar Total en personas afectadas con tuberculosis; solamente, hemos encontrado, algunos estudios relacionados a la adherencia del tratamiento.

Por lo mencionado anteriormente, vemos que existe un vacío en el conocimiento sobre este tema de investigación, por lo que consideramos que nuestro estudio será un gran aporte para tener claridad en este aspecto.

Asimismo, al interactuar con el personal de salud que labora en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud nos expresaron las siguientes interrogantes:

¿El riesgo familiar total se relaciona con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis?

¿Cuál es la adherencia de los pacientes al tratamiento antituberculoso?

¿El riesgo familiar total será alto en estas familias?

¿Cuáles son las condiciones psicoafectivas en estas familias?

¿Cuáles son las prácticas y las necesidades de servicios de salud en estas familias?

De estas interrogantes se ha delimitado y seleccionado la formulación del problema que se presenta en el acápite siguiente.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El estudio se realizó con la finalidad de conocer el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica de personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud “Huáscar XV”; asimismo, conocer si existe relación entre ambas variables.

Los resultados de esta investigación serán informados a las autoridades del centro de salud para que puedan intervenir con acciones dirigidas no solo a los pacientes sino también a las familias; para promover, mejorar, conocer y disminuir los riesgos a las que están expuestas las familias de los pacientes enfermos con tuberculosis pulmonar. Para ello, se debe tener en cuenta la importancia de cada una de las dimensiones: condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, condiciones socioeconómicas y manejo de menores.

Debido a esto se realiza la investigación antes mencionada; para que el profesional de enfermería cumpla con la prestación de la atención primaria, puesto que profesional de enfermería cumple un rol importante ya que es miembro relevante del equipo interdisciplinario; equipo donde debe aportar todo su conocimiento, centrando su atención en los pacientes, en sus familias y en las comunidades donde ambos se desarrollan y donde lidera las intervenciones.

En el aspecto metodológico, la investigación se justifica porque aporta datos actualizados que pueden ser utilizados por la comunidad científica y del mismo modo puede ser replicado.

De esta manera, mejoraremos nuestras intervenciones de enfermería que conllevará a disminuir el riesgo familiar, este estudio es un aporte a la

sociedad siendo los más beneficiados los individuos y cada integrante del grupo familiar de pacientes con tuberculosis.

## **1.4 OBJETIVO**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Describir las características sociodemográficas de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

Determinar el riesgo familiar total de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

Determinar el riesgo familiar total por dimensiones, de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

Determinar la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

Garnica Camacho Brenda, et al., en Bolivia, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Temporal”, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento de tuberculosis del programa nacional de control de tuberculosis en pacientes mayores de 18 años que asisten al Centro de Salud Temporal, durante la gestión 2011-2012. En cuanto al método fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Participaron 13 pacientes que asistieron al programa de tuberculosis en el periodo de un año en el centro en mención. En cuanto al instrumento, estuvo conformado por 3 dimensiones: cumplimiento del tratamiento farmacológico, mejorar los estilos de vida, automedicación y el compromiso médico-paciente que ayudará a determinar si los pacientes presentan una buena adherencia al tratamiento. Como resultado se obtuvo que el 60% de pacientes presentó no adherencia y el 40% de pacientes adherencia al tratamiento. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que siete de trece individuos infectados con TB se encuentran adheridos al tratamiento antituberculoso

representando un 54% en total y seis no están adheridos lo que equivale al 46% de pacientes (16).

Soto Gonzales Ana, en el año 2014, en Colombia, realizó una investigación denominada “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, 59 fueron las familias que estuvieron de acuerdo que se les aplique el instrumento de recolección de datos RFT: 5-331 y ISF: GEN-212. Como resultados se obtuvo, con respecto al Riesgo Familiar Total, que el 14 % de familias encuestadas tienen riesgo bajo; el 59 % son familias amenazadas y el 27 % son familias con alto riesgo; en cuanto a las dimensiones se encontró que el 90% pertenecen a familias amenazadas, el 10% a familias con alto riesgo; en la dimensión prácticas y servicios de salud, el 69% familias amenazadas, el 31% familias con alto riesgo, en la dimensión vivienda y vecindario, el 85% familias amenazadas, el 15% familias con riesgo alto, 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 (17).

Murcia Montaña Luz, en el año 2014, en Colombia, realizó un estudio titulado “Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis”, con el objetivo fue evaluar el cumplimiento y el índice de adherencia al egreso de los pacientes diagnosticados con TB pulmonar que ingresaron a tratamiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre del 2012. En cuanto al método es un estudio

descriptivo, retrospectivo, se recolectaron los datos a los pacientes del departamento de Amazonas durante el periodo mencionado. Como resultados se obtuvo, un 83.5% de pacientes egresados fueron adherentes y un 16.5% fueron no adherentes al tratamiento antituberculoso. Se llegó a las siguientes conclusiones:

Que el abandono es principal factor; por ello, es una de las causas que deben de ser observadas para poder disminuir la TB - MDR (18).

Rodríguez Alviz Eduardo y Mondragón Humberto Carlos, en el año 2014, en Bogotá, realizaron un estudio titulado “Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali”, con el objetivo de determinar la prevalencia del incumplimiento o no de adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de esta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud “Manuel Beltrán”. El modelo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Se realizó con 44 individuos que acuden a dicho centro. El test de Morisky-Green-Levine fue instrumento que utilizaron, este test ayudó a categorizar cuáles son los pacientes adherentes o no adherentes al tratamiento. Como resultados se obtuvo como resultado que el 81,8% de pacientes incumplen el tratamiento farmacológico. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que el incumplimiento de la terapia farmacológica fue muy elevada causando así un riesgo epidemiológico (19).

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Cerquin Pérez Iris, Flores Yoza Janett y Guerrero Cueto Juan, en el año 2017, en Perú, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la micro red de salud Los Olivos – 2015”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en personas con

tuberculosis de tres establecimientos de salud de la micro red de salud Los Olivos – 2015. En canto al método utilizado fue el cuantitativo con diseño descriptivo y transversal. El grupo de estudio de dicha investigación se conformó por 51 familias, se utilizó la entrevista, el cuestionario que se utilizó fue el RFT: 5-33. Como resultados se obtuvo que el riesgo familiar total se presenta en un 70.6% de familias con riesgo bajo, 25.3% de familias amenazadas y 3.9% de familias con riesgo alto. Con respecto a las dimensiones; en la dimensión psicoafectiva 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 vivienda y vecindario el 100% de 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:

Que más de dos tercios de familias presentaron riesgo bajo, más de un cuarto son familias amenazadas y un menor porcentaje de familias presentaron riesgo alto (20).

Torres Gutiérrez Sussan, en el año 2017, en Perú, realizó un estudio titulado “Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme Junio 2016”, con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud "San Cosme" - La Victoria, Junio 2016. En cuanto al método es un estudio de tipo cuantitativo, método correlacional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 60 pacientes captados en el periodo entre enero a junio del año 2016; el instrumento utilizado fue el de apoyo familiar, un cuestionario creado por Guillen Aguirre-Osorio Cruz y también se utilizó la ficha de adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, creado por

la investigadora. Como resultados se obtuvo que en un 43.3% existe apoyo familiar para los pacientes enfermos con TB siendo este regular, seguido de muy bueno con 33,3% y malo con 23,3%; con respecto a la adherencia tuvo un puntaje de 45 % y la no adherencia de 55 %. Se llegó a la conclusión:

Que si existe relación alguna entre las dos variables de estudio (21).

Neyra Sifuentes Liz, en el año 2017, en Perú, realizaron un estudio titulado “Adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud San Juan de Dios Pisco Enero 2017”, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento antituberculoso de pacientes que acuden al Centro de Salud San Juan De Dios Pisco Enero 2017. En cuanto al método fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte trasversal; el estudio se llevó a cabo con 31 individuos que presentaron problemas con la enfermedad en estudio; la recolección de datos fue mediante la encuesta, utilizaron el cuestionario en escala de Likert, el cual fue previamente validado a través de juicio de expertos (0.008), cuya confiabilidad fue demostrada por el coeficiente Alfa de Cronbach (0.71). Como resultados se obtuvo que la adherencia al tratamiento fue buena en las dimensiones: tratamiento farmacológico, indicaciones de seguimiento y equipo de salud alcanzando el 45%(14), 68%(21) y 65%(20) respectivamente; en tanto para la dimensión estilos de vida fue regular 55%(17), siendo de manera global la adherencia al tratamiento buena obteniéndose un 48% (15). Llegó a la conclusión:

Que la adherencia al tratamiento antituberculoso en individuos infectados con el bacilo de dicho establecimiento de salud en enero 2017 es con tendencia de regular a mala; por tanto, se acepta la hipótesis planteada (22).

Castañeda Navarrete Andrea, Sánchez León Dunia, Manchego Quispe Milagros y Musayón Oblitas Flor, en el año 2016, en el Perú, realizaron

un estudio titulado “Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la Micro Red de Salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho”, con el objetivo de determinar la efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes nuevos con tuberculosis sensible al tratamiento, en la Micro Red de Salud Jaime Zubieta Calderón durante los meses de octubre 2013 hasta agosto 2014. En cuanto al método es un estudio cuasi experimental con grupo control histórico. La muestra fue de 30 pacientes nuevos con diagnósticos de TB sensible, los controles se tomaron teniendo los mismos criterios de inclusión y el periodo de tiempo fue durante los meses de octubre 2012 a setiembre 2013, obteniéndose 72 controles. En cuanto a los instrumentos, para la recolección de datos se realizó a través de la asistencia y toma de fármacos de cada uno. Los resultados la tabularon en el programa Excel 2010, posteriormente analizados en el programa SPSS versión 22, cuyo resultado generó un cuadro de homogeneidad donde se evidenció un nivel de significancia estadística de 4.62, siendo el valor de  $p=0.032$ . El grupo intervenido obtuvo 100% de adherencia, a diferencia del grupo control histórico que tuvo una adherencia de 86 %, se evidenció un incremento del 14% a lo esperado. Llegaron a las conclusiones:

Que la consejería de enfermería es efectiva para el mejoramiento a la adherencia a la terapia farmacológica en personas infectadas con TB sensible. Además, favorece la asistencia diaria a la toma del tratamiento, citas médicas, nutrición y enfermería (23).

Becerra Cubas Wister, Díaz Parga Juana y Rocha Durand Juan, en el año 2015, en el Perú, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II los Olivos – 2013”, con el objetivo de determinar el Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los

Olivos – 2013. En cuanto al método es un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal, se entrevistaron a todas las familias que viven en dicho asentamiento. Se utilizó el cuestionario RFT: 5 -33 a un individuo de la familia. Como resultados se obtuvo que las familias nucleares fueron las que predominaron con un total 55 familias obteniendo un porcentaje (52.9 %), con respecto al riesgo familiar total se encontró un 39.4% de familias con bajo riesgo, el 46.2% fueron familias amenazadas y el 14.4% familias con riesgo alto. Según las dimensiones, se encontró que en la dimensión psicoafectiva el 89.4% pertenecen a familias amenazadas, el 10.5%, en la dimensión prácticas y servicios, el 75% familias amenazadas y el 25% con riesgo alto; la dimensión vivienda y vecindario, el 79.8% familias amenazadas, el 20.2% familias con riesgo alto; en la dimensión socioeconómica, el 89.3% familias amenazadas y el 10.7% familias con alto riesgo; dimensión manejo de menores, el 95.1% familias amenazadas y el 4.9% familias con alto riesgo. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que, en su totalidad, la mayoría de las familias son amenazadas (24).

Cabello Huayta Erica, Francisco Yanga Jesusa y Mayta Guanilo Silvia, en el año 2015, en Perú, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población fueron las 60 familias de los niños que asisten a dicha institución educativa, mediante una conversación con un miembro de la familia se recopiló los datos importantes, esta conversación tuvo una duración de aproximadamente 30 a 45 minutos y el instrumento que se utilizó fue el RFT: 5-33 de Pilar Amaya que cuenta con 5 dimensiones y 33 ítems; el puntaje para evaluar el instrumento es de 0 cuando no presenta riesgo y 1 cuando presenta

riesgo y ninguna de las anteriores. (No aplica exclusivo para ítems de manejo de menores). Como resultados se obtuvo, del total de encuestados 38 familias presentaron un riesgo familiar total alto obteniendo un porcentaje de 63.3% y 22 familias estuvieron en la categoría de amenazadas teniendo un porcentaje de 36.7%. Dentro de las dimensiones con mayor riesgo se llegó a la conclusión que la segunda dimensión conformada por 41 familias presentaron un nivel alto con 68.3%; entre las dimensiones de condiciones psicoafectivas y condiciones de vivienda y vecindario fueron 25 (41.7%) familias que presentaron un nivel de alto riesgo. Tenemos que 43 familias nucleares fueron las que predominaron con un total de 71.7%. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que las familias con niños preescolares de dicha institución se encuentran en riesgo familiar total alto y la dimensión con más alto riesgo es práctica y servicios de salud (25).

Suarez Ponce Catherine, en el año 2014, en el Perú, realizó una investigación titulada “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de adherencia al tratamiento y la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Max Arias Schneider. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. Los 70 enfermos que asisten a dicho establecimiento fueron las personas encuestadas. Como resultados se obtuvo que el 46 % de enfermos muestran un nivel intermedio, el 28% un nivel alto y el 2% un nivel bajo a la adherencia a la terapia farmacológica. Llegó a la conclusión:

El nivel medio fue el nivel predisponente para la adherencia al tratamiento en los enfermos infectados con dicha patología, esto quiere decir que los enfermos llevan un control de manera incompleta (26).

López Ríos Atenas y Vásquez Soplín Letti, en el año 2013, en Perú, realizaron un estudio titulado “Variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de julio y Triunfo del distrito de Belén”. Fue una investigación descriptivo transversal cuyo objetivo fue determinar las variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén, 2013. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, fueron 237 familias a quienes se encuestó con el test de percepción del funcionamiento familiar, escala de riesgo familiar y escala de apoyo familiar. Como resultados se obtuvo que el 55,30% son familias nucleares, 62,40% en etapa de consolidación, 32,90% con hijos adolescentes; con respecto al riesgo total familiar se encontró que el 46.4% pertenecen a familias con riesgo alto, el 56.6% a familias moderada y el 0% familias con bajo riesgo. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que la falta de evaluación dental es uno de los riesgos predominantes en todos los ciclos vitales, especialmente en los adultos intermedios (70,5%), seguidos de niños y adultos jóvenes. Algunos riesgos familiares se incrementan según se avanza en edad, el consumo de alcohol es informado en la adolescencia (21,1%), adulto joven (50,2%) y adulto intermedio (50%). El consumo de tabaco es reportado por adolescentes (6,8%), adultos jóvenes (31,2%) y adultos intermedios (46%). Las variables que mostraron asociación con los riesgos familiares fueron la edad del jefe de familia, remuneración económica, funcionalidad familiar y apoyo social (27).

## **2.2 Base teórica**

### **2.2.1 Familia**

#### **A. Concepto de familia**

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la familia son los descendientes o los integrantes que lo conforman, que tengan

parentesco entre sí, tales como: por grupo sanguíneo, adopción o matrimonio, grado de parentesco, dado que el límite de parentesco dependerá del beneficio que se le otorga a cada miembro de la familia.

Por otro lado, la Organización de la Naciones Unidas refiere que la familia es un grupo de individuos que presentan un nivel de semejanza sanguínea, adoptiva, etc., siendo así restringido por los jefes de hogar.

Por otro lado, el Ministerio de Salud sostiene que la familia pertenece al ámbito en el cual el sujeto sigue un ciclo de vida, de esta forma se crea y evoluciona, en la cual realiza un vínculo entre el sexo masculino con el sexo femenino; por lo que se da la formación, donde la familia es querida y está apta para seguir siendo la raíz de la comunidad.

Autores como Sinche y Suarez sostienen que la familia es la unidad de la sociedad, lo que se aprecia en diferentes sistemas tales como: sociales, culturales, jurídicos y políticos; por ello, el estereotipo de la familia biparental. Asimismo, esta sociedad es aceptada en diversas culturas como una gran estructura familiar.

La familia es toda persona vinculada por el matrimonio o parentesco o en algunos casos que tengan antecesores comunes, de una tribu, entre otros; es un conjunto de seres pensantes o miembros unidos por relaciones sanguíneas o de parentesco emocionales (28).

Sigüenza refiere que la familia no es tarea fácil, pues se extiende a todas las ciencias, contextos y enfoques en los que sea analizada, generando dificultad en establecer unívocamente su significado preciso, ya sea porque el fonema "familia" en cualquiera de sus etapas encierra conceptos muy diferentes, vinculados todos ellos a

definiciones personales, sociales, antropológicas, psicológicas, etc., o simplemente por el surgimiento de nuevas tipologías familiares cada una con composiciones y funciones diferentes entre ellas (29).

Por otro lado, autores como Hernández, Triana y Rodríguez definen que la familia es toda organización social que representa una fuerza significativa a la adaptación del niño o de la sociedad, por ello distintas entidades como la Organización Mundial de Salud sostienen que es el eje fundamental transmisor de conocimientos, valores, entre otros; por lo que suele tener efectos en la vida emocional de cada miembro de la familia (30).

Según Minuchin, la familia es considerada como el apoyo primordial para poder conformar una sociedad, la familia conforme se desarrolla hace frente a diferentes situaciones que difieren en cuanto a las influencias culturales; sin embargo, las familias presentan características universales. La familia ha ido experimentando cambios análogos a nivel social, ha establecido sus funciones y las funciones de los miembros que la componen como un método de respuesta ante las exigencias culturales. En este sentido la familia cumple con dos objetivos fundamentales; uno interno brindando protección psico-social a cada uno de sus miembros y un externo que hace referencia a la adaptación a una cultura (31).

## **B. Tipos de familia:**

Según los autores Sinche E. y Suarez M., sostienen que los tipos de familias son:

- **Familia nuclear:** Constituida por ambos padres biológicos y los hijos. Se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad (28).

- **Familia nuclear modificada:** Comprenden las familias donde solo está el padre o la madre con los hijos; pueden ser hijos de diferentes uniones. (28).
- **Familia nuclear reconstruida:** Familia donde hay parejas, pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastros o madrastras.
- **Familia extensa:** Está compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos.
- **Familia extensa modificada:** Es aquella en la que además de los padres e hijos, están vinculados con otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos: tíos, primos de los padres o sobrinos. También puede ser personas de la generación de los abuelos o nietos con o sin la presencia de los padres.
- **Pareja:** Está compuesta únicamente por dos personas que mantienen una relación de tipo conyugal, estén casados o en unión libre (28).
- **Familia atípica:** Su composición no se enmarca en ninguna de las anteriores tipologías pueden ser parejas o grupos de personas con o sin lazos consanguíneos.

### C. Componentes de la familia:

Asimismo, autores como Sinche E. y Suarez M. sostienen que la familia está conformada por los siguientes factores:

- **Miembros individuales:** Cada familia está conformada por individuos que tienen necesidades básicas.

- **Vivienda y entorno físico:** Cada familia necesita una vivienda donde habitar para poder realizar actividades diarias y un entorno físico con elementos protectores para la salud del entorno familiar.
- **Grupo familiar:** La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo (28).

### 2.2.2. Tuberculosis pulmonar

#### A. Definición de tuberculosis

La tuberculosis es una patología infectocontagiosa, la cual es causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que para controlarlo y lograr una curación de quien la padece, es necesario suministrar el tratamiento antituberculoso, que actualmente y debido a las necesidades de las personas que la padecen se ha denominado Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), su duración es de 6 meses en su primera fase, siendo que cuando existen cepas multidrogoresistente llega a durar hasta 2 años aproximadamente (32).

#### B. Factores de riesgo

El termino factor se conceptualiza como una posibilidad para un acontecimiento posterior. Por ello, el factor de riesgo implica que existe un motivo visible para que un individuo o conjunto de individuos puedan sufrir o desencadenar a un proceso patológico.

Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo del TB más destacados son:

- El aumento de los pobladores en las zonas urbanas marginales donde generalmente existen personas con bajos

recursos económicos y la aglomeración de manera excesiva de personas

- La falta de programas de control de dicha enfermedad
- El aumento de pacientes con la enfermedad del VIH/SIDA
- La resistencia de los fármacos al bacilo tuberculoso
- Causas asociadas al estilo de vida como la drogadicción, fumadores excesivos, alcoholismo (33).

### **2.2.3 Riesgo familiar total**

#### **A. Definición de riesgo familiar total**

Según Amaya el riesgo familiar total forma parte probabilística de la vulnerabilidad, tanto en lo dinámico como en lo individual; por ello no implica necesariamente daño, sino una probabilidad de ocurrencia de este.

Asimismo, da a conocer que el riesgo familiar total implica decir que pueden ocurrir problemas ya sea a nivel familiar y/o personal, esto se debe a la existencia de algunos factores al instante de la valoración, cuyo riesgo influye en el aspecto biopsicosocial y proactivos tanto en las prácticas y servicios de salud, el cual involucra el eje familiar (34).

Por otro lado, Soto define que el riesgo familiar es la familia como función de parámetros, el cual compromete a cada uno de miembros que lo conforman, por ello trae como consecuencias riesgos comunes como biológicos, ambientales, modo de vivencia de los miembros de familia y la disponibilidad de su salud (35).

Asimismo, Pérez refiere que el riesgo es la elevación de las probabilidades que trae consigo las consecuencias adversas, por lo que la presencia de una de ellas define la causa como un hecho probable o asegurable de un individuo o grupo de individuos a la probabilidad de desencadenar una enfermedad (36).

Se entiende por riesgo familiar total, a las posibilidades de secuelas tanto personales como familiares, esto se debe a que existen servicios de salud, que logran involucrar a la familia como unidad (34).

## B. Dimensiones de riesgo familiar total

Según Amaya, para medir el riesgo familiar total se realiza mediante 5 dimensiones, tales como:

- **Condiciones psicoafectivas:** esta dimensión nos quiere decir que dentro de las familias pueden existir conflictos: como riñas entre los miembros de familia o pueden existir factores condicionantes a este, como por ejemplo el uso de drogas.
- **Servicio y prácticas de salud:** esta dimensión nos quiere decir que existe accesibilidad al servicio de salud.
- **Condiciones de vivienda y vecindario:** esta dimensión nos refiere que existen factores ambientales dentro de las viviendas y vecindarios; por lo tanto, existe una buena organización, por ello seguridad, distribución de espacio e higiene y salud ambiental.
- **Situación socioeconómica:** se expresa mediante los ingresos de la familia, así como por las necesidades básicas de salud, educación y recreación de los miembros de la familia.
- **Manejo de menores:** es la presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos (34).

## **2.2.4 Adherencia a la terapia farmacológica**

### **A. Definición de adherencia**

La adherencia a la terapia farmacológica implica que el enfermo lleva un régimen de la medicación indicada; por lo tanto, el enfermo lleva un curso progresivo de la toma de fármacos indicados por el profesional de salud por el periodo que sea necesario. Los médicos también realizan una batería de análisis, exámenes de control cada cierto tiempo; por ello, se puede evidenciar que existe un manejo adecuado de la tuberculosis, teniendo en cuenta que esto es un deber y un derecho de las personas infectadas con el bacilo tuberculoso. Asimismo, se llega a la conclusión que la adherencia es de suma importancia porque dicha enfermedad es curable siempre y cuando el enfermo continúe su tratamiento. Además, podemos decir que la “No adherencia” es lo contrario a lo ya mencionado; esto quiere decir, que el enfermo por factores externos (la falta de compromiso, desidia, entre otros) no sigue el régimen terapéutico, extendiéndose el tratamiento. Se llega a la conclusión que este comportamiento de “No adherencia” es una problemática en el seguimiento de la tuberculosis teniendo en cuenta que los pacientes pueden llegar a presentar grandes secuelas, alargar el tratamiento y empeorar su salud llegando a la muerte.

### **B. Factores condicionantes a la adherencia**

Existen diferentes motivos para que un paciente infectado con TB no lleve un buen régimen terapéutico. El personal que labora y el estado del establecimiento de salud juegan un rol primordial en la adherencia al tratamiento antituberculoso por parte de los pacientes. En la valoración de enfermería el personal obtiene información necesaria para poder detectar los factores de riesgo que promueven la no

adherencia, siguiendo así con el abandono al tratamiento. A continuación, mencionaremos algunos factores:

- **Factores del servicio:** Para que exista una buena adherencia al tratamiento se solicita de un personal que tenga empatía, que este motivado y adecuadamente entrenado, que se encargue de la inspección y manejo de dicha patología. Uno de los principales factores para que el enfermo no tenga una buena adherencia al tratamiento es que personal no este adecuadamente instruido para dicha atención; por ello, el enfermo pierde la confianza y el respeto al servicio brindado, dificultando su adherencia.
- **Falta de confidencialidad:** En la actualidad la tuberculosis es muy estigmatizada, por lo que resulta indispensable la confidencialidad hacia las personas con TB, inclusive con ciertas personas que presumen estar enfermos. Al hacer caso omiso a la confiabilidad se puede estimular al abandono al tratamiento.
- **Falta de medicamentos e insumos de Laboratorio:** Se dice que las personas infectadas con la tuberculosis tienen derecho a la atención, al tratamiento y a los exámenes auxiliares gratuitos; en algunos casos, los fármacos y los productos que se usan para realizar los exámenes auxiliares son escasos con lo que se dificulta y abandonan el tratamiento.
- **Ambiente inadecuado:** Dentro de las medidas de prevención y control de la tuberculosis se requiere tener un ambiente adecuado, en algunos establecimientos de salud se puede observar que existen ambientes inadecuados puesto que son desaseados, tienen poca ventilación y están desorganizados, dificultando la atención a los pacientes; esto puede condicionar

que exista una buena adherencia con el consiguiente abandono al tratamiento.

- **Falta de personal y servicios:** El principal condicionante para que no haya una buena adherencia es la carencia de personal de salud para la atención.
- **Accesibilidad al servicio de salud:** Este factor de riesgo quiere decir que existe una carencia de cuidado de su salud que obstaculiza completar el tratamiento. Existen pacientes que laboran, por ello los horarios de trabajo pueden ser un obstáculo ya que pueden coincidir con el horario de la toma de medicamentos. En ciertos casos, para algunos pacientes el factor económico juega un papel muy importante ya que no pueden costear su transporte, exámenes auxiliares ni fármacos para los efectos secundarios, todo esto impide el cumplimiento del esquema.
- **Factores de la persona con TB:** La sintomatología en los pacientes con TB puede reducir significativamente en la primera fase, por ello algunos pacientes se sienten mejor, dejando así de seguir su tratamiento prescrito. Esto puede conllevar a que algunos pacientes se hagan más resistentes a la enfermedad y no haya una buena adherencia.
- **Falta de conocimiento y comprensión:** En algunos pacientes es muy dificultoso comprender algunos parámetros de la TB como: la prevención, control, etapas de la tuberculosis y el tratamiento en sí. Por lo consiguiente, la función principal de personal de salud es aconsejar a los pacientes usando métodos sencillos y prácticos para la orientación. Este factor desencadena falta de interés del paciente para el término del tratamiento.

- **Creencias culturales o personales:** Entre las personas afectadas con dicha patología existen creencias que pueden interferir en la adherencia al tratamiento, respecto a si la enfermedad tiene cura y en lo referente a quienes pueden ayudar en su enfermedad.
- **Falta de capacidad física y mental:** Algunos pacientes presentan riesgos potenciales para adherencia al tratamiento como los adultos mayores quienes tienen dificultad para moverse, pacientes infectados con enfermedades mentales y niños en etapas escolar.
- **El abuso de drogas y alcohol:** Existen pacientes que presentan una adicción a los narcóticos y bebidas alcohólicas, este es un factor predisponente para no brindar la prioridad necesaria al tratamiento. Estos adictos tienen una mala relación con cada miembro de su familia y su círculo de amistades, lo que perjudica el apoyo que puedan recibir de ellos.
- **Falta de motivación:** Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de TB. Las personas con TB pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas) (37).

## 2.2.5 Teorías de Enfermería

### A. Evelyn Duvall

**Teoría de desarrollo familiar:** En la teoría del modelo de desarrollo familiar se expone cómo se organiza la evolución de la familia y proporciona una guía para examinar y analizar los cambios y tareas básicas comunes en la evolución de la mayoría de las familias durante su ciclo de vida, aunque cada familia tiene características únicas y patrones normativos de evolución secuencial. Las etapas de evolución de la familia están marcadas por la edad del niño mayor, aunque existen algunas etapas que se superponen cuando hay varios niños en la familia.

- **Etapa I:** Origen de la familia, comienza con el matrimonio cuando se establece una relación mutuamente satisfactoria.
- **Etapa II:** Parto temprano, comienza con el nacimiento del primer hijo, transcurre desde que el niño es un recién nacido hasta cumplir los 3 meses.
- **Etapa III:** Familia con pre-escolar, comienza con la adaptación de los padres a las demandas, intereses y necesidades del niño pre-escolar.
- **Etapa IV:** Familia con niños escolares, comienza cuando los niños inician la escuela.
- **Etapa V:** Familia con adolescentes: Comienza cuando el niño se convierte en adolescente.
- **Etapa VI:** Salir del centro familiar, comienza cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último hijo se ha ido.
- **Etapa VII:** Edad madura de la familia, comienza después que los hijos hayan abandonado el hogar.
- **Etapa VIII:** Maduración familiar, comienza con la jubilación de uno de los esposos y continúa hasta la muerte de ambos.

**Concepto familia:** Ente dinámico en donde todos sus integrantes cambian y evolucionan. Las familias no tienen un curso lineal, son como espirales con el nacimiento de unos y la muerte de otros. Los modelos típicos de estrategias de intervención de enfermería utilizando esta perspectiva serían:

- Ayudar a las familias a entender el crecimiento individual y familiar y las etapas de desarrollo.
- Ayudar a las familias a tratar la normalidad de los periodos de transición que están entre periodos de desarrollo.

Las características básicas incluyen:

- Las familias cambian y se desarrollan en distintas formas debido a las demandas estímulo-ambientales e internas.
- Las tareas de desarrollo son metas que son trabajadas en vez de trabajos específicos que son completados de una sola vez.
- La familia es única en su composición y la complejidad de sus expectativas y posiciones de rol-edad.
- Los individuos y familia están en función de su medio histórico al igual que su contexto social actual.
- La familia puede llegar a diferentes niveles de desarrollo a través de diferentes procesos.

## **B. Betty Neuman**

La teoría de sistemas de cuidado de la salud de Neuman determinó que “la familia es vista como un subsistema de la sociedad, que es el sistema más importante”, está compuesta por subsistemas que son los miembros de la familia. El enfoque de la teoría se basa principalmente en las relaciones entre miembros individuales de la familia. El sistema familiar está expuesto a estresores que afectan su estabilidad y amenazan su estado de bienestar. Hanson y Mischke en 1996 declararon que las familias eran expuestas a estresores de

forma diaria lo cual ponía en peligro la estabilidad de la unidad familiar. La unidad familiar es influenciada cuando cualquier miembro experimenta un estresor que amenaza la estabilidad del sistema familiar.

El modelo de intervención de evaluación familiar se enfoca en:

- Bienestar/ promoción y clasificación de problemas.
- Reacciones de la familia y grado de inestabilidad.
- Restauración de la función y estabilidad familiar.

Esta teoría es un excelente ejemplo de una adaptación del marco conceptual de Neuman con base en la práctica de enfermería real. También une los metaparadigmas (Persona, Cuidado, Salud, Entorno) en relación con la prevención primaria, secundaria y terciaria”

### C. Florence Nightingale

La teoría basada en el entorno fue creada por Florence Nightingale, una enfermera considerada la madre de la enfermería moderna; esta teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas, Nightingale considera que la enfermera es la encargada de manipular el ambiente para beneficiar la salud del paciente.

Según Murray y Zenther en el año 1975 define entorno a “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte” Nightingale no utiliza el término entorno, pero definió y describió los conceptos de: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, todos estos considerados elementos del entorno; los cinco elementos esenciales de un entorno saludable son aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz.

## **Metaparadigmas/supuestos:**

- **Entorno:** Aquellos elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales del paciente.
- **Enfermería:** Responsabilidad de velar por la salud de alguien.
- **Salud:** Estado de bienestar donde se aprovechan al máximo todas las energías, Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control de entorno y la responsabilidad social (un cambio de actitud).
- **Persona:** Hace referencia a la persona como paciente, individuo que puede ser de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social y no es alguien totalmente pasivo en el proceso reparador de la enfermedad.
  
- **Familia:** No permite el total desarrollo de una persona, delimitan su camino y accionar. No quieren a la persona por lo que es o quiere ser, sino por lo que los quiere y acepta lo que le dicen, con restricciones al género femenino en su época. La familia es una institución de apoyo que sigue a sus miembros de la cuna a la tumba.

## **Relación enfermero – paciente – familia**

- **Entorno - paciente:** causante principal de la enfermedad
- **Enfermera - entorno:** atención domiciliaria. Enseñanza de cuidados
- **Enfermera - paciente:** poco definida por Florence Nightingale.

### **Paradigma de la categorización:**

La teoría y filosofía de Florence Nightingale se reflejan en relación al paradigma de la categorización, se la ubica en la orientación hacia la salud pública. Se caracteriza por principios de higiene pública, de conocimientos estadísticos comparativos y por una educación formal de formación práctica. Se basa en el cuidado del entorno como factor principal para la prevención y recuperación en las personas.

### **D. Sor Callista Roy**

**Teoría de adaptación:** El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación. Como teoría de enfermería tiene unas premisas filosóficas y científicas que relacionan específicamente a la persona y al mundo en el cual interactúan. Utilizó otras teorías para realizarlo, la teoría general de sistemas de A. Rapaport y la teoría de adaptación de Harry Helson.

Es una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades.

Estos cinco elementos dependen de tres clases de estímulos:

- Focales, a los que se enfrenta la persona de manera inmediata.
- Contextuales, que son los demás estímulos presentes.
- Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Al igual considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológica, auto concepto o auto imagen, desempeño de funciones (el dominio de un rol o papel) y relaciones de interdependencia.

### **Relaciones de aplicación de la teoría:**

- **Enfermero - paciente:** El/la Enfermero/a debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación, ya sea en la salud o en la enfermedad. La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o el mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.
- **Paciente - enfermero:** paciente que recibe los cuidados enfermeros. Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.
- **Entrada:** son los estímulos que pueden llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales, contextuales y residuales.
- **Familia - enfermero:** Roy, en su teoría sostiene que la familia es un receptor de cuidados que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace por activación de un proceso de aprendizaje.

### **Metaparadigmas:**

- **Salud:** proceso de ser y llegar a ser una persona integral y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.
- **Cuidado de enfermería:** es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca

energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- **Persona:** es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicosociales y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante.
- **Entorno:** condiciones y circunstancias que miden la relación entre recursos del hombre y de la tierra. Factores internos y externos.

**Concepto de familia:** Es un sistema adaptativo. Posee información de entrada, control interno y retroalimentación; así como, información sobre salud. La promoción de la salud y el cuidado del ambiente son importantes (38).

### 2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA

**Adherencia a la terapia farmacológica:** Cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos como se los recetan. Esto incluye el tiempo, dosis y frecuencia (39).

**Riesgo familiar total:** La probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración familiar (34)

**Familia:** Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (41).

**Adherencia:** Unión de algunas partes u órganos del cuerpo (40)

**Centro de salud:** Las unidades básicas de salud en que se desarrollan la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de la salud de las personas en la región. Ellos son la puerta de acceso a los servicios y las redes del sistema de salud (39).

## **2.4 HIPÓTESIS**

**Hi:** Existe relación entre el riesgo familiar total y adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud “Huáscar XV” - 2018

**Ho:** No existe relación entre el riesgo familiar total y adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud “Huáscar XV” - 2018.

## **2.5 VARIABLES**

**Variable 1:** Riesgo familiar total

**Variable 2:** Adherencia a la terapia farmacológica

## 2.5.1 Operacional de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NÚMERO DE ÍTEMS E ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
<b>Riesgo familiar total</b>	Tipo de variable según su naturaleza:  Cualitativa	El <b>Riesgo Familiar Total</b> se describe como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o <b>familiares</b> (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración <b>familiar</b> .	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en el momento de la entrevista a las familias de niños preescolares del colegio María Parado de Bellido- el Agustino, la cual será medido con el cuestionario RFT 5:33.	Condiciones psicoafectivas	- Desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, usos de psicoactivos y roles no gratificantes.	10 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9,10)	-Familias con riesgo bajo	0 a 4
				Prácticas y servicios de salud	-Disponibilidad, accesibilidad y usos de servicios de salud. prácticas de cuidado de la salud y manejo de problemas prevalentes	6 (11,12,13, 14, 15, 16)		
	Escala de medición:  Ordinal			Vivienda y vecindario	-Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5 (17,18,19,20 21)	-Familias amenazadas	5 a 12
				Situación socioeconómica	-Ingresos familiares en relación o las necesidades básicas, necesidades de salud, educación y recreación.	6 (22,23,24,25, 26,27)		
				Manejo de menores	-Presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	5 (28,29,30,31, 32,33)		

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N DE ÍTEMS E ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Adherencia a la terapia farmacológica	<p><b>Tipo de variable:</b> Cualitativas</p> <p><b>Escala de medición:</b> Ordinal</p>	Es el cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones dadas tales como: la toma de medicamentos prescritos durante el tiempo necesario, realización de exámenes y pruebas de control.	Es el cumplimiento del paciente hacia su tratamiento antituberculosis.	Adherencia a la terapia farmacológica	<p>-Se olvida de tomar sus medicamentos en algunas ocasiones</p> <p>-Toma de sus medicamentos prescritos a la hora indicada.</p> <p>-Cuando se siente bien, deja de tomar los medicamentos.</p> <p>-Alguna vez ha dejado de tomar la medicación.</p>	1,2,3,4	<p>Adherencia a la terapia farmacológica</p> <p>No Adherencia a la terapia farmacológica</p>	<p>Si responde las 4 preguntas correctas es adherente</p> <p>Si No responde una de las 4 preguntas es no Adherente</p>

### **CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

La investigación se basó en un enfoque de tipo cuantitativo, con una investigación correlacional de corte transversal.

De acuerdo con Hernández (38) et al., sostiene que el enfoque del estudio es cuantitativo porque se hizo uso de la recolección de datos para probar la hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías.

Asimismo, García (39) expresa que es descriptivo porque buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; es correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos.

Por otro lado, Aguilar (40) define que el diseño de investigación es no experimental, correlacional, de naturaleza transversal y observacional, ya que se observará situaciones ya existentes, no provocadas en la investigación.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por 145 familias de personas afectadas con tuberculosis que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”.

#### **3.2.1 Criterios de Inclusión:**

- Personas afectadas con tuberculosis que asisten al Centro de Salud “Huáscar XV”, que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, quienes por lo menos se encuentren en el 3 mes de tratamiento y deseen participar en el estudio, previo consentimiento informado.

#### **3.2.2 Criterios de Exclusión:**

- Personas afectadas con tuberculosis que asisten al Centro de Salud “Huáscar XV”, que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, que no desean participar en el estudio y no otorgan su consentimiento informado.
- Niños que reciben tratamiento contra la tuberculosis en el Centro de Salud Huáscar XV.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Con respecto a la variable riesgo familiar total, se utilizó el instrumento de riesgo familiar total (RFT 5-33), el cual es un cuestionario que consta de 33 ítems, dividido en 5 dimensiones tales como: condiciones psicoafectivas (10 ítems), prácticas y servicio de salud (6 ítems), vivienda y vecindario (5 ítems),

situación socioeconómica (6 ítems) y manejo de menores (5 ítems), este instrumento ha sido validado y creado por Pilar Amaya en el año 2004.

<b>Título:</b>	<b>Instrumento de Riesgo Familiar total RFT:5-33</b>
<b>Autor:</b>	Pilar Amaya
<b>Participante:</b>	Mayor de 15 años de edad, que lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia, conozca su trayectoria y su participación.
<b>Finalidad:</b>	Evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de viviendas y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores.
<b>Confiabilidad:</b>	A. de Cronbach (0.86)
<b>Validez:</b>	V. de constructo (35.45%)

Con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, se utilizó el test desarrollado por Morisky-Green-Levine, cuyo valor final que adoptará dicha variable será adherentes o no adherentes al tratamiento mediante cuatro preguntas claves sobre hábitos y comportamiento en la toma de los medicamentos.

### 3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el procesamiento de datos se creó una base de datos en el programa SPSS versión 23. Para el análisis de la información se usó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central. La información recolectada fue procesada y simplificada en frecuencias porcentuales simples, de las cuales se procedió a elaborar cuadros y gráficos construidos en relación a los indicadores del proceso de operacionalización de las variables; para los objetivos específicos, los gráficos se realizaron por medio de percentiles ya

que se cuenta con valores estandarizados por los creadores del instrumento a diferencia del objetivo general que se usó la prueba no paramétrica Chi cuadrado.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para la aplicación de nuestro instrumento; asimismo, la decisión de aquellas que se negaron a participar.

- **Beneficencia:** con este estudio se busca beneficiar a los pacientes con tuberculosis y a sus familias para que cuenten con el acceso adecuado a dicho tratamiento, a través de este estudio no se buscó hacer daño, sino beneficiar a los pacientes.
- **Autonomía:** se respetó la autonomía del paciente, sus derechos, no se le obliga a nada dentro del estudio, por ello participan por su propia voluntad, sin discriminar a nadie, por medio del consentimiento informado.
- **Justicia:** no se ha discriminado a los pacientes en ningún momento, ni a los familiares.
- **No maleficencia:** no divulgar las respuestas brindadas; asimismo se debe actuar evitando cualquier daño físico, mental y moral al personal entrevistado. Apegándose a la confiabilidad de cada paciente y familia.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

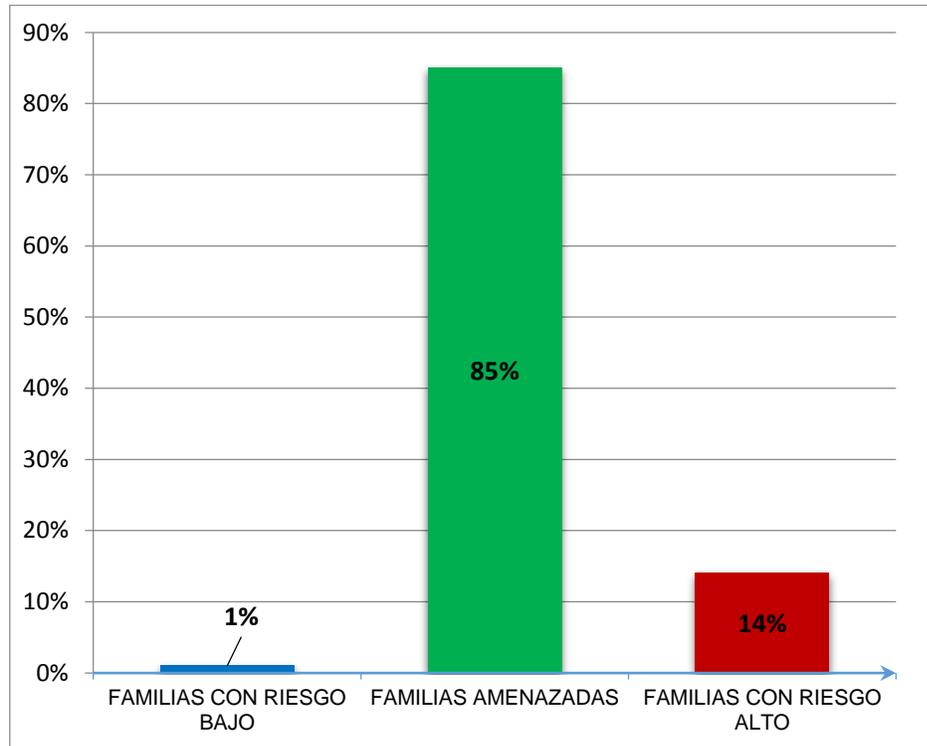
### **4.1 RESULTADOS**

La población en estudio estuvo conformada por 145 personas, quienes recibían terapia farmacológica contra la tuberculosis; respecto a sus edades, el 35.9% oscilaba entre los 15 a 33 años, el 35.2% entre los 34 a 51 años, el 27.6% de 52 a más y el 1.4% de 10 a 14 años; por otro lado, respecto al sexo de los pacientes, el 50.3% eran del sexo femenino y el 49.7% del sexo masculino; con respecto al estado civil, el 35.2% eran casados, 32.4% eran solteros, 24.8% eran convivientes, 4.1% divorciados y el 3.4% viudos. Asimismo, respecto al grado de instrucción se evidenció que el 75.2% cuenta con secundaria completa, el 10.3% con secundaria completa, el 8.3% con estudios técnicos, el 3.4% no cuentan con grado de instrucción y el 2.8% son profesionales; con respecto a la ocupación, el 32.4% son obreros, el 31% no tienen ocupación, el 27.6% son amas de casa, el 6.2% son técnicos y el 2.8% profesionales, observándose así que el 49.7% ha iniciado su tratamiento hace 7 meses a más, el 26.2% de 4 a 6 meses y el 24.1% de 1 a 3 meses, respecto al tipo de tuberculosis, se evidenció que el 54.5% tienen TBC sensible, el 24.8% TBC MDR y el 20.7% TBC extra pulmonar. Por último, referente al tipo de familia se evidenció que el 56.6% pertenecen a una familia nuclear, el

39.3% a una familia extensa, el 2.8% a nuclear modificada, el 0.7% cuentan con parejas y el 0.7% a extensa modificada (**ver anexo A**).

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

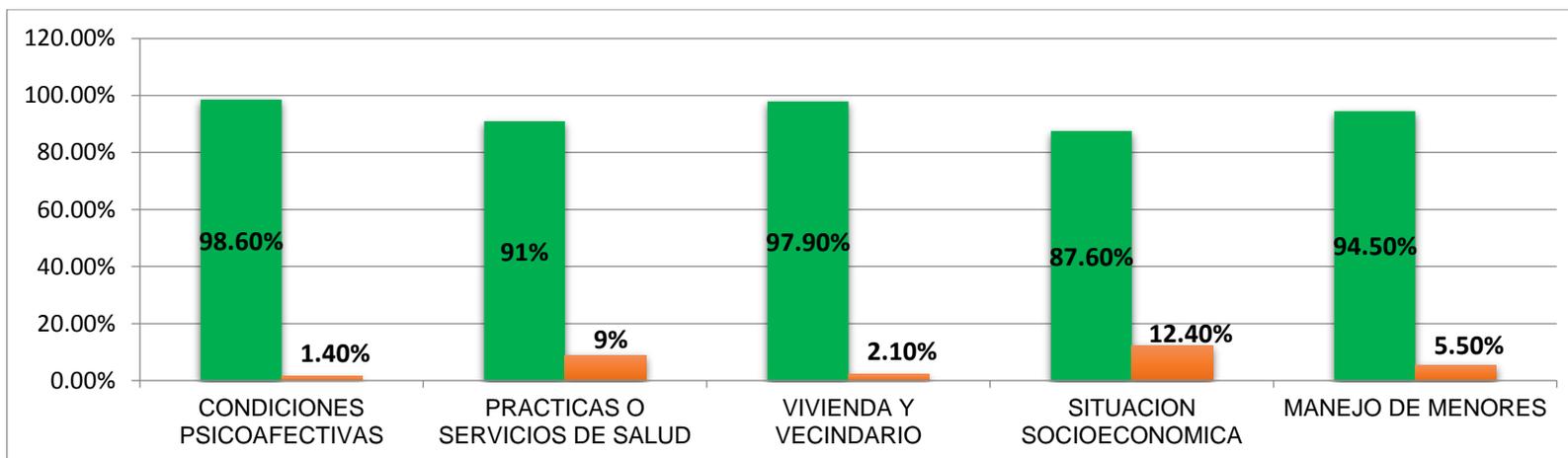
**Gráfico N° 1. Riesgo familiar total en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**



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

En el gráfico N°1 podemos observar, con respecto al riesgo familiar total, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que el 85% pertenecen a las familias amenazadas, el 14% familias con riesgo alto y el 1% de familias con riesgo bajo.

**Gráfico N° 2. Riesgo familiar total según dimensiones en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

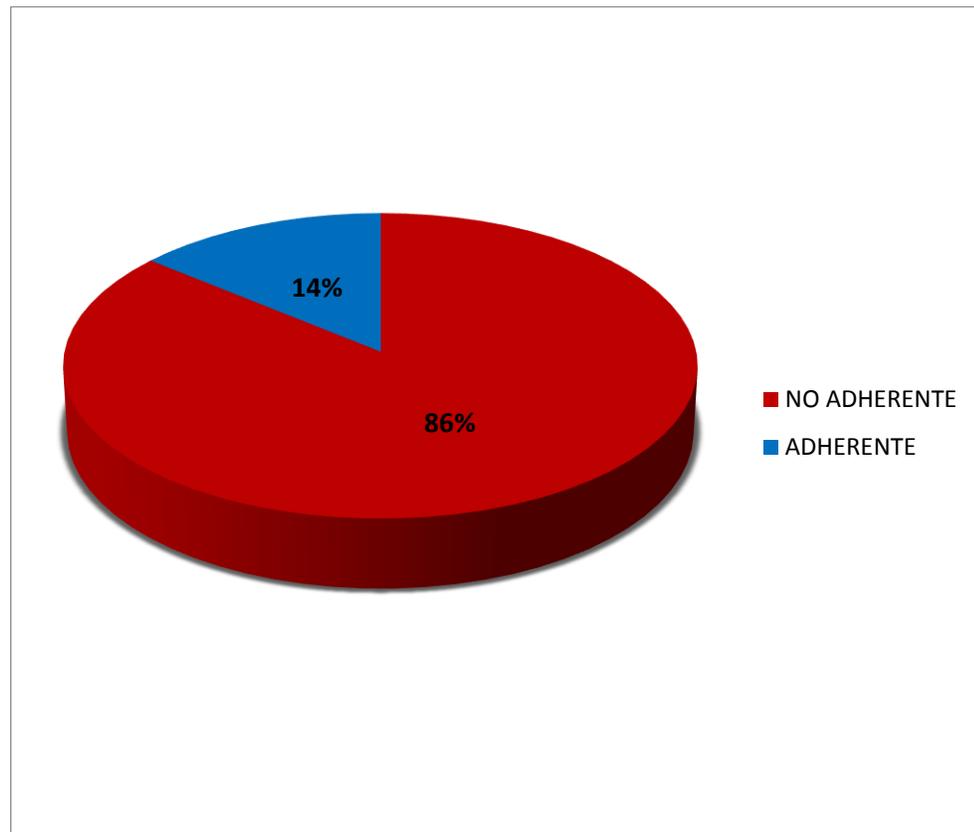


**Fuente:** Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N° 2; del 100%(145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se encontró que en la totalidad de las dimensiones pertenecen a familias amenazadas, cuyos valores oscilan de 98.6% a 87.6% y seguido de familias con riesgo alto, cuyos valores oscilan de 12.4% a 1.4%.

En la dimensión condiciones psicoafectivas, se encontró que el 98.6% pertenecen a familias amenazadas y el 1.4% familias con riesgo alto. En la dimensión práctica o servicios de salud, se encontró que el 91% pertenece a familias amenazadas y el 9% familias de riesgo alto. En la dimensión vivienda y vecindario, se encontró que el 97.9% pertenece a familias amenazadas y el 2.1% familias con riesgo alto. En la dimensión situación socioeconómica, se encontró que el 87.6% pertenece a familias amenazadas y el 12.4% familias con riesgo alto. En la dimensión manejo de menores, se encontró que el 94.5% pertenece a familias amenazadas y el 5.5% familias con riesgo alto.

**Gráfico N° 3: Adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**



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

En el gráfico N° 3 podemos observar, con respecto a la adherencia a la terapia farmacológica, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se pudo observar que el 86% no son adherentes a la terapia farmacológica y el 14% son adherentes a la terapia farmacológica.

**Tabla N° 1: Relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

RELACIÓN	ADHERENCIA TOTAL		TOTAL
	NO ADHERENTE	ADHERENTE	
	2	0	2
<b>FAMILIAS CON RIESGO BAJO</b>	1.6%	0.0%	1.4%
	107	16	123
<b>FAMILIAS AMENZADAS</b>	85.6%	80.0%	84.8%
	16	4	20
<b>FAMILIAS CON RIESGO ALTO</b>	12.8%	20.0%	13.8%
	125	20	145
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Chi-cuadrado 1,032 gl 2 p valor: 0,597</b>			

En la tabla N°1; del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que el 85.6% no son adherentes a la terapia farmacológica y pertenecen a las familias amenazadas, el 80% son adherentes a la terapia farmacológica y pertenecen a las familias amenazadas y el 20% son adherentes a la terapia farmacológica y pertenecen a las familias con riesgo alto.

Se aplicó la prueba del Chi-cuadrado = 1,032, gl 2, p valor: 0,597 con el que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, Es decir, no existe relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018.

## 4.2 DISCUSIÓN

Amaya P. sostiene que el riesgo familiar total forma parte probabilística de la vulnerabilidad, tanto en lo dinámico como lo individual, pero ello no implica necesariamente daño sino una probabilidad de ocurrencia de este. Asimismo, da a conocer que en el riesgo familiar total pueden ocurrir problemas ya sea a nivel familiar y/o personal, esto se debe a la existencia de algunos factores al instante de la valoración, cuyo riesgo influye en el aspecto biopsicosocial y proactivo tanto en las prácticas y servicios de salud, el cual involucra el eje familiar (34).

Los resultados de la presente investigación en relación a la variable riesgo familiar total en personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud Huáscar XV, que se encontró que el 85% pertenecen a familias amenazadas, el 14% a familias con riesgo alto y el 1% a familias con riesgo bajo. En este sentido, nuestros resultados coinciden con los hallados por Soto A (20) quien encontró que el 79% pertenecen a las familias amenazadas, el 11% a familias con riesgo alto y el 10% a familias con riesgo bajo. Así también, López A. y Vásquez L. (27) encontraron que el 56.6% pertenecen a familias con riesgo moderado, el 46.4% a familias con riesgo alto y el 0% a familias con riesgo bajo.

Pérez B. refiere que el riesgo es la elevación de las probabilidades que trae consigo consecuencias adversas; por lo que, la presencia de una de ellas define la causa como un hecho probable o asegurable de un individuo o grupo de individuos a la probabilidad de desencadenar una enfermedad (36). De este modo, nuestros resultados difieren de los reportados por Cerquin I., Flores J y Guerrero J. (16) quienes reportan que el 70.6% corresponden a familias con riesgo bajo, 25.3% familias amenazadas y el 3.9% familias con alto riesgo; del mismo modo difieren con Becerra W., Díaz J. y Rocha J. (17); quienes encontraron que el 46.2% pertenecen a familias amenazadas, 39.4%

familias con riesgo bajo y el 14.4% familias con riesgo alto. Por último, con Cabello E., Francisco J y Mayta S. (18) en cuyo estudio se encontró que el 63.3% pertenecen a familias con alto riesgo, el 36.7% a familias amenazadas y el 0% a familias con riesgo bajo.

Según Amaya, para medir el riesgo familiar total se debe tener en cuenta 5 dimensiones tales como: las condiciones psicoactivas, esta dimensión implica que dentro de las familias pueden existir conflictos como riñas entre los miembros de familia; dimensión servicio y prácticas de salud, esta dimensión está referida a que existe accesibilidad al servicio de salud; dimensión condiciones de vivienda y vecindad, referida a que existen factores ambientales dentro de las viviendas y vecindarios, por lo tanto debe existir una buena organización; dimensión situación socioeconómica, expresada mediante los ingresos de la familia y por las necesidades básicas de salud y la dimensión manejo de menores referida a la presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgo biológicos y psicosociales individuales de los mimos (34).

Los resultados de la presente investigación en relación a las dimensiones del riesgo familiar total en personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud “Huáscar XV”, se encontró que en la dimensión condiciones psicoafectivas presentó que el 98.6% corresponden a familias amenazadas y el 1.4% de familias con riesgo alto. En la dimensión servicios y prácticas, el 91% pertenecen a familias amenazadas y el 9% a familias de riesgo alto. En la dimensión condiciones de vivienda y vecindad, el 97.9% pertenecen a familias amenazadas y el 2.1% a familias con riesgo alto. En la dimensión situación socioeconómica, el 87.6% corresponden a familias amenazadas y el 12.4% a familias con riesgo alto; por último, en la dimensión manejo de menores el 94.5% pertenecen a familias amenazadas y el 5.5% familias de alto riesgo. En este sentido nuestros resultados coinciden con los hallados por Cerquin I, Flores J y Guerrero J (16), quienes encontraron que en la dimensión condiciones psicoafectivas, el 92.2% pertenecen a familias amenazadas y el

7.8% a familias de riesgo alto. Por último, coinciden con Becerra W, Díaz J y Rocha J (17) quienes encontraron que en la dimensión situación socioeconómica, el 89.3% pertenecen a familias amenazadas, el 10.7% familias de riesgo alto y en la dimensión manejo de menores, el 95.1% pertenecen a familias amenazadas el 4.9% a familias con riesgo alto.

Así también Pérez refiere que el riesgo total familiar es la elevación de las probabilidades que trae consigo las consecuencias adversas, por lo que la presencia de una de ellas, definen la causa como un hecho probable o asegurable de un individuo o grupo de individuos a la probabilidad de desencadenar una enfermedad (36). Estos resultados difieren de los reportados por Cerquin I, Flores J y Guerrero J (16) donde encontraron que en la dimensión prácticas y servicios el 100% pertenece a familias amenazadas y el 0% a familias de riesgo alto, que en la dimensión vivienda y vecindario el 100% pertenecen a familia amenazadas y el 0% a familias de riesgo alto, en la dimensión situación socioeconómicas el 98% pertenecen a familias amenazadas y el 2% a familias de riesgo alto, en la dimensión manejo de menores el 88.2% pertenecen a familias amenazadas y el 11.8% a familias de riesgo alto; asimismo, Becerra W., Díaz J. y Rocha J (17) encontraron que la dimensión condiciones psicoafectivas el 89.4% pertenecen a familias amenazadas y el 10.6% a familias de riesgo alto, en la dimensión prácticas y servicios el 75% pertenecen a familias amenazadas y el 25 a familias de riesgo alto y por último en la dimensión vivienda y vecindario el 69.8% se encontró que pertenecen a familias amenazadas y el 20% a familias de riesgo alto. Por otro lado, Cabello E., Francisco J., y Mayta S. (18) encontraron que la dimensión condiciones psicoafectivas el 58.3% pertenecen a familias amenazadas y el 41.7% a familias de riesgo alto, en la dimensión prácticas y servicios en 31.7% pertenecen a familias amenazadas y el 78.3% a familias de riesgo alto, en la dimensión vivienda y vecindario el 58.3% pertenecen a familias amenazadas y el 41.7% a familias de riesgo alto, en la dimensión socioeconómicas el 76.1% pertenecen a familias amenazadas y el 23.3% a

familias de riesgo alto y por último en la dimensión manejo de menores y 66.7% pertenecen a familias amenazadas y el 33.3% a familias de riesgo alto. Por último Soto A. (20) en la dimensión condiciones psicoafectivas reporta que el 90% pertenecen a familias amenazadas y el 10% a familias de riesgo alto, en la dimensión prácticas y servicios el 69% pertenecen a familias amenazadas y el 31% a familias de riesgo alto, en la dimensión vivienda y vecindario el 85% pertenecen a familias amenazadas y el 15% a familias de riesgo alto, en la dimensión socioeconómica el 54% pertenecen a familias amenazadas y el 46% a familias de riesgo alto, por último en la dimensión manejo de menores el 83% pertenecen a familias amenazadas y el 17% a familias de riesgo alto.

García C. y Calcedo B. sostienen que la adherencia a la terapia farmacológica implica que el enfermo lleva un régimen de la medicación indicada; por lo tanto, el enfermo lleva un curso progresivo de la toma de fármacos indicados por el profesional de salud por el periodo que sea necesario, los médicos también realizan una batería de análisis, exámenes de control cada cierto tiempo, por ello se puede evidenciar que existe un manejo adecuado de la tuberculosis, teniendo en cuenta que esto es un deber y un derecho de las personas infectadas con el bacilo (37).

Los resultados de la presente investigación en relación a la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis en el Centro de Salud “Huáscar XV” encontró que el 86% no son adherentes a la terapia farmacológica y el 14% son adherentes a la terapia farmacológica. En este sentido coinciden con los resultados hallados por Murcia L (21) quien encontró que el 83.5% son no adherentes y el 16.5% son adherentes.

Por ello García C. y Calcedo B. refieren que existen diferentes motivos para un paciente infectado con TB no lleve un buen régimen terapéutico. El personal que labora y el estado del establecimiento de salud juegan un rol primordial en la adherencia al tratamiento antituberculoso entre los

enfermeros (37); de este modo, estos resultados difieren de los reportados por Garnica B, et al., (19) quien encontró que el 60% son adherentes y el 40% no adherentes a la terapia farmacológica; también difiere con los de Rodríguez E. y Mondragón C (22) quienes encontraron que el 81.8% son no adherentes y el 28.2% son adherentes a la terapia farmacológica. Por consiguiente, con Torres S (23), quien encontró que 55% no adherentes y el 45% adherentes a la terapia farmacológica; del mismo modo con Neyra L (24) quien encontró que el 52% no son adherentes y el 48% adherentes a la terapia farmacológica. De esta forma, Castañeda A, Sánchez A, Manchego M y Musayón Y. (25) encontraron que el 86% son adherentes y el 14% no adherentes. Por último, con Suarez E (26) quien encontró que el 46% presentan una adherencia intermedia, el 28% una alta adherencia y el 2% baja adherencia.

Al analizar la relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018, se aplicó la prueba del Chi-cuadrado = 1,032, gl 2, p valor: 0,597, aceptándose la hipótesis nula y rechazándose la hipótesis alterna; es decir, no existe relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- No existe relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”.
- Las características sociodemográficas más destacadas de las personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” se tuvo que más de la mitad pertenecen al sexo femenino, más de tres cuartos presentan secundaria completa y por último con referente al tiempo de tratamiento de hace 7 meses a más, más de un cuarto se encuentra en tratamiento de 4 a 6 meses y menos de un cuarto de 1 a 3 meses.
- Con respecto al riesgo familiar total de las personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” se determinó que las tres cuartas partes de la población se encontraron dentro del rango de familias

amenazadas, menos de un cuarto familias con riesgo alto y en menor porcentaje familias con riesgo bajo.

- Según las dimensiones del riesgo familiar total de las personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se encontró que en su totalidad de población pertenecen a las familias amenazadas.
- Respecto a la adherencia farmacológica de las personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” se encontró que más de tres cuartos no son adherentes y menos de un cuarto son adherentes.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Socializar los resultados con la jefatura del Centro de Salud “Huáscar XV”, para que se planteen y formulen estrategias, teniendo en cuenta un trabajo interdisciplinario e intersectorial donde la enfermería lidere y potencie los cuidados a la personas afectadas y familias, de esta manera incentivar la implementación de programas sobre salud comunitaria y familiar, disminuyendo los riesgos en familias amenazadas y en riesgo alto.
- Implementación en el Centro de Salud “Huáscar XV” de programas de sesiones dirigidos a los pacientes y familiares que obtuvieron alto riesgo, siendo ellos una población vulnerable.
- Conformar grupos de apoyo familiar para las personas afectadas con tuberculosis pulmonar, a fin de lograr un mayor éxito en la adherencia al tratamiento farmacológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez C, Dorantes J. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para Tuberculosis Pulmonar. Salud Pública México [Internet] 1998 [Citado el 30 de octubre del 2017]; 7 (40): 272-275. Disponible desde: [www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400308.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400308.pdf)
2. Martínez Ramos A. Efecto del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado: sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar. 3er ed. España: Elsevier 2004.
3. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med gen Integr [Internet] 1997 [Citado el 18 de octubre del 2017]; 13 (6): 591-5. Disponible desde: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi13697.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm)
4. Didoni M, Jure H, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención. 2ed. España; PAMI. INSSJP. c2014. 1-31p
5. Social Trends Intitute. Qué tienen que ver el matrimonio y la fecundidad con la economía. 2010. Oct; 3 (8): pp 36 – 39.
6. Becerra Cubas W, Díaz Parga J, Rocha Durand J. Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013 [Tesis para licenciada de enfermería]. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015.

7. Mendoza M, et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Revista Perinatal Reprod Hum. 2010 May; 24(4): 236-241.
8. Velásquez L. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda [Tesis para maestría en enfermería]. Colombia: Universidad nacional de Colombia; 2012.
9. Orosco M, Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería, de una universidad Pública. Rev. Hacia la Promoción de la Salud [Internet] 2010 [Citado el 12 de enero del 2018]; 15 (1): 78 – 91. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a06.pdf>
10. Guerrero L., Ordoñez N., Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. Bdigital portal de revista UN [revista en internet] 2009 [acceso 01 de marzo de 2018] 27(2):127-138. Available from:  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12975/14008>
11. Ligia G, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Rev. Rio de Janeiro [Internet] 2015 [Citado el 21 de diciembre 2017]; 39 (105): 300-322. 2015. Disponible desde: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/01031104-sdeb-39-105-00300.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas [sede Web]. Washington – Estados Unidos: Organización Panamericana

de Salud; 2018 [acceso 22 de diciembre del 2017] Available from:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cd=5882&Itemid=40776&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cd=5882&Itemid=40776&lang=es)

13. La Organización mundial de la salud. Control de Tuberculosis en grandes ciudades Latinoamericanas y el Caribe [sede Web]. Moscow - Russian: Federation OMS [acceso 9 de enero del 2018] [Internet]. Available from :  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=9&Itemid=40776](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=9&Itemid=40776)
14. Rodríguez A, Adherencia y determinantes en pacientes con tuberculosis: Grupo de Investigación Productividad, Institución Universitaria Antonio José Camacho. Rev. Salud y ambiente [Internet] 2013 [Citado el 21 de diciembre]; 3 (15): 30-32. Disponible desde:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474182014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474182014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
15. Paredes C, Veramendi J. Adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar centro de salud Caquetá [Tesis para licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2010 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/236>
16. Garnica B, Paz A, Zurita C, Prado S, Romero J. Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Bolivia: Universidad Mayor San Simón; 2014. 2010 [internet]. Available from:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000100004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000100004)

17. Soto Gonzales A. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar, Familias Desplazadas Residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca [Tesis para Maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2017. Available from:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a09.pdf>
18. Murcia L. Evaluación de la adherencia al tratamiento par tuberculosis en el departamento del Amazonas 2009-2012. [ Tesis para Maestra en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Available from:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>
19. Rodríguez E, Mondragón C. Adherencia a la Terapia Farmacológica y sus Factores Determinantes en Pacientes con Tuberculosis de un Centro de Salud de Santiago de Cali. Rev. Colomb. cienc. quim. Farm [Internet]. 2014 [citado el 14 de febrero del 2018]; 43 (1): pp. 45 – 46. Disponible desde:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474182014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474182014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
20. Cerquin I, Flores J, Guerrero J. Riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la micro Red de Salud Los Olivos – 2015 [Tesis para licenciada de enfermería]. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/137>
21. Torres S. Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud “San Cosme” junio – 2016 [Tesis para licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. Available from:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1393>

22. Neyra L. Adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud San Juan de Dios Pisco enero 2017 [Tesis para licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1391>
  
23. Castañeda A, Sánchez D, Manchego M, Musayón F. Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la Micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho [Tesis para optar el grado de Maestría]: Lima; Universidad Privada San Juan Bautista; 2016. Available from:  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2857>
  
24. Becerra I, Díaz J, Rocha J. Riesgo familiar total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013 [Tesis para licenciatura de enfermería]. Lima-Perú: Universidad de ciencias y humanidades; 2015 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/44>
  
25. Cabello E, Francisco J, Mayta S. Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra [Tesis para licenciada de enfermería]. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/114?show=full>

26. Suarez C. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud [Tesis para licenciada de enfermería] Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2015 [internet]. Available from:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4220>
27. López A, Vázquez L. Variables asociadas al riesgo familiar en los Asentamientos Humanos 28 de julio y Triunfo del distrito de Belén. 2013 [Tesis para optar el grado de Maestría]. Perú: Universidad Nacional de Amazonia Peruana; 2016 [internet]. Available from:  
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/2165>
28. Sinche Jiménez E, Suarez Ramos M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. 1er ed. Colombia; 2006.
29. Sigüenza W. Funcionamiento familiar según el modelo circunflejo de Olson [Tesis para optar el grado de Maestría]: Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015 [internet]. Available from:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xls&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559036&indexSearch=ID>
30. Hernández Suarez M, Triana Gallega B, Rodríguez Sevillano G. Variables personales y contextuales implicadas en la elaboración del concepto explícito de familia. Infancia y Aprendizaje. 1era ed. España: Elsevier; 2005.

31. Minuchin Matus S. Familias y terapia familiar. 2da ed. Colombia: Gedisa 2004.
32. Córdova Hernández J, et al. Estándares para la atención de tuberculosis 2da ed. México: InCreatives 2009.
33. Herrero M, Arrossi R, Silvina U. Determinantes sociales de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Buenos Aires [tesis Licenciada]. Argentina: Universidad de la Plata; 2015
34. Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN-2: manual aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento. 1ra. Universidad Nacional de Colombia, editor. Colombia; 2004. 79 p.
35. Soto M. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar, Familias Desplazadas Residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca [Tesis para Maestría en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2017 [internet]. Available from: <https://www.teseopress.com/jornadassalud11/chapter/determinantes-sociales-de-la-no-adherencia-al-tratamiento-de-la-tuberculosis-en-buenos-aires-argentinafootnote%EF%80%A0este-articulo-forma-parte-de-la-tesis-de-doctorado-de-maria-belen-herrero/>
36. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Rev Aquichan [Internet] 2003. [Citado el 8 de febrero del 2018]; 3(1): pp. 5- 19. Disponible desde:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/prINTERfriendly/34/65>

37. García I, Calcedo A. Percepción y uso de la coerción informal en el tratamiento ambulatorio: estudio de un grupo focal con profesionales de la salud mental en países de cultura latina [tesis Maestría]. México: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Available from:  
<https://psiquiatria.com/psicologia/percepcion-y-uso-de-coercion-informal-en-el-tratamiento-ambulatorio-un-estudio-de-grupo-focal-con-profesionales-de-la-salud-mental-de-la-cultura-latina/>
38. Studylib.com, teorías de enfermería y familia [sede Web]. California: Studylib.com; 2018 - [actualizada el 4 de marzo de 2018; acceso 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://studylib.es>
39. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [sede web]. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizada el 18 de mayo 2017; acceso 04 de junio 2018]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
40. Farlex: The free dictionary by farlex [sede web]. Huntingdon Valley: [actualizada el 1 de enero del 2018, acceso el 4 de junio del 2018]. Disponible: <http://www.thefreedictionary.com>
41. Organización Mundial de la Salud. Personal Sanitario [sede Web]. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 04 de junio de 2018] [Internet]. Available from: <http://www.who.int/hrh/about/es/>
42. Hernández R, Baptista P. Diseño metodológico. 6ta ed. México: McGraw-Hill; c2014. 120p.

43. García J. Estudios descriptivos. 7ed. Nure Investigación; c2004. 3p.  
Aguilar A. Investigaciones no experimentales. Metodología en psicología  
II. C2011. P171 – 406.

## **ANEXOS**

**Anexo A: Tabla de las características sociodemográficas en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud “Huáscar XV” – 2018**

EADAES		
	n	%
10 a 14 años	2	1.40
15 a 33 años	52	35.90
34 a 51 años	51	35.20
52 a mas	40	27.60
SEXO		
	n	%
masculino	72	49.70
Femenino	73	50.30
ESTADO CIVIL		
	n	%
Casado	35	35.20
Soltero	33	32.40
Conviviente	25	24.80
Divorciado	4	4.10
Viudo	3	3.40
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
	n	%
Secundaria	76.0	75.20
Primaria	10.0	10.30
Técnico	8.0	8.30
sin instrucción	3.0	3.40
Profesional	3.0	2.80
OCUPACIÓN		
	n	%
Obrero	32.0	32.40
sin ocupación	31.0	31.00
ama de casa	28.0	27.60
técnico	6.0	6.20

Profesional	3.0	2.80
-------------	-----	------

HACE CUÁNTO TIEMPO INICIO SU  
TRATAMIENTO

	n	%
de 7 meses a mas	50.0	49.70
4 a 6 meses	26.0	26.20
1 a 3 meses	24.0	24.10

TIPO DE TUBERCULOSIS

	n	%
TBC sensible	54.0	54.50
TBC MDR	25.0	24.80
TBC extra pulmonar	21.0	20.70

TIPO DE FAMILIA

	n	%
nuclear	56	56.60
extensa	39	39.30
nuclear modificada	3	2.80
pareja	1	0.70
extensa modificada	1	0.70

**Anexo B: Relación entre la dimensión condiciones psicoafectivas y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLOGICA	CONDICIONES PSICOAFECTIVAS					
	FAMILIAS AMENAZADAS		FAMILIAS CON RIESGO ALTO		TOTAL	
<b>NO ADHERENTE</b>	124	86.7%	1	50%	125	86.2%
<b>ADHERENTE</b>	19	13.3%	1	50%	20	13.8%
<b>TOTAL</b>	100	100%	2	100%	145	100%
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>2,236</b>		<b>gl 1</b>		<b>p valor: 0,135</b>	

En la tabla N° 2, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que 86.7% pertenecen a familias amenazadas y no son adherentes a la terapia farmacológica, el 50% pertenecen a familias con riesgo alto y son adherentes a la terapia farmacológica.

Se evidencio que no existe relación entre la dimensión condiciones psicoafectivas y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, Chi-cuadrado = 2,236, gl 1, p valor: 0,135.

**Anexo C: Relación entre la dimensión prácticas o servicios de salud y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA	PRÁCTICAS O SERVICIOS DE SALUD					
	FAMILIAS AMENAZADAS		FAMILIAS CON RIESGO ALTO		TOTAL	
<b>NO ADHERENTE</b>	114	86.4%	11	84.6%	125	86.2%
<b>ADHERENTE</b>	18	13.6%	2	15.4%	20	13.8%
<b>TOTAL</b>	132	100%	13	100%	145	100%
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>0.030</b>		<b>gl 1</b>		<b>p valor: 0,862</b>	

En la tabla N°3, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que 86.4% pertenecen a familias amenazadas y no son adherentes a la terapia farmacológica, el 84.6% pertenecen a familias con riesgo alto y son adherentes a la terapia farmacológica.

Se evidenció que no existe relación entre la dimensión prácticas o servicios de salud y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, Chi-cuadrado = 0.030, gl 1, p valor: 0,862

**Anexo D: Relación entre la dimensión vivienda - vecindario y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA	VIVIENDA - VECINDARIO					
	FAMILIAS AMENAZADAS		FAMILIAS CON RIESGO ALTO		TOTAL	
<b>NO ADHERENTE</b>	122	85.9%	3	100%	125	86.2%
<b>ADHERENTE</b>	20	14.1%	0	0%	20	13.8%
<b>TOTAL</b>	142	100%	3	100%	145	100%
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>0.490</b>		<b>gl 1</b>		<b>p valor: 0,484</b>	

En la tabla N°4, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que 85.9% pertenecen a familias amenazadas y no son adherentes a la terapia farmacológica, el 100% pertenecen a familias con riesgo alto y son adherentes a la terapia farmacológica.

Se evidenció que no existe relación entre la dimensión vivienda - vecindario y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, Chi-cuadrado = 0.490, gl 1, p valor: 0,484.

**Anexo E: Relación entre la dimensión situación socioeconómica y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA	SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA				TOTAL	
	FAMILIAS AMENAZADAS		FAMILIAS CON RIESGO ALTO			
<b>NO ADHERENTE</b>	109	85.8%	16	88.9%	125	86.2%
<b>ADHERENTE</b>	18	14.2%	2	11.1%	20	13.8%
<b>TOTAL</b>	127	100%	18	100%	145	100%

**Chi-cuadrado 0.124                      gl 1                      p valor: 0,724**

En la tabla N°5, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que 85.8% pertenecen a familias amenazadas y no son adherentes a la terapia farmacológica, el 88.9% pertenecen a familias con riesgo alto y son adherentes a la terapia farmacológica.

Se evidenció que no existe relación entre la dimensión situación socioeconómica y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, chi-cuadrado = 0.124, gl 1, p valor: 0,724.

**Anexo F: Relación entre la dimensión manejo de menores y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV” – 2018**

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLOGICA	MANEJO DE MENORES				TOTAL	
	FAMILIAS AMENAZADAS		FAMILIAS CON RIESGO ALTO			
<b>NO ADHERENTE</b>	118	86.1%	7	87.5%	125	86.2%
<b>ADHERENTE</b>	19	13.9%	1	12.5%	20	13.8%
<b>TOTAL</b>	137	100%	8	100%	145	100%

**Chi-cuadrado 0.012      gl 1      p valor: 0,913**

En la tabla N°6, del 100% (145) de personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, se puede observar que 86.1% pertenecen a familias amenazadas y no son adherentes a la terapia farmacológica, el 87.5% pertenecen a familias con riesgo alto y son adherentes a la terapia farmacológica.

Se evidenció que no existe relación entre la dimensión manejo de menores y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del Centro de Salud “Huáscar XV”, Chi-cuadrado = 0.012, gl 1, p valor: 0,913.

## **I. PRESENTACIÓN**

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los estudiantes de enfermería: Lino Chahua Victoria y Saldarriaga Sarango Jorge, estamos realizando un estudio en el centro de salud al que usted pertenece, cuyo objetivo es determinar la caracterización del riesgo familiar total en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud “Huáscar XV” – 2018.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

## **II. INSTRUCCIONES**

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.

### **a. Datos generales:**

**1. Edad en años del entrevistado (paciente): .....**

**2. Sexo del entrevistado (paciente):**

a. Femenino ( )    b. Masculino ( )

**3. Estado Civil**

Soltero ( )    Casado ( )    Conviviente ( )    Divorciado ( )    Viudo ( )

**4. Grado de instrucción**

Sin instrucción ( )    Primaria ( )    Secundaria ( )    Técnico ( )    Profesional ( )

**5. Ocupación**

Ama de casa ( )    Obrero ( )    Técnico ( )    Profesional ( )    Sin ocupación ( )

**6. Hace cuánto tiempo inicio su tratamiento (en meses): .....**

**7. Tipo de tuberculosis presenta**

Tuberculosis sensible ( )    Tuberculosis MDR ( )    Tuberculosis extra pulmonar ( )

**8. ¿Cómo está constituida su familia?**

TIPOS DE FAMILIA	
Tipo 1 (papa, mama e hijos)	Tipo 2 (papa, mama, hijos y otros)
<input type="checkbox"/> Nuclear	<input type="checkbox"/> Extensa
<input type="checkbox"/> Nuclear modificada	<input type="checkbox"/> Extensa modificada
<input type="checkbox"/> Nuclear reconstituida	<input type="checkbox"/> Atípica
<input type="checkbox"/> pareja	

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando con un x su respuesta en uno de los dos casilleros si usted tuviera alguna duda, preguntar a la persona a cargo de la entrevista.

**A. Condiciones psicoafectivas**

	Si	No
Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
La familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
Privación afectiva (falta afecto), desprotección		
Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos		
Divorcio o separación conyugal		
Fuga de menores o abandono de hogar(padre o madre)		
Enfermedad mental (intento de suicidio, depresión,etc)		
Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, drogas, otros)		

### B. Prácticas o servicios de salud

	Si	No
Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema no acude a la farmacia, acude a la abuela, alguna familiar)		
Ausencia de información sobre ser de salud		
Manejo inapropiado de control general/nutricional		
Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer		
No detección de riesgo familiar (no percibe los riesgos)		
Manejo inapropiado de salud dental		

### C. Vivienda y vecindario

	Si	No
Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
Condiciones insalubres del vecindario		
Higiene y organización deficiente del hogar		
Ausencia de servicio públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüé, inadecuada iluminación)		
Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		

### D. Situación socioeconómica

	Si	No
Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
Ingreso menor de las necesidades básicas satisfechas		
Falta de recreación de familia		
Vagancia o sobrecarga de trabajo de algún miembro de la familia		
Problemas de salud no resueltos ni controlados		
Inaccesibilidad a servicios de salud		

### E. Manejo de menores

	Si	No	N.A
Tiene más de cuatro hijos menores de 12 años			
No escolaridad de menores de 12 años			
Manejo inapropiado de EDA IRA			
Falta de seguridad en actividad de menores			
Presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años (problemas de conducta y adicción)			
Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente			

## Anexo H: Instrumento de recolección de datos Test de adherencia.

### I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los estudiantes de enfermería: Lino Chahua Victoria Lady y Saldarriaga Sarango Jorge, estamos realizando un estudio en el centro de salud al que usted pertenece, pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo es “determinar la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud “Huáscar XV” – 2018”.

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.

II. INSTRUCCIONES: Leer correctamente los enunciados, contesta con un X su respuesta en una de los casilleros.

<b>TEST DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?		
¿Toma sus medicamentos a la hora indicada por su médico?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?		
Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?		





**Universidad  
Norbert Wiener**

**Anexo J: Permiso**

Lima, 01 de diciembre de 2017

Señor:

Dr. Oscar Galarze Berrocal

Medico Jefe

Centro de Salud XV

Presente:

**AUTORIZACIÓN PARA PODER REALIZAR PROYECTO DE TESIS**

Yo, Victoria Lady Lino Chahua y Jorge Saldarriaga Sarango, bachiller de la carrera de Enfermería me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente nos autorice realizar nuestro proyecto de tesis titulado **“Riesgo Familiar total y la Adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis”** en el centro de salud que usted dirige.

Brindarnos así la información necesaria para realizar nuestro proyecto y poderemos entrevistar con los pacientes del programa de tuberculosis.

Esperando que usted acepte nuestra solicitud, nos comprometemos en cumplir con todos los reglamentos y formalidades en lo que refiere a horarios de trabajo que podemos acordar entre partes y sobre todo contribuir con aportes técnicos de nuestra formación en beneficio de su institución. Sin otro particular, lo saludo cordialmente, atentamente.

Sin otro particular y agradeciéndole de antemano, saludamos a Ud. muy atentamente

.....

Victoria Lady Lino Chahua

Bachiller en Enfermería

.....

Jorge Saldarriaga Sarango

Bachiller en Enfermería

**Anexo K: Certificado**



**Certificate of Completion**



The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research certifies that **VICTORIA LINO CHAHUA** successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants."

**Date of Completion:** 05/28/2018

**Certification Number:** 2830531





## Certificate of Completion

The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research certifies that **JORGE SALDARRIAGA SARANGO** successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants."

**Date of Completion:** 05/28/2018

**Certification Number:** 2830501

